



JUNTA DIRECTIVA NACIONAL

Personería Jurídica No. 0489 de 1973
RUT No. 860403871-9
Filiat: CUT-UIS

**INFORME DE ANTHOC AL XIII FORO NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS
Y LA PAZ, “DEFENDER LA VIDA, CONSTRUIR LA PAZ INTEGRAL CON
JUSTICIA SOCIAL”**

Bogotá, octubre 28, 29 de 2022

La historia da fe de la existencia de varios instrumentos políticos y jurídicos de origen y aplicación internacional para amparar este ejercicio de dignificación histórica. El tratado de paz de Versalles de 1919, la Declaración de Filadelfia de la Organización Internacional del Trabajo, algunos convenios como el 87¹ y el 98² de esta misma organización, la Carta Social Europea de 1961, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, entre otros.

El Estado colombiano ha suscrito todos estos tratados los cuales han sido ratificados por el Congreso de la República, por tanto, hacen parte de la legislación interna por mandato constitucional³, sin embargo, su aplicación para los trabajadores sólo constituye una ilusión. No obstante, los gobiernos colombianos se esfuerzan en diferentes escenarios y foros internacionales para demostrar el cumplimiento de todos estos instrumentos garantistas, la evidencia demuestra lo contrario, particularmente en algunos segmentos de trabajadores resulta más indiscutible.

A pesar de la abundante jurisprudencia y doctrina de las altas corporaciones que imparten justicia en el país que reafirman los principios garantistas previstos en las normas internacionales, en contadas excepciones con pronunciamientos muy avanzados. Algunos operadores judiciales en contubernio con los sectores patronales, económicos y políticos que ostentan el poder, emiten fallos contrarios a los intereses populares e incluso de la legislación interna, con un claro contenido político de favorecimiento a los intereses del gobierno y capitalistas; la realidad onda y oronda para los ciudadanos y ciudadanas, es que tanto, desde el mismo Estado, los empleadores y/o patronos gestionan estrategias que impiden su materialización eficaz, en detrimento de la dignidad humana.

Las políticas neoliberales que se implementan en nuestro país desde mediados de la década de los años ochenta del siglo XX, particularmente en el sector de la salud, a partir de la década de los noventa, con la imposición de las reformas al antiguo Sistema Nacional de Salud, su ulterior adecuación en Sistema de Salud y posterior transformación en Sistema General de Seguridad Social en Salud, sólo ha representado para la sociedad colombiana, sobre todo para los sectores más vulnerables de la población, así como para los trabajadores del sector, una acción persistente por parte del Estado y de los grupos económicos, en agresiones a sus derechos fundamentales.

Las políticas neoliberales en salud en sus más de 25 años de desarrollo, sólo ha representado la violación de los derechos humanos, económicos, sociales, políticos y culturales, tanto de la población usuaria y de los trabajadores de la Salud y la Seguridad Social, sobre todo a partir de la implementación y desarrollo del modelo mercantilista de salud impuesto a los colombianos mediante la Ley 100/93 y sus normas complementarias.

Con mucha razón la Comisión de Normas de la OIT se ha expresado en varias oportunidades, en el seno de la Conferencia Internacional del Trabajo, en el sentido de que nuestro país constituye uno de los países más peligrosos para el ejercicio de la actividad sindical. En Colombia, tanto gobiernos como empresarios se han encargado de deslegitimar el accionar de los sindicatos, mostrándolos como insurgentes, “*acaba entidades, empresas y oportunistas*”, “*voracidad sindical y las onerosas prebendas*”

¹ Sobre libertad sindical y la protección del derecho de sindicalización, 1948.

² Sobre el derecho de sindicalización y negociación colectiva, 1949.

³ Artículo 53 y 93 de la Constitución Política de 1991.



JUNTA DIRECTIVA NACIONAL

Personería Jurídica No. 0489 de 1973
RUT No. 860403871-9
Filial: CUT-UIS

de los sindicatos”, entre otros muchos calificativos, al punto de influir en las masas laboriosas no organizadas sindicalmente, que a veces se muestra intemperante frente a las acciones de masas, manifestaciones y reclamaciones que estas organizaciones hacen en pro de sus derechos y las reivindicaciones de su base social.

Es así como, desde hace varios años, altos funcionarios del Estado (incluso presidentes de la república y ministros), asiduamente conceden declaraciones públicas que señalan a los sindicatos y a los trabajadores como los responsables de la crisis económica del Estado y de las empresas. Tales declaraciones, generalmente reproducidas ampliamente por los medios de comunicación controlados por el sistema, buscan -y en algunos casos logran- poner a la opinión pública en contra de las organizaciones sociales y sindicales para deslegitimar sus justas reclamaciones respecto a la política económica y social, ante la imposibilidad de buscar y negociar unas condiciones de trabajo dignas y justas.

Tanto el gobierno como los empleadores, patronos o empresarios de todos los pelambres desconocen los derechos sindicales, a pesar de ser derechos fundamentales y de estar expresamente reconocidos por la normatividad interna. Tampoco les impaciente incurrir en el incumplimiento de obligaciones internacionales contraídas mediante los convenios y recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo, sobre el derecho de sindicalización y de contratación colectiva, sobre las relaciones laborales en la administración pública, sobre las negociación colectiva, las cuales hace parte de la legislación interna por expreso mandato constitucional y que, más aún, tienen rango constitucional por hacer parte del denominado bloque de constitucionalidad.

Violación del derecho a la salud y la vida de la población colombiana

El Estado colombiano en cabeza de sus gobernantes con mayor persistencia en los últimos gobiernos, bien por acción u omisión han violado de manera sistemática y continúa el derecho a la salud y la vida de la población colombiana, en particular de la más vulnerable, han incumplido compromisos internacionales, preceptos constitucionales y legales que le obligan de manera inmediata, a respetar, proteger y cumplir con el derecho a la salud a todos los ciudadanos y ciudadanas con progresividad eficaz, sin ningún tipo de regresividad ni disminución. Entre los tratados internacionales más importantes que ha suscrito y ratificado nuestro país en materia del derecho a la salud, están los siguientes:

1- **Sistema Universal de Derechos Humanos:** Carta Internacional de los Derechos Humanos, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), Convención de los Derechos del Niño, Convenios de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

2- **Sistema Interamericano de derechos humanos:** Convención Americana de Derechos Humanos, Protocolo de San Salvador, Convención para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, Declaración Universal de los Derechos Humanos, Declaración del Alma-Ata sobre Atención Primaria en Salud -**APS**-.

Las anteriores normas han trazado unos elementos esenciales que garantizan el derecho a la salud, más allá de la provisión de bienes y servicios de atención y prevención de las enfermedades y discapacidades, que incluyen las condiciones y medios para ejercer la autonomía de las personas y comunidades, y para contar con una vida digna y saludable, en especial, agua potable, saneamiento básico, alimentación sana y suficiente, educación en salud, ambiente sano, trabajo digno y saludable, vivienda sana, entre otros.



JUNTA DIRECTIVA NACIONAL

Personería Jurídica No. 0489 de 1973
RUT No. 860403871-9
Filial: CUT-UIS

Dentro de los instrumentos internacionales, entre ellos: El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en sus artículos 9 y 12 y la Observación General No. 14 (2000) del Comité DESC, ratificados por Colombia y elevados a rango constitucional en virtud del artículo 93 de la Carta Política, establecen sobre la salud que:

La salud es un derecho fundamental, universal, equitativo, incluyente e interdependiente. El artículo 9 consagra la UNIVERSALIDAD del derecho a la seguridad social, incluida el seguro social, y en el artículo 12 y su desarrollo con la observación No. 14 de 2000, establece que los Estados Parte, reconocen la salud como un derecho FUNDAMENTAL E INTERDEPENDIENTE con la vida, la alimentación, el trabajo y otros derechos. El derecho a la salud debe ser Universal y Equitativo como condición para acceder a un sistema de protección que permita disfrutar del más alto nivel posible de salud, lo cual incluye la atención en salud, los determinantes socioeconómicos de la salud y la participación en las decisiones.

En salud hay accesibilidad de hecho y de derecho, sin discriminación y de carácter obligatorio frente a la disponibilidad, accesibilidad, aceptación y calidad: Los Estados Parte deben garantizar la disponibilidad de recursos, sin discriminación alguna, en particular para los sectores vulnerables de la población entre los que cuentan los niños, las mujeres, los ancianos, los pueblos indígenas. En especial, se cumplirá con carácter de obligatoriedad sin barreras de tipo económico, con el acceso a los centros, bienes y servicios de salud, incluidos los medicamentos esenciales señalados por la OMS; la alimentación esencial mínima de tal manera que nadie padezca hambre; la salud pública; la atención de la salud genésica, materna (prenatal y postnatal) e infantil, la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, las enfermedades epidémicas y endémicas, la educación y acceso a la información en salud.

Para la salud, la obligatoriedad es de efecto inmediato frente a la discriminación, la progresividad y la no regresividad. La obligatoriedad tiene efecto inmediato frente a cualquier tipo de discriminación de manera que la progresividad sea evidente, expedita y eficaz en aras de la realización plena del artículo 12. No puede haber medidas regresivas y debe demostrarse la utilización plena de los máximos recursos disponibles.

En este sentido los Estados deben respetar, proteger y cumplir con el derecho a la salud. Abstenerse de limitar el acceso, o de discriminar por ejemplo a los grupos étnicos, las mujeres, los inmigrantes (desplazados), entre otros. La protección contra acciones de terceros para garantizar igualdad frente a la prestación de servicios y que la participación de los particulares en el sector salud no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de atención en salud. Frente a la acción de cumplir, la que se verifica en la adopción de las medidas necesarias en el orden político, legislativo, administrativo, presupuesto y judicial para dar plena efectividad al derecho a la salud.

Existen obligaciones internacionales: Se velará porque los acuerdos internacionales, presenten la debida atención a la salud y porque no afecten adversamente el derecho a la salud.

Se configura violación al derecho a la salud. Cuando el Estado renuncia a proteger, respetar y cumplir con el derecho a la salud, por no maximizar la utilización de los recursos disponibles, cuando adopte medidas necesarias para dar plena efectividad al derecho universal a disfrutar del más alto nivel de salud física y mental.

En Colombia se presenta de manera acumulada, reiterada, sistemática una situación de grave violación del derecho a la salud con frecuencia al mandato establecido en la Constitución, la ley, la jurisprudencia



JUNTA DIRECTIVA NACIONAL

Personería Jurídica No. 0489 de 1973
RUT No. 860403871-9
Filiat: CUT-UIS

y en los instrumentos internacionales.

El estado no garantiza la universalidad en el acceso a los servicios de salud: “No hay derecho para todos”. El 1% de la población colombiana, es decir, 1.496.972 colombianos y colombianas, niños y niñas, mujeres embarazadas, adultos mayores, jóvenes, indígenas, afrodescendientes, discapacitados, desplazados, todos en su mayoría pobres, no acceden al sistema de seguridad social. La atención incierta, parcial o inexistente como no afiliados que dependen de su capacidad de pago y la de las instituciones que reciben aportes del Estado, las cuales atraviesa la mayor crisis de la historia, por estar cerradas, disminuidas o a punto de cerrarse.

Por otra parte, los programas de salud pública han sido debilitados y fragmentados volviéndose ineficaces y con muy baja cobertura.

El estado colombiano no garantiza la universalidad de la equidad de los servicios de salud, lo que impide acceso a iguales servicios, con igual calidad e integridad: “No hay para todos, no es igual para los que sí tienen derecho y tienen más derecho los que más tienen y ningún derecho quienes nada tienen”. La población con suficientes recursos, la cual es minoritaria, accede a todo tipo de servicios en función de su capacidad de pago. Los trabajadores afiliados al régimen contributivo, al igual que los afiliados a los regímenes especiales, tienen derecho a un Plan de Beneficios en Salud - **PBS**-. Las personas con insuficiente capacidad de pago tienen derecho a un **PBS** con algunas diferencias dado el valor de la Unidad de Pago por Capitación -**UPC**-⁴, cuyos valores cambian dependiendo si son del Régimen Contributivo o Subsidiado, municipios catalogados en zonas dispersas, para ciudades y distritos, zonas geográficas dispersas y empresas promotoras de salud indígenas⁵. En tanto, los no afiliados dependen de la disponibilidad de recursos de la red pública de atención, hoy en crisis.

Así las cosas, se tiene derecho a Planes de Beneficios de Salud en apariencia unificados, pero en la práctica diferenciados e inequitativos dada la diferencia de valores entre las UPC, así como los afiliados a los regímenes especiales, por cuanto quien más tiene, más y mejores servicios recibe y quien menos tiene menos y peores servicios recibe, con el agravante que 496.972 colombianos no tienen definido ni respaldado efectivamente el tipo de servicios a recibir y 23.968.577 colombianos afiliados al régimen subsidiado, tienen exclusiones servicios y prestaciones económicas. Es decir, el 47,66% de la población que tiene limitaciones económicas, igualmente tiene restricciones entre relativas y absolutas a recibir iguales servicios, de igual calidad e integridad. El 46,69% de la población colombiana está excluida de la garantía del derecho a la salud para prestaciones que en muchos casos ponen en peligro su existencia y la calidad de vida.

El Estado colombiano de manera masiva y sistemática discrimina por razones económicas a la mayoría de la población en el acceso a los servicios de salud.

Régimen contributivo: Las cuotas moderadoras, los copagos y los períodos de carencia, son una barrera para el acceso a los servicios de salud, de manera más grave para los independientes y para los trabajadores que cotizan hasta por 4 SMLV, pues la atención está supeditada a la capacidad de pago de dichas cuotas, que, sumadas dentro de un proceso integral de servicio, son impactantes sobre las precarias economías familiares.

⁴ El Ministerio de Salud y Protección Social incrementó en el Régimen Contributivo, para recuperar y mantener el valor adquisitivo de la Unidad de Pago por Capitación de las tecnologías y servicios de salud que se venían financiando a través de la UPC, el incremento es del 5,42% y en el Régimen Subsidiado de 6,33% del valor de la Unidad de pago por capitación (UPC) para 2022. En consecuencia, el valor promedio de la UPC para el régimen contributivo será de a \$1.109.221,20 pesos; y para el régimen subsidiado, de \$ 964.807,20 pesos, según la Resolución 2381 de 28 de diciembre de 2021.

⁵<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-definio-incremento-del-valor-de-la-UPC-para-2022>.



JUNTA DIRECTIVA NACIONAL

Personería Jurídica No. 0489 de 1973
RUT No. 860403871-9
Filiat: CUT-UIS

Régimen Subsidiado: Es indiscutible, que las entidades aseguradoras o gestoras de riesgos no garantizarán la aplicación del Plan de Beneficios de Salud, dada la diferencia de \$144.414 entre la UPC del régimen subsidiado con la del contributivo⁶, pues dentro de la lógica del mercado, la rentabilidad financiera es el gran objetivo y no el bienestar y la salud de la población.

Población no afiliada: Esta población está compuesta por pobres estructurales cuya capacidad de pago es muy limitada o inexistente, y no tienen recursos para cotizar, no tienen acceso real y efectivo a los servicios de salud y dependen de las disponibilidades institucionales cada día en crisis.

El Estado colombiano no ha garantizado la progresividad para alcanzar la universalidad del acceso a los servicios de salud y ha incurrido en acciones de regresividad: “Un paso para adelante y un paso para atrás”. 29 años después de expedida la Ley 100/93, la meta a 7 años de ingreso de la totalidad de la población no fue alcanzada sino en un 55%, con un alto nivel de estancamiento en el crecimiento en los últimos años. En el mismo tiempo, la igualdad entre los paquetes de servicios contributivo y subsidiado no se logró salvo la inclusión mínima de algunos contenidos en el régimen subsidiado. Los recursos para financiar la atención de la red pública disminuyeron, luego la población no afiliada tiene menos oportunidades de atención el servicio público de salud.

Haber llegado al 99% en una meta que era del 100% y que, por su naturaleza de carácter obligatorio y esencial en el sistema colombiano para acceder a los servicios de salud, no es aceptable como progresividad en función de la responsabilidad del Estado. Esto es más grave si se considera que existen excedentes por valor de 2.5 billones de pesos en papeles de deuda pública y en inversiones con bancos privados.

Se marcha atrás: El régimen contributivo registro de afiliados en 13.910.482 afiliados en 1998 y 14.094.619 afiliados en 2003 y 24.623.736 afiliados a 31 de diciembre de 2021, mientras la afiliación al régimen subsidiado aumentaba considerablemente 23.968.577 afiliados al mismo periodo -Consultar el Sistema Integral de Información de la Protección Social -SISPRO-. Mientras disminuye el empleo formal, el subempleo y el empleo temporal, de esta manera disminuye la oportunidad de que aumente la afiliación al régimen contributivo. A ello se agrega que las administradoras sobre todo privadas y las mutuales que agrupan a los independientes exigen requisitos como estados financieros o pruebas de presunción de ingresos que dificultan el ingreso al régimen contributivo.

El Estado no garantiza la universalidad con equidad a los pueblos indígenas: Barreras de acceso económicas, socioculturales y geográficas. No más del 60% de la población indígena del país se encuentra afiliada al régimen subsidiado. Los pueblos indígenas gozan de especial protección por la legislación internacional y nacional, sin embargo, en franco desconocimiento de esta normatividad y de políticas inequitativas y discriminatorias, no cubre todas las contingencias, ni tampoco las particularidades epidemiológicas y socioculturales de dichos pueblos y por esa vía se establecen barreras de acceso por razones económicas. El Decreto 1811 de agosto de 1990, establece la gratuidad en los servicios de salud para los pueblos indígenas, el cual continúa vigente, aunque se incumple su mandato.

La población indígena afiliada al SGSSS a través de las Entidades Promotoras de Salud Indígenas -EPSI-, a las cuales se les reconoce una Unidad de Pago por Capitación Diferencial Indígena -UPCDI-, tiene cobertura con servicios y tecnologías establecidas y adicionalmente con los servicios diferenciales indígenas establecidos por el Gobierno mediante acto administrativo. Definido el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural -SISPI- este será utilizado como uno de los insumos de referencia para determinar los beneficios que les serán proporcionados.

⁶ Resolución 2381 de 28 de diciembre de 2021.



JUNTA DIRECTIVA NACIONAL

Personería Jurídica No. 0489 de 1973

RUT No. 860403871-9

Filial: CUT-UIS

*Asociación Nacional Sindical de Trabajadores y Servidores
Públicos de la Salud, Seguridad Social Integral y Servicios
Complementarios de Colombia*



El Estado disminuye la disponibilidad real de servicios de salud prestados por la red pública hospitalaria. Crisis profunda de la red pública. Cerca de 100 hospitales de primer nivel, 139 de segundo y 25 de tercer nivel para un total de 264 en la red pública, se encuentran cerrados, al borde del cierre o debilitados financieramente por las siguientes razones:

- ✚ La imposición desde el Estado para que operen como si fueran empresas privadas (*mercadeen, contraten y facturen en la lógica de la auto sostenibilidad financiera*) sin consideración de su necesaria protección efectiva como bienes públicos.
- ✚ Integración vertical, sobre todo a favor de las aseguradoras e intermediarias privadas, que contratan con sus redes propias y disminuyen la oportunidad de contratación con la red pública.
- ✚ Crecimiento de manera concentrada, inequitativa de infraestructura privada en todos los niveles como parte de la integración vertical del sector privado, con base en las utilidades generadas por el Sistema de Salud y Seguridad Social.
- ✚ Formas de contratación inequitativas con traslado del riesgo desde el asegurador al prestador y con cartera vencida superior a un año para el 40% de la deuda entre aseguradores y prestadores.
- ✚ Procesos de reestructuración, saneamiento, conversión en ESE de clara tendencia privatizadora sin resultados en función de la sostenibilidad, la viabilidad y el mejoramiento a la vista.
- ✚ Sistema tarifario desfasado.
- ✚ Hospitales emblemáticos a nivel universitario, cerrados como el San Juan de Dios, el Materno Infantil de Bogotá, disminuidos en su capacidad resolutive y con posibilidades de cierre. Otros liquidados y constitución de nuevos entes como el Hospital Universitario de Cartagena, Ramón González Valencia de Santander, el Universitario de Caldas, el Hospital Universitario de Barranquilla, Santa Marta, entre otros. Los que fueron creados en su reemplazo están en idénticas o peores situaciones -Hospital Universitario del Caribe, Hospital Universitario de Santander, entre otros-.

El sistema de mercado regulado que somete a la competencia a la red pública, ha generado una crisis profunda, favorecida por las políticas del Estado en materia de reestructuraciones, disminución y privatización de lo público.

Imposición del modelo mercantilista de salud en Colombia

Para el común de los ciudadanos colombianos, no existe duda que el modelo de salud impuesto a través de la Ley 100 de 1993 convierte la salud en una mercancía, por la que se debe pagar de acuerdo a las condiciones económicas de cada ciudadano.

La anterior afirmación, se sustenta en las grandes sumas de dinero que se maneja el mercado de salud 89 billones de pesos para 2022. Según cifras de la Asociación Colombiana de Administradoras de Fondos de Pensiones y Cesantías (Asofondos), entre enero y octubre de 2021, la rentabilidad de los mismos llegó a \$21,6 billones, mientras que durante los últimos cinco años se observa un retorno de \$93,1 billones. Adicionalmente, las ganancias históricas desde 1995 cerraron en \$ 232,7 billones, más los valores manejados por concepto de Riesgos Profesionales, lo que en total daría alrededor de 180 billones de pesos



JUNTA DIRECTIVA NACIONAL

Personería Jurídica No. 0489 de 1973

RUT No. 860403871-9

Filial: CUT-UIS

*Asociación Nacional Sindical de Trabajadores y Servidores
Públicos de la Salud, Seguridad Social Integral y Servicios
Complementarios de Colombia*



En el tema de salud, podemos afirmar que conjuntamente con el de la tenencia de la tierra son los negocios más corrompidos por el narcotráfico y el paramilitarismo, ya que la estructura del “*modelo de aseguramiento*” sin llenar los requisitos de verdaderas aseguradoras que cubren riegos integrales de salud, permite que no solamente sea atractivo para el sector financiero nacional y transnacional, sino además para el narco-paramilitarismo, ya que sus recursos se constituyen en una fuente expedita para el lavado de activos, la corrupción y el enriquecimiento ilícito.

Cuando se introdujo la reforma a la salud en 1993, la mayoría de los colombianos pensaban que el proceso de privatización avanzaría hasta los recursos y sus fuentes, fundamentalmente de los ciudadanos con capacidad de pago, como sucedió en Chile con las ISAPRES y que se preservaría la salud pública y la atención a las personas sin capacidad de pago a cargo del estado y con control absolutamente público; pero aquí sucedió lo contrario, se entregaron los recursos públicos a los particulares mediante la transformación en recursos de demanda intermediados por las “aseguradoras (EPS-ARS)”, siendo estos los más afectados por la corrupción y el narco-paramilitarismo.

Lo anterior era solamente la primera etapa, la profundización del modelo de mercado vendría con lo que el FMI, el BID, BM y el Gobierno denominan “reformas de segunda generación”, lo que consiste no solamente en la privatización de los recursos y sus fuentes, sino que avanza hacia la eliminación total de lo público, incluida la red pública de prestadores de servicios, para tal fin utilizan las siguientes estrategias:

Los cuantiosos recursos destinados a la Salud y la Seguridad Social, se constituyen en el fin único de los intermediarios financieros, grupos económicos nacionales y extranjeros, los grupos paramilitares y todos los corruptos para lucrarse en detrimento de millones de colombianos y colombianas que no pueden acceder a los servicios y menos disfrutar del derecho a la salud y niveles de bienestar y de vida acordes a su condición social y humana.

Violaciones al derecho de asociación, libertad sindical y autonomía sindical de los trabajadores de la salud

La concepción reaccionaria y antidemocrática del Estado colombiano, resulta incontrovertible con el desarrollo del proceso de adecuación institucional para profundizar las políticas neoliberales y el modelo mercantilista de la salud creado y desarrollado a partir de la promulgación de la Ley 100 de 1993. Ya que, desde el entonces Ministerio de la Protección Social, en su doble función de orientador y director de las políticas del Sistema General de Seguridad Social, así como de dirección y orientación de las políticas en materia laboral y de empleo; no sólo actuaba en contra de los intereses de la población colombiana, sino también contra los derechos de los trabajadores de la salud y la seguridad social.

Irónicamente, desde el entonces Ministerio de la Protección Social se diseñaron las estrategias y lineamientos para reducir a la mínima expresión los derechos de asociación y libertad sindical de los trabajadores de la salud -*mientras en las Conferencias de la OIT y otros escenarios internacionales, posa de protector de éstos derechos para los trabajadores colombianos-*, como se prueba en las motivaciones de los procesos de reestructuración y ajuste institucional que adelantaron en el país desde 1999.

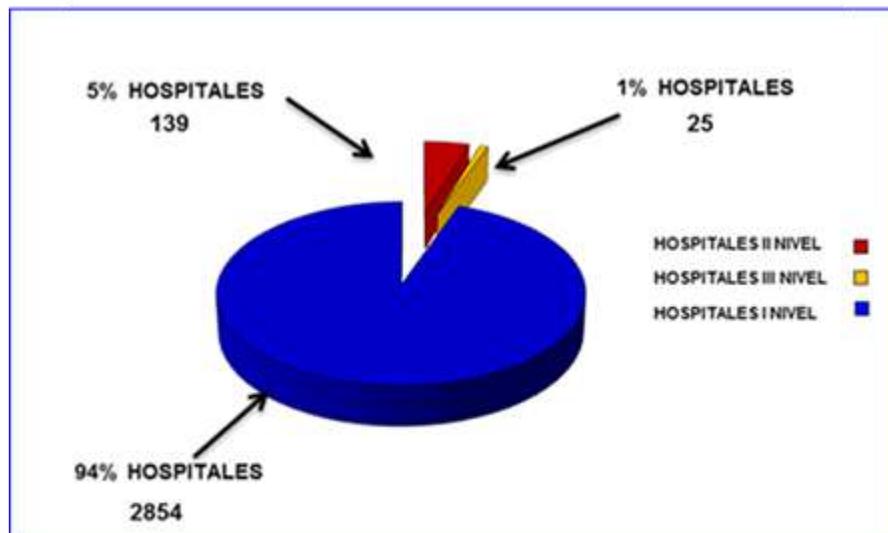
La red pública hospitalaria al inicio del programa de ajuste (1999), se encontraba conformada por veinticinco (25) hospitales del tercer nivel de atención, 139 hospitales del segundo nivel y 2.854 entidades del primer nivel de atención que incluía centros y puestos de salud con camas hospitalarias. Actualmente la oferta pública de servicios de salud se encuentra bastante reducida, tal como se infiere de la categorización del riesgo financiero de las Empresas Sociales del Estado, sólo 921 entidades

JUNTA DIRECTIVA NACIONAL

Personería Jurídica No. 0489 de 1973
RUT No. 860403871-9
Filiat: CUT-UIS

hacen parte de la red pública hospitalaria en sus tres niveles de complejidad⁷ y serán objeto de un nuevo plan de ajuste, como se colige de la aplicación de la resolución que desarrolló el artículo 80 de la Ley 1438 de 2011, que determina que el 43% de las ESE se encuentran en riesgo financiero mediano y alto.

COMPOSICION OFERTA PUBLICA DE SERVICIOS DE SALUD



FUENTE: Grupo de Inventario de la Oferta-Dirección General de Desarrollo de la Prestación de Servicios de Salud MINISTERIO DE SALUD.

El Gobierno Colombiano contrariando las normas constitucionales y legales que regulan el empleo público, así como la prohibición de contratar prestación de servicios para el desempeño de funciones y actividades permanentes de las entidades públicas (artículo 2º del Decreto 2400 de 1968, subrogado por el artículo primero del Decreto 3470 del mismo año)⁸ el Ministerio de la Protección Social, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, así como el Departamento Nacional de Planeación impusieron en los denominados convenios de desempeño, eficiencia y de reestructuración la reducción de las plantas de personal y su sustitución por diferentes instrumentos de flexibilización e intermediación laboral.

Según datos del Ministerio de Salud -*hoy Ministerio de Salud y Protección Social*-, en el subsector público de salud, específicamente la red pública hospitalaria contaba con 93.674 empleados al momento de iniciar el programa de reorganización de la red pública hospitalaria, para lo que se proyectaba una reducción del 35%, de la planta de personal de las entidades públicas, es decir un total 32.790 empleos de los niveles profesionales, administrativos, asistenciales y operativos. Proyección ampliamente superada, si tenemos en cuenta que en el orden territorial y nacional fueron despedidos más de 61.986 trabajadores de los distintos niveles de empleo, en algunos casos fueron arrasados la totalidad de trabajadores oficiales y de paso las Convenciones Colectivas de Trabajo existentes.

⁷ Ver Anexos Técnicos de la Resolución No. 01755 del 26 de mayo de 2017 -Ministerio de Salud y Protección Social.

⁸ "Se entiende por empleo el conjunto de funciones señaladas por la Constitución, la ley, el reglamento o asignadas por autoridad competente que deben ser atendidas por una persona natural.

Empleado o funcionario es la persona nombrada para ejercer un empleo y que ha tomado posesión del mismo.

Los empleados civiles de la Rama Ejecutiva integran el servicio civil de la República.

(...)

Para el ejercicio de funciones de carácter permanente se crearán los empleos correspondientes, y en ningún caso, podrán celebrarse contratos de prestación de servicios para el desempeño de tales funciones"

JUNTA DIRECTIVA NACIONAL

Personería Jurídica No. 0489 de 1973
RUT No. 860403871-9
Filial: CUT-UIS

COSTO ESTIMADO REESTRUCTURACION

EMPLEADOS	93.674
% DE AJUSTE	35%
TOTAL CARGOS A SUPRIMIR	32.790
COSTO TOTAL REESTRUCTURACION	\$ 1.094.392.662

SUPUESTOS:

Costo promedio de liquidación de un empleado oficial y público evidenciado en el proceso de reestructuración actual en 26 hospitales: \$34 millones Empleado Público y \$ 21 millones Trabajador Oficial.

Igualdad en ajuste de un centro salud y un hospital de primer nivel.

Distribución de la reestructuración por tipo de empleado similar a la evidencia en el proceso actual: 32% Empleado Públicos, 68% Trabajadores Oficiales.

FUENTE: Ministerio de Salud

Desde 1999 se intervinieron 179 instituciones prestadoras de servicios de salud. Para lo que se han invertido \$146.288 millones⁹ para financiar el proceso de ajuste y reestructuración hospitalaria que intervino 26 instituciones de segundo y tercer nivel de atención, en el denominado plan piloto. En esta fase del plan piloto, se redujo en un 30.4% los costos de planta de personal con el despido de trabajadores por la vía de la supresión del empleo.

Entre 1999 y 2002, durante el proceso de ajuste institucional aludido a lo largo del presente documento, en 71 entidades intervenidas se despidió a 7.433 trabajadores de los diferentes niveles de empleo: administrativos, profesional, técnicos, tecnológicos, asistenciales y operativos. Los cuales fueron reemplazados a través de Cooperativas y Precooperativas de Trabajo Asociado, Empresas de Servicios Temporales y otras formas de deslaboralización del empleo, con graves repercusiones para la calidad de los empleos, el ingreso real de los trabajadores, la estabilidad laboral y los derechos de asociación.

En junio de 2002, se autorizó a la Nación para contratar empréstitos externos con la banca multilateral hasta por 100 millones de dólares o su equivalente en otras monedas para financiar parcialmente la primera fase del proyecto de modernización de redes de prestación de servicios, de acuerdo a los lineamientos del Documento Conpes No. 3175. Y, en el mes de noviembre del mismo año, se incluyó en el Plan Financiero del cuatrienio 2003-2006 y en el presupuesto de la Nación para los mismos años, recursos por 250 millones de dólares para la financiación de la modernización de la red pública de prestación de servicios, e igualmente se autorizó a la Nación para contratar nuevos empréstitos externos con la banca multilateral por el mismo valor -Documento Conpes No. 3204-, finalmente se autoriza empréstitos externos por valor de 50 millones de dólares para financiar parcialmente el Programa de reorganización, Diseño y Modernización de Redes de Servicios de Salud para las vigencias de los años 2006-2007 -Documento Conpes 3415 de marzo de 2006-.

A marzo de 2006, en el programa de reorganización, rediseño y modernización de la red de prestación de servicios 24 de los 36 departamentos del país rediseñaron su red y fusionaron la inmensa mayoría de los hospitales del primer nivel, los centros y puestos de salud existentes en su jurisdicción en una o varias Empresas Sociales del Estado responsable de la atención del primer nivel de atención en su

⁹ Provenientes de recursos liberados por créditos BID de la Nación (\$58.497 millones) y de los excedentes de la Subcuenta ECAT del Fondo de Solidaridad y Garantía -FOSYGA- de la vigencia 1998 (\$87.497 millones).



JUNTA DIRECTIVA NACIONAL

Personería Jurídica No. 0489 de 1973
RUT No. 860403871-9
Filial: CUT-UIS

territorio. De la misma manera entre 2005 y 2006 se intervinieron 88 entidades hospitalarias del sector público, mediante programas de reestructuración institucional que en algunos casos conllevó la liquidación del ente público para a renglón seguido crear una nueva entidad con el mismo patrimonio y bienes y características sociales de la liquidada, lo que de hecho se constituye en una sustitución patronal al tenor de lo establecido en la legislación laboral.

Para financiar parcialmente el programa de reorganización, rediseño y modernización de la red de prestación de servicios de salud para las vigencias 2006-2007 se autorizó a la Nación para contratar créditos externos con la banca multilateral hasta por 50 millones de dólares, de los cuales se destinarán el 68.3%, es decir 34.155 millones para el pago de las indemnizaciones, compensaciones y obligaciones laborales derivadas de la eliminación y reducción de las plantas de personal, en últimas el despido de trabajadores.¹⁰

Todo este proceso de ajuste institucional de la red pública hospitalaria a representado la pérdida de más 46.100 cargos correspondiente a los organismos de dirección y de prestación de servicios de salud en el orden territorial y local, superando lo proyectado por el Ministerio de Salud de 32.790 cargos y el costo \$1.094.392.662. Naturalmente, ello implica un importante golpe para el derecho de asociación, ya que los sindicatos perdieron por lo menos el entre el 50 y el 60% de su base social, incluso algunos por sustracción de materia desaparecieron.

Desde el año 2012, que se viene determinando el riesgo financiero de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial con base en resultados de la vigencia de 2011, año en el cual existían 968 ESE, hemos observado que 403 entidades hospitalarias -un 41.6%- han transitado entre el mediano y alto riesgo, siendo abocadas a adoptar el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero -PSFF- diseñado por el Ministerio de Salud y Protección Social conjuntamente con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Igualmente, la oferta pública hospitalaria se ha reducido en 46 entidades, que fueron objeto de liquidación forzosa o voluntaria, fusión de las mismas.

Contrariando precedentes jurisprudenciales, y el ordenamiento constitucional y legal, el Ministro de Salud vía reglamentación administrativa viene implementando aspectos del Plan Nacional de Desarrollo y de la Ley Estatutaria en Salud a través de la denominada Política de Atención Integral en Salud -PAIS - mediante el denominado Modelo de Atención Integral en Salud -MIAS-, que en su primer año de vigencia puso en evidencia que su verdadero propósito es la entrega de la red pública hospitalaria a operadores externos privados y el aseguramiento a grupos financieros y económicos, quienes monopolizaran el aseguramiento en los regímenes -contributivo y subsidiado-, mientras la población usuaria continúa padeciendo todo tipo de obstáculos para acceder a los servicios de salud.

Así quedo demostrado con la fusión de las 22 ESEs del Distrito de Bogotá en cuatro grandes ESEs, y en dos entidades mixtas: una como Asesora de Gestión Administrativa y Técnica, y la otra, como un Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud. Decisión que representó inicialmente el despido de más de 5.000 trabajadores vinculados a los denominados Territorios Saludables. En el Departamento del Guainía fue liquidada la única entidad pública hospitalaria -la ESE Hospital Manuel Elkin Patarroyo-, que pasó a ser operada por una de las entidades socias -Hospital de Bocagrande- del único asegurador al que le entregaron la administración de todo el régimen subsidiado de esta región -**COOSALUD EPS**-, mientras la interventoría recae en el organismo que aglutina todas las EPS de régimen subsidiado -**GESTARSALUD**-. En este proceso, alrededor de cuatrocientos trabajadores de planta y contratistas resultaron afectados.

¹⁰ Documento Conpes No. 3415 del 27 de enero de 2006.



JUNTA DIRECTIVA NACIONAL

Personería Jurídica No. 0489 de 1973
RUT No. 860403871-9
Filiat: CUT-UIS

Estas políticas pretendían ser ampliadas a todas las regiones del país; sin embargo, gracias, a la movilización social en el **PARO CIVICO DEL CHOCO** desarrollado en el mes de mayo de 2017 transitoriamente las políticas gubernamentales fueron derrotadas, aunque se mantiene la liquidación de la ESE Hospital San Francisco de Asís, única entidad pública de segundo nivel de atención. El que se cree en su reemplazo será de tercer nivel de atención, con el compromiso de incorporar el personal vinculado a la entidad liquidada. Adicionalmente, se construirán tres (3) hospitales de segundo nivel en las subregiones del Darién, Pacífico y San Juan. La movilización social logro igualmente, otras importantes y trascendentales reivindicaciones para la población.

El derecho de asociación y libertad sindical, tiene en nuestro país, un alcance positivo y/o negativo, que se desprende de la voluntad de los individuos para afiliarse o no a la organización sindical que ha bien estimen, y de paso a que ésta les represente ante las autoridades y patronos en sus intereses individuales y colectivos, así se desprende del contenido de los artículos constitucionales 38, 39 y 40, en armonía con los convenios y recomendaciones proferidos por la Organización Internacional del Trabajo, en especial los convenios Nos. 87 de 1948 y 97 de 1949, ratificados por las Leyes 26 y 27 de 1976 y el Código Sustantivo del Trabajo (artículos 372, 373 y 414).

Entre las múltiples y diversas infracciones a las libertades sindicales que se registran en contra de ANTHOC, se cuentan los siguientes:

3.1. Actos de discriminación antisindical y represalias, tales como desconocimiento de fuero sindical, negación de permisos sindicales, despidos individuales, traslados. En nuestro país, desde el mismo gobierno nacional se actúa para impedir el ejercicio del derecho de asociación. Al amparo de todos estos procesos referenciados. Con el sofisma de las necesidades del servicio se niegan los permisos sindicales, se despide individualmente a dirigentes amparados con fuero; con o sin autorización de la autoridad competente¹¹, unilateralmente se les cambia las funciones, condiciones laborales, horarios y sistemas de turno sin la autorización de la autoridad judicial competente en abierta violación a las garantías forales, la legislación internacional, la Constitución Política y normas laborales.

Durante los años 2005 y 2006, se presentaron más de 300 demandas ante los Tribunales Laborales para pedir autorización para despedir a trabajadores amparados con fuero sindical en entidades públicas, incluso en algunas entidades que no se encontraban en reestructuración o liquidación. El entonces Ministerio de la Protección Social en la primera semana del mes de mayo de 2007, convocó a los Gerentes y directores de las entidades de la red pública hospitalaria para instruirlos en las demandas de levantamiento de fuero sindical, en una demostración de la doble moral del gobierno colombiano.

3.2. Despidos colectivos de trabajadores. En la mayoría de las entidades objeto de aplicación de los programas de ajuste institucional, se suprimen entre el 70 y 85% de los cargos de las plantas de personal, mientras en las que son liquidadas y posteriormente sustituidas por nuevas entidades, el 100% de los cargos son suprimidos. Los derechos de estabilidad reforzada de algunos segmentos de trabajadores, como de quienes tienen la condición de cabezas de familia, discapacitados o pre pensionados son vulnerados, no obstante, de existir abundante jurisprudencia de la Corte Constitucional que los protege.

3.3. Desconocimiento de beneficios convencionales. A pesar que los beneficios convencionales solo tienen un alcance para el 5% de los trabajadores que integran las plantas de personal de las entidades hospitalarias, no se aplican en su integridad. En tanto, las cláusulas sobre estabilidad laboral, acción de reintegro e incluso de sustitución patronal son desconocidas en su integridad por las entidades y en los estrados judiciales cuando los trabajadores recuren a éstas instancias. Ya que las entidades que se

¹¹ Por ejemplo en el Departamento de Santander en los Hospitales en proceso de liquidación en Piedecuesta, Málaga, San Gil, Vélez.



JUNTA DIRECTIVA NACIONAL

Personería Jurídica No. 0489 de 1973
RUT No. 860403871-9
Filiat: CUT-UIS

crean para reemplazar las liquidadas, conservan las mismas funciones, estructuras, patrimonio y bienes de la entidad liquidada, lo que evidencia la denominada sustitución patronal al tenor de la legislación laboral, sin embargo, ningún trabajador ha sido incorporado a las nuevas entidades.

3.4. Restricciones a la libertad de afiliación y desafiliación. A diferencia de los sindicatos de base o de empresa, los de industria o actividad económica tienen una amplia cobertura. En uso de la autonomía y libertad sindical ANTHOC determinó en sus estatutos (inciso segundo, artículo 1º): “El sindicato está conformado por personas que laboren o ejerzan una profesión u oficio en el y/o para, el Sistema de Seguridad Social Integral, El Sistema de Salud y en las entidades dedicadas a procurar la salud de la comunidad, del estado y de la sociedad, en cualquier parte del país”.

Para algunos inspectores de las regionales del entonces Ministerio de la Protección Social los trabajadores que prestan servicios en las entidades hospitalarias mediante Contratos y Órdenes de Prestación de Servicios, Cooperativas y Precooperativas de Trabajo Asociado no pueden ser afiliados al sindicato desconociendo su carácter de organización de industria o actividad económica, negando de paso el derecho de libre asociación¹².

De otra parte algunas entidades del sector privado se estimula la desafiliación de los trabajadores de los sindicatos mediante beneficios individuales de carácter económico e incluso chantajeando con la pérdida de sus empleos.

Igualmente, en muchas regiones con marcada presencia de grupos paramilitares, éstos presionan a los trabajadores e incluso a los directivos sindicales a renunciar a las organizaciones sindicales¹³.

3.5. Injerencia patronal, estatal o de otras organizaciones en el funcionamiento de la organización sindical. Erróneamente los funcionarios del Ministerio de la Protección Social interpretan el artículo 55 de la Ley 50 de 1990, para inmiscuirse en la estructura interna del sindicato y negar la existencia de las Seccionales y Subdirectivas Departamentales, las cuales existen en ANTHOC antes de entrar en vigencia la referida ley, que, dicho sea de paso, no contempla este tipo de estructura, pero tampoco las prohíbe. Esta actitud de los funcionarios desconoce la división territorial del país y los principios descentralizadores previstos en la Constitución y la Ley.

Con el mismo argumento en algunas regiones del país, los jueces laborales niegan la protección y las garantías para el ejercicio del derecho de asociación de los directivos y representantes del sindicato.

En síntesis, la libertad y la autonomía sindical para determinar la estructura y funcionamiento de los sindicatos obedece a caprichos e interpretaciones acomodadas de las autoridades administrativas.

3.6. Restricciones al acceso a los beneficios convencionales. Con el cambio de naturaleza jurídica de los hospitales o su transformación en Empresas Sociales del Estado, la modificación de la clasificación de empleos, bien por efectos de la inexecutable de las normas que permitían a las Juntas Directivas de los establecimientos públicos precisar en sus estatutos quienes tenían el carácter de Trabajadores Oficiales y por consiguiente con contrato de trabajo y beneficiarios de Convenciones Colectivas. Al dárseles carácter de empleados públicos se les recorta los beneficios convencionales. Contrariando disposiciones legales aplicables a los trabajadores de la salud, la jurisprudencia y la doctrina de las Altas Corporaciones que imparten justicia.

¹² Casos evidentes en los hospitales de Malambo (Atlántico), El Cocuy en Boyacá.

¹³ Se presentaron casos en Puerto Wilches, Sabana de Torres (Santander), Sucre, Córdoba, Urabá entre otras.



JUNTA DIRECTIVA NACIONAL

Personería Jurídica No. 0489 de 1973
RUT No. 860403871-9
Filial: CUT-UIS

3.7. Violación del derecho representación y participación de los sindicatos en los procesos de ajuste institucional. Los procesos de ajuste institucional, reestructuraciones, reorganización por redes de prestación de servicios e incluso de liquidación de las entidades que integran la red pública hospitalaria que se viene gestando en el país desde finales del siglo XX, es de carácter impositiva, ya que a las organizaciones sindicales no se les tiene en cuenta, para concertar y negociar las condiciones laborales que se aplicarán en el desarrollo del proceso y menos aún, culminado el mismo para quienes tienen la fortuna de continuar vinculados.

Los siguientes procesos de reestructuración, a diferencia del plan piloto, contienen nuevos elementos que fueron diseñados por el Departamento Nacional de Planeación, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Ministerio de la Protección Social, que implica la interacción de diversos actores.

De una parte, las Asambleas Departamentales y los Consejos Municipales o Distritales (según sea el caso), ante las que el gobierno regional y/o local tendrá que acudir, para tramitar las solicitudes de autorización de los empréstitos y para las facultades especiales para adelantar las transformaciones institucionales a que haya lugar. Una segunda fase, y con fundamento en las facultades concedidas por las corporaciones administrativas, para suscribir el Contrato de Empréstito ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el correspondiente Convenio de Desempeño, entre la entidad territorial y el Ministerio de la Protección Social y entre la entidad territorial y la correspondiente Empresa Social del Estado y/o Hospital Público, finalmente la Junta Directiva de la entidad hospitalaria adelantará los actos de su competencia.

En tan complejo proceso de adecuación institucional en que se halla inmersa toda la red pública hospitalaria en el país, intervienen diversos actores, tanto del orden nacional, territorial y local, corporaciones administrativas regionales y locales, así como las instancias que hacen gobierno al interior de cada una de las Empresas Sociales del Estado, sin embargo en ninguno de estos escenarios se les permite participar a los trabajadores y menos aún a las organizaciones sindicales que les representa. Circunstancia que violenta las garantías de representación y participación de las organizaciones de los trabajadores.

En relación a las garantías de representación y participación de los sindicatos como expresiones del derecho fundamental de asociación sindical, la Honorable Corte Constitucional, en Sentencia T-953 de 2005, precisó:

“3. Las garantías de representación y de participación como expresiones del derecho fundamental de asociación sindical y del derecho de participación política (C.P. art. 39 y 40). Alcance.

3.1. El artículo 39 de la Constitución Política consagra el derecho fundamental de asociación sindical, como materialización de la libertad de asociación de los trabajadores para constituir organizaciones permanentes que los agrupen y convoquen de manera colectiva a fin de fortalecer la reivindicación de sus intereses comunes ante el empleador.

Este derecho de asociación conlleva diferentes garantías, una de las cuales es la representación de los afiliados ante el empleador, la cual se manifiesta en concreto, entre otras, con la presentación del pliego de peticiones, la negociación colectiva, la celebración de convenciones colectivas y contratos colectivos, la declaración de huelga, la designación de árbitros y de delegados y la integración de comisiones, según lo establecen los artículos 373 y 374 del Código Sustantivo del Trabajo.



JUNTA DIRECTIVA NACIONAL

Personería Jurídica No. 0489 de 1973
RUT No. 860403871-9
Filiat: CUT-UIS

Otra de las garantías que tiene origen en el derecho de asociación es la de participación, la cual tiene una doble repercusión o dimensión, de una parte, como garantía que rige la relación o la dinámica de la organización sindical con sus miembros y, de otra, como prerrogativa del ente colectivo en los procesos que el empleador adelanta y afectan a la propia organización o a sus afiliados. La jurisprudencia de esta Corporación ha reconocido, en principio, la existencia de estos derechos de representación y participación sindical como inherente al derecho de asociación sindical.

En relación con la primera concepción de la garantía de participación a la que se ha hecho mención, esto es, la que rige las relaciones de la organización sindical con sus miembros, la Corte Constitucional ha tenido oportunidad de expresar que: “En el ejercicio de su fuero interno, un sindicato puede establecer las condiciones de funcionamiento que estime pertinentes, siempre que ellas sean compatibles con los principios rectores de una sociedad democrática.” Y añadió “la participación de todas las personas interesadas en el resultado de un proceso de toma de decisiones, es tal vez el más importante de los „principios democráticos” a que se refiere el artículo 39 de nuestra Constitución. Siendo el sindicato el foro de discusión y decisión por excelencia de asuntos determinantes para el desarrollo de las relaciones entre empleador y empleados, forzoso es concluir que el respeto a la posibilidad de participar en él es un límite del fuero interno otorgado por el ordenamiento jurídico a los sindicatos.¹⁴”

Por otra parte, frente a la garantía de participación como prerrogativa del ente colectivo en los procesos que el empleador adelanta y afectan a la propia organización o a sus afiliados, cabe señalar que tiene origen en la **decisión voluntaria de los trabajadores de afiliarse a una asociación para que ésta, además de participar como representante legítimo y como defensor de sus intereses laborales frente a los empleadores, lo haga también en causa propia en defensa de sus derechos como ente colectivo.** Sobre el punto, en la sentencia T-1328 de 2001 la Corte Constitucional resaltó que en garantía de los derechos fundamentales de la propia organización sindical, el empleador tiene la obligación de informar al sindicato en el caso de la terminación sin justa causa del contrato laboral de un grupo de trabajadores:

“(…), además de cumplir con los requisitos legales para el efecto –expresados, por ejemplo, en el pago de una indemnización previa, o en el reconocimiento y respeto de la institución del fuero sindical, cuando a ello haya lugar-, debe, en aplicación directa de la Carta Política, velar por la integridad del derecho de asociación sindical de sus empleados y del sindicato al que pertenecen, lo cual supone, por lo menos, informar al sindicato sobre tal hecho con el propósito de que la organización pueda actuar en defensa y representación de sus intereses colectivos y los de sus afiliados¹⁵.”(Negrilla y subraya fuera de texto)

Una vez demostrado que la empresa omitió el deber de informar previamente a la organización sindical sobre los movimientos de personal que afectarían a los trabajadores sindicalizados, la Sala de Revisión concluyó que “[c]iertamente, la ACAV no tuvo la oportunidad de enterarse del despido de los peticionarios, no sólo para representar sus intereses como agrupación –en garantía de la dimensión colectiva del derecho de asociación sindical-, sino además, los de cada uno de los afectados –reconociendo, además, una faceta de la dimensión individual del derecho de asociación sindical-.”

Sin que dicha irregularidad implicara el derecho al reintegro de los trabajadores despedidos, esta Corporación tuteló los derechos del Sindicato y previno a la empresa para que en el futuro

¹⁴ Sentencia T-173/95 M.P. Carlos Gaviria Díaz.

¹⁵ Sentencia T-1328 de 2001, M.P. Manuel José Cepeda Espinosa.



JUNTA DIRECTIVA NACIONAL

Personería Jurídica No. 0489 de 1973
RUT No. 860403871-9
Filial: CUT-UIS

informara previamente al Sindicato respectivo sobre la posibilidad de hacer uso legítimo de la facultad de terminación unilateral que la legislación laboral le otorga como empleador.

La protección de esta dimensión de la garantía de participación ligada al derecho de asociación sindical en los eventos en que los empleadores pretenden adoptar decisiones desfavorables a los trabajadores también ha sido analizada en las sentencias T-920 de 2002 y T-764 de 2005 (M.P. Rodrigo Escobar Gil), reiterando que su vulneración no da lugar al reintegro de los trabajadores pero sí a un llamado de atención para que se posibilite el ejercicio de la función de representación y participación que desempeñan las agrupaciones sindicales en la defensa de los intereses de sus afiliados.

Sin embargo, el ejercicio de la actividad sindical y la constitución de una entidad jurídica de estas características, tiene un alcance que no se agota en la simple representación de los trabajadores para la reivindicación de sus intereses ante el empleador y en los espacios de participación con los que cuenta en los procesos que en la empresa o entidad le conciernen. Esta garantía de participación tampoco se restringe a la posibilidad de los miembros de la organización sindical de involucrarse directamente en el proceso de toma de decisiones.

3.2 En efecto, la organización sindical, entendida como estamento de la organización social, cuenta también con la garantía de participación frente a sujetos jurídicos diferentes al empleador, la cual no se explica propiamente como expresión del derecho de asociación sindical, sino como proyección del derecho de participación política (C.P. art. 40). Así ocurre con la posibilidad de intervenir en las corporaciones públicas para la formulación de políticas, planes y programas de acción que mejor convengan a los intereses de sus afiliados.

Esta concepción más amplia y compleja del papel de la organización sindical, tiene respaldo constitucional en el reconocimiento del derecho de asociación como prerrogativa integrada a la concepción democrática del Estado y es el resultado del reconocimiento del derecho de participación política no sólo en cabeza del individuo, sino también de la sociedad civil organizada. En relación con el tema la Corte ha tenido oportunidad de precisar:

“La Corte estima necesario precisar que el derecho de asociación sindical, debe necesariamente considerarse integrado a la concepción democrática del Estado Social de Derecho, pluralista, participativo, fundado en el respeto de la dignidad y de la solidaridad humanas, que reconoce y protege unas libertades básicas, si se repara que la libertad de asociarse en sindicatos no es otra cosa que la proyección de un conjunto de libertades fundamentales del hombre, como las de expresión y difusión del pensamiento y opiniones e información, y de reunión, las cuales conducen a afirmar el derecho de participación en la toma de decisiones relativas a los intereses comunes de los asociados, que constituye el punto de partida para la participación política¹⁶.”(Subraya fuera de texto).

Así mismo, resulta necesario advertir que ese derecho de participación tampoco puede entenderse restringido a la iniciativa de que son titulares tanto ciudadanos como las instituciones cívicas, sindicales, gremiales, indígenas y comunales, a fin de presentar proyectos de actos legislativos, leyes, ordenanzas, acuerdos o resoluciones ante las Corporaciones públicas, sino que debe incorporar la facultad de intervenir en el proceso de formación y expedición de tales actos jurídicos, aun cuando no tengan origen en una propuesta de su autoría, pues es éste el mecanismo para acercar de manera efectiva a la sociedad con la actividad asignada y desarrollada por las distintas autoridades estatales.

¹⁶ Sentencia C-385/00. M.P. Antonio Barrera Carbonell.

JUNTA DIRECTIVA NACIONAL

Personería Jurídica No. 0489 de 1973
RUT No. 860403871-9
Filiat: CUT-UIS

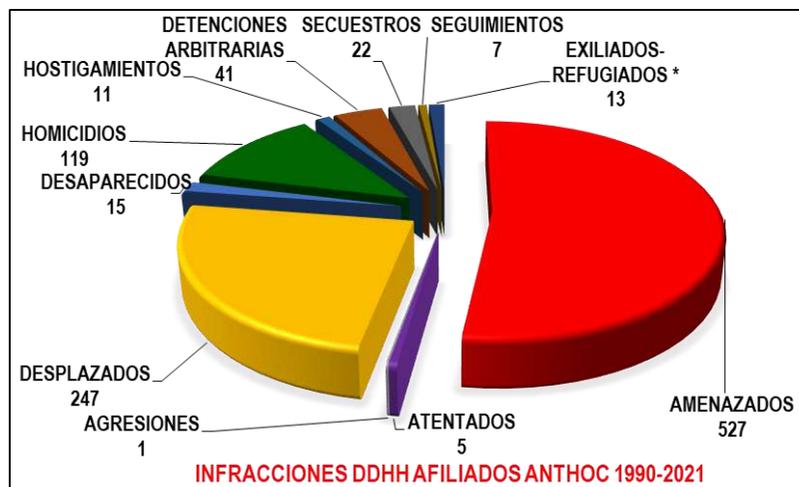
De acuerdo con lo expuesto, el pleno ejercicio de las competencias de la organización sindical, no se explica exclusivamente en las que le son inherentes como sujeto de representación de los trabajadores ante el empleador y en las reglas que orientan las dinámicas de la organización con sus miembros”.

Política de desestabilización de la organización sindical

La implementación del modelo mercantilista de salud, ha encontrado en las organizaciones sociales, particularmente de los sindicatos una gran resistencia, que en el caso de ANTHOC, es la organización que más confronta este modelo. Por lo que ha sido objeto de la más brutal persecución por parte de los grupos financieros, los estamentos gubernamentales e incluso de la acción de agentes paraestatales.

Los trabajadores de la salud enfrentaron la política de reestructuración y ajuste institucional en un contexto totalmente en contra de lo sindical y las reivindicaciones de tipo laboral, con graves impactos en su base social por la pérdida de cerca del 50% de su militancia sindical, cerca de 500 subdirectivas municipales y comités de entidad, despido de dirigentes municipales y departamentales en los hospitales de primero, segundo y tercer nivel de complejidad objeto de la reestructuración, fusión o liquidación de hospitales públicos.

Dada la violencia antisindical que históricamente se ha implementado en Colombia se encuentra considerada dentro las organizaciones filiales de la Central Unitaria de Trabajadores como una de las organizaciones más victimizadas del sector salud, ya que entre los años 1990 al año 2021 ha tenido que afrontar 1.008 actos de violencia sus dirigentes, activistas y bases sindicales de la organización sindical en los diferentes departamentos del país.



La característica principal de las agresiones a los derechos humanos, a la Misión Médica y Sanitaria, así como al Derecho Internacional Humanitario fue cometida por agentes paraestatales e incluso con complicidad de agentes y organismos gubernamentales, incluso de seguridad del Estado, tal como lo difundió la revista Semana en el caso del Director del DAS designado y protegido por el Presidente de la República Álvaro Uribe Vélez, quien suministraba listas de dirigentes y activistas sociales y sindicales a los grupos paramilitares que luego resultaron asesinados en su inmensa mayoría, entre los cuales se relaciona a dirigentes de ANTHOC en diversas regiones del país, ampliamente denunciado ante la opinión pública y autoridades. Y, evidenciado en varios documentos del proceso de investigación, análisis y contrastación adelantado por la Comisión de la Verdad durante su mandato.



JUNTA DIRECTIVA NACIONAL

Personería Jurídica No. 0489 de 1973
RUT No. 860403871-9
Filial: CUT-UIS

La crueldad y salvajismo de quienes se encuentran interesados en dominar y usufructuar los recursos públicos de salud, lleva a extremos tales como el atentado criminal de que fueran víctimas los dirigentes sindicales y sociales, que participaban en un Foro por la Defensa de la Salud en el auditorio del Hospital María Inmaculada de Florencia (Caquetá), al explotar el – de noviembre de 2005 una bomba que genero graves destrozos en las instalaciones, decenas de heridos y la muerte de un dirigente comunal.

Salvo en los casos de los compañeros **RICARDO LUIS OROZCO SERRANO**, Vicepresidente Nacional de ANTHOC, existe acusación formal contra uno de los Jefes Paramilitares. En tanto que en el caso de **JORGE PRIETO CHAMUCERO**, Presidente Departamental de ANTHOC en Arauca, quien fuera asesinado por integrantes de la fuerza pública y presentado posteriormente como insurgente dado de baja en una acción del ejército colombiano, resultando condenado el Estado por este hecho. Y, **EXPEDITO CHACÓN RODRIGUEZ**; Fiscal de la Subdirectiva Municipal de Socorro (Santander) en el que fue condenado el Gerente de la entidad hospitalaria actor intelectual y uno de los actores materiales vinculados al paramilitarismo. El 98% de los casos en conocimiento e investigación de la Fiscalía General de la Nación quedan en la impunidad.

Durante el año 2022, las disidencias de las FARC-EP declararon objetivo militar a diversos grupos y proyectos sociales, dirigentes sociales y sindicales en el departamento de Arauca, incluyendo a los miembros de la dirección departamental de ANTHOC ARAUCA. Fue asesinado un trabajador afiliado al sindicato en el municipio de Saravena, mientras en el departamento de Norte de Santander han amenazados 2 dirigentes sindicales de ANTHOC Norte de Santander, se han efectuado seguimientos y amenazas contra dos dirigentes en las municipales de ANTHOC Pamplona y uno de ANTHOC Ocaña. Un trabajador de base en el Municipio de San José de Fragua (Caquetá), así como dos dirigentes sindicales de ANTHOC Armenia.

No sólo, las actuaciones de los grupos paraestatales atentan contra la estabilidad de las organizaciones sindicales, sino, también desde el mismo Estado por medio normas legales y actos administrativos en desarrollo de las políticas de reducción del Estado y ajuste fiscal que implementan desde hace más de dos décadas los gobiernos de turno, como quedó demostrado en acápite anteriores.

Exterminio de la organización, de la dirigencia y militancia sindical

En la década de los años 90 del siglo anterior el gobierno colombiano desarrolló profundas reformas para adaptarse al modelo económico imperante. En el caso de la salud, tales medidas se implementan con la promulgación de las Leyes 60 y 100 de 1993 está última, convirtió la salud en una mercancía con profundas repercusiones para los diferentes sectores sociales, particularmente para la población más vulnerable.

La implementación de esta política, ha implicado la eliminación de importantes organizaciones sindicales y en algunos casos la reducción de la base social de las sobrevivientes, que han perdido entre el 50 y 60% de su militancia sindical. Baste señalar que para el año 2000, **ANTHOC** tenía 25.000 afiliados y en el momento tiene **12.141**¹⁷ afiliados activos.

De la misma manera, más de 3.600 trabajadores amparados con fuero sindical han sido objeto de procesos para su despido, cerca de 360 Subdirectivas Municipales, Comités Municipales y Comités de Entidades han desaparecido de la estructura sindical, el 85% de las Convenciones Colectivas de Trabajo por sustracción de materia ya no existen, y el ingreso real de los salarios de los trabajadores reducidos en un 75%.

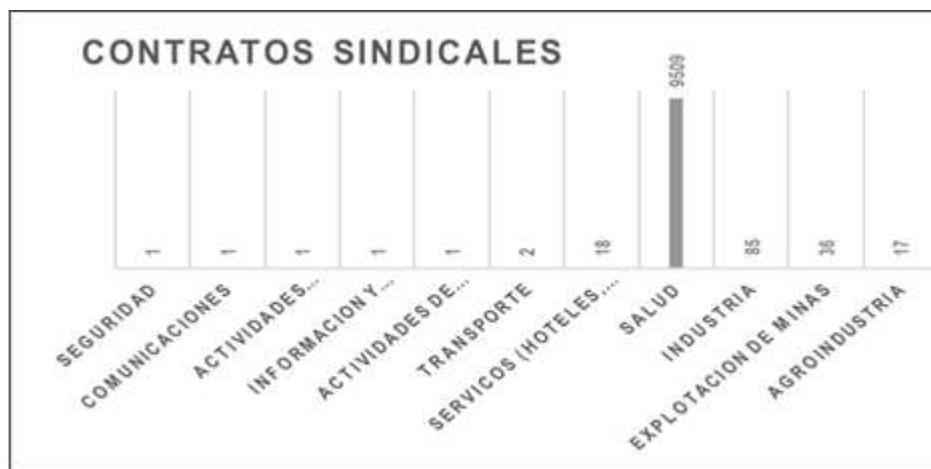
¹⁷ Reporte a 30 de junio de 2022 tomado para participar en la 52ª Asamblea Nacional Extraordinaria realizada en durante los días 22 al 26 de agosto de 2022.

JUNTA DIRECTIVA NACIONAL

Personería Jurídica No. 0489 de 1973
RUT No. 860403871-9
Filiat: CUT-UIS

- 1.1. Uno de los sectores donde más se implementan formas de intermediación y flexibilización laboral es precisamente el sector salud, por tanto, la gran dificultad para ejercer el derecho de asociación sindical, pues éstos nos les son permitidos a la inmensa mayoría de los trabajadores deslaboralizados, por cuanto si lo hacen inmediatamente son objeto de las represalias de los mercaderes del trabajo humano.
- 1.2. Durante el último año se ha observado un inusitado incremento de los Contratos Sindicales (309), el sector de la salud tiene el mayor número de ellos suscritos (299) tal como se evidencia en el Informe Gestión 2011/2012 que presenta el Ministerio del Trabajo al Congreso de la República, a pesar de los precedentes jurisprudenciales de las sentencias C-614 de 2009 y C-171 de 2012. En el sector salud, quienes históricamente traficaron con los principios cooperativos, ahora lo hacen con los principios sindicales, ya que la mayoría de las Cooperativas de Trabajo Asociado con la anuencia de diferentes funcionarios públicos de alto nivel de los Ministerio de Trabajo, Salud y Protección Social del orden nacional y/o territorial, fueron convertidas en sindicatos para continuar sobre explotando el trabajo humano a través de los contratos sindicales.

Según datos de la Escuela Nacional Sindical, en el país en todos los sectores de la economía durante el año 2021 se suscribieron 9.672 contratos sindicales, de los cuales 9.509 (98.3%) se encuentran establecidos en el sector público de salud. Para el abogado Jairo Villegas Arbeláez, un total de 482.832 personas se encuentran vinculadas a las entidades a través de contratos sindicales.



- ✚ Las regiones del país, donde mayor concentración de contratos sindicales se presentan en los departamentos de Antioquía, Cauca, Quindío, Valle y Atlántico, coincidentalmente regiones donde las cooperativas y precooperativas de trabajo asociado fueron transformadas en sindicatos, para continuar desconociendo los preceptos jurisprudenciales y la sobre explotación del trabajo.

Es indudable que las políticas neoliberales, tienen como fin fundamental el exterminio de las organizaciones sindicales y en particular, de aquellas que tienen una postura crítica del modelo económico y social, pero, además, proactivas en la confrontación política e ideológica al régimen imperante. Es así, como en el caso particular de ANTHOC, el exterminio de la organización, su dirigencia y militancia sindical se refleja en los siguientes aspectos:

- ✚ El carácter antidemocrático y reaccionario del Estado Colombiano se hace evidente, en todo este proceso de adecuación y de privatización del sector de la salud y de la seguridad social, a



JUNTA DIRECTIVA NACIONAL

Personería Jurídica No. 0489 de 1973
RUT No. 860403871-9
Filial: CUT-UIS

pesar de que el Gobierno y sus adeptos se empeñen y esfuercen en demostrar las bondades del sistema económico y político vigente en el país. Las mayorías de la población colombiana que vive en carne propia todas las arbitrariedades y vejámenes del régimen imperante no aceptan voluntariamente las políticas antipopulares que pretende entregar a los grupos financieros nacionales y extranjeros los recursos públicos, la inversión social y la función estatal a sus mezquinos intereses de rentabilidad económica, en detrimento del bienestar y la vida de la población, razones por lo que a través de sus organizaciones sociales y sindicales se movilizan para confrontar las políticas neoliberales y resisten a las embestidas de sus agentes y promotores a nivel interno.

- ✚ El establecimiento y sus adeptos recurren a la violencia institucional y paraestatal para lograr sus cometidos, sin importar la vida e integridad física de los ciudadanos, una pequeña muestra acontece con las 1018 infracciones a los derechos y garantías de los integrantes de la Misión Médica y Sanitaria, las infracciones del Derecho Internacional Humanitario, en incluyen asesinatos, amenazas, desplazamiento forzado, refugio y exilio de centenares de trabajadores afiliados a la organización sindical. Estas acciones podrían considerarse como un genocidio contra un sector específico del movimiento sindical, asimilable al acontecido con los militantes y activistas de la Unión Patriótica, organización política a la que le fueron asesinados más de 4500 de sus miembros en la década de los años 80s y 90s del siglo XX en el país.
- ✚ El despido de más de 15.000 afiliados al sindicato producto de las políticas de ajuste institucional y privatización de las entidades públicas que integran el Sistema de Salud y Seguridad Social, que implica la reducción de la base social del sindicato y pone en grave peligro su supervivencia, al desaparecer más de 150 de sus estructuras en municipios y entidades.

No existe duda, que el verdadero trasfondo de la política de ajuste y reestructuración hospitalaria, modernización de los hospitales, reorganización, rediseño y modernización de redes de prestadores de servicios de salud, que se adelanta en el país, bajo el auspicio y financiación de los organismos multilaterales de crédito -*Fondo Monetario Internacional, Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo*-, es la eliminación de las organizaciones de los trabajadores para facilitar la entrega al capital privado de toda la función pública, los recursos e instituciones estatales para usufructo del fin fundamental del capital privado, la rentabilidad económica en detrimento de la rentabilidad social y el bienestar de la población, especialmente de los sectores más vulnerables y deprimidos de la sociedad colombiana.

Graves violaciones a la libertad sindical en los procesos de reestructuración, reorganización por redes de prestación de servicios y liquidación de entidades prestadoras de servicios de salud

Desde el cuatrienio del presidente Andrés Pastrana Arango se diseñó un plan de ajuste institucional en las instituciones prestadoras de servicios de salud de carácter público que se encuentran definidas en diversos instrumentos.

Los procesos de ajuste institucional, van desde la suscripción de convenios de desempeño, convenios de eficiencia, reestructuraciones, reorganización por redes prestadoras de servicios e incluso liquidación de importantes y emblemáticas instituciones. Para lo que el ejecutivo, promovió los cambios legislativos en diferentes instancias, tales como aprobación de diversas leyes modificatorias, expedición de decretos legislativos y reglamentarios, documentos CONPES, acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, entre otros, a los cuales nos referiremos adelante.



JUNTA DIRECTIVA NACIONAL

Personería Jurídica No. 0489 de 1973

RUT No. 860403871-9

Filial: CUT-UIS

*Asociación Nacional Sindical de Trabajadores y Servidores
Públicos de la Salud, Seguridad Social Integral y Servicios
Complementarios de Colombia*



El proceso de ajuste estructural en materia de Salud y Seguridad social, orientado por el Fondo Monetario Internacional, desarrollado mediante convenios de crédito con el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, ha derivado en Colombia en el montaje de los más grandes negocios financieros de que tenga conocimiento la historia, solo comparables con el negocio de los hidrocarburos y las telecomunicaciones, muy superior al de las tarjetas de crédito.

Así, a través de diversos documentos **CONPES** el gobierno colombiano ha autorizado a la Nación para contratar empréstitos externos con la banca multilateral para financiar parcialmente las diferentes fases del proyecto de modernización de redes de prestación de servicios de salud¹⁸.

Posteriormente, el Consejo Nacional de Política Económica y Social -**CONPES**-, estableció la política de prestación de servicios para el sistema de seguridad social en salud y la asignación de recursos del presupuesto general de la Nación para la modernización de los Hospitales Públicos¹⁹, para lo que tanto la Nación como los entes territoriales deberán concurrir, bajo la modalidad de créditos condonables, en el financiamiento del proceso de ajuste y modernización de las IPS públicas mediante convenios de desempeño con las instituciones hospitalarias. *“Este proceso involucrará alternativas de capitalización y de esquemas de administración de los hospitales públicos, entre los cuales está su transformación en empresas de economía mixta o solidaria, con la participación de los mismos trabajadores, las universidades, entidades sin ánimo de lucro, cajas de compensación familiar y grupos de profesionales. Igualmente, se generará un programa de administración delegada de estos hospitales con entidades externa bajo condiciones de eficiencia y calidad en la prestación de los servicios”.*

Complementario a los lineamientos de los citados documentos CONPES, el gobierno nacional promulgó los Decretos 536 y 3690 de 2004, el primero habilitando las entidades para contratar con terceros el desarrollo de las funciones a su cargo y el segundo estableciendo los parámetros para los créditos condonables, que se convierten en la piedra angular, de los procesos de reorganización por redes de prestación de servicios, reestructuración y liquidación de las entidades hospitalarias. Los procesos de reestructuración, a diferencia del plan piloto, contienen nuevos elementos que fueron diseñados por el Departamento Nacional de Planeación, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Ministerio de la Protección Social, que implica la interacción de diversos actores.

De una parte, las Asambleas Departamentales y los Consejos Municipales o Distritales (según sea el caso), ante las que el gobierno regional y/o local tenía que acudir, para tramitar las solicitudes de autorización de los empréstitos y para las facultades especiales para adelantar las transformaciones institucionales a que hubiere lugar. Una segunda fase, y con fundamento en las facultades concedidas por las corporaciones administrativas, para suscribir el Contrato de Empréstito ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el correspondiente Convenio de Desempeño, entre la entidad territorial y el Ministerio de la Protección Social y entre la entidad territorial y la correspondiente Empresa Social del Estado y/o Hospital Público, finalmente la Junta Directiva de la entidad hospitalaria adelantará los actos de su competencia.

En desarrollo de la primera fase del referido programa se intervino más de 176 entidades públicas de primer, segundo y tercer nivel de atención. Se despidieron más de 20.000 trabajadores y trabajadoras que desempeñaban cargos en los niveles asistenciales, técnicos, tecnológicos y profesionales en las diferentes áreas de las ciencias de la salud y fueron reemplazados por nuevos trabajadores sin relación

¹⁸ El documento CONPES No. 3175 del 15 de julio de 2002, autorizó a la Nación para contratar empréstitos externos con la banca multilateral hasta por US \$100 millones, o su equivalente en otras monedas para financiar parcialmente la primera fase del proyecto de modernización de redes de prestación de servicios de salud.

¹⁹ Ver documento CONPES No. 3204 del 6 de noviembre de 2002.



JUNTA DIRECTIVA NACIONAL

Personería Jurídica No. 0489 de 1973
RUT No. 860403871-9
Filial: CUT-UIS

laboral a través de formas de intermediación laboral como Empresas Asociativas de Trabajo, Empresas Temporales de Empleos, Cooperativas y Precooperativas de Trabajo Asociado.

De paso, la reducción de los niveles de sindicalización de los trabajadores del sector, la eliminación de la contratación y negociación colectiva, la extinción de sindicatos, las garantías para el ejercicio del derecho de asociación.

El 27 de marzo de 2006, se expide un nuevo documento CONPES emitiendo concepto favorable a la Nación para contratar empréstitos externos para financiar parcialmente el Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de Prestación de Servicios de Salud para las vigencias 2006-2007. Según boletín de prensa emitido por el Ministerio de la Protección Social a finales de diciembre de 2006, en esta fase se intervendrán 84 entidades públicas de la red hospitalaria de ocho (8) departamentos, que representará la pérdida de más de 10.000 nuevos empleos.

En el mismo camino avanza lo que el Presidente de la República en la alocución televisada, luego del acuerdo para suscribir el TLC, denominó: "Creación de una gran zona franca hospitalaria", lo que no es otra cosa que la apertura de un gran mercado para las transnacionales de la salud, mediante la liberación de la red de prestación de servicios y la pauperización total de los trabajadores y profesionales de la salud, a través de mecanismos de informalización de sus relaciones, para lo que se requerirá eliminar las organizaciones sindicales en el sector de la salud.

Profundización de la privatización de la red pública hospitalaria

El país y el movimiento sindical fue sorprendido con una nueva agresión por parte del Gobierno de Álvaro Uribe Vélez, en esta oportunidad en cabeza del Ministro de Hacienda y Crédito Público, Oscar Iván Zuluaga, quien en reunión con Gobernadores y Alcaldes, llamó a dichos mandatarios a entregar la administración de las entidades prestadoras de salud al sector privado y a través de diversos medios de comunicación anunció: *"En pocos meses el gobierno iniciará una segunda "ola" de concesiones de hospitales y clínicas públicas a terceros. Nos parece que el modelo de imponer con condiciones la entrega en concesión de muchas clínicas del Seguro Social ha resultado muy positiva"... "Hacer reestructuración hospitalaria permitiendo que entidades sin ánimo de lucro asuman la operación de estas entidades, pueden llevar a que los más necesitados accedan a centros de alta complejidad"*.

Una nueva falacia del gobierno y sus voceros se hizo evidente, ya que lo que ocurrido con el Seguro Social no fue precisamente una entrega en concesión de las clínicas y demás centros de atención a entidades sin ánimo de lucro, por el contrario lo que realmente, se dio, fue la venta indiscriminada de los centros de atención y clínicas al sector privado, como aconteció con la ESE LUIS CARLOS GALAN SARMIENTO -Clínica San Pedro Claver- que fue vendida a COMPENSAR, Universidad del Rosario y a la Fundación Hospitalaria San Juan de Dios de España. En síntesis, el objetivo fundamental del neoliberalismo y sus máximos exponentes los capitalistas, nacionales y extranjeros se apropiarán de todos aquellos sectores y segmentos que puedan generar inmensas riquezas y coadyuve a la acumulación de grandes capitales, en detrimento de los sectores sociales más desfavorecidos de la sociedad.

El Gobierno y los agentes del neoliberalismo pretenden ocultar la realidad del país y mostraban como exitosos los procesos de reestructuración, liquidación y entrega al sector privado del patrimonio social de los colombianos. En el área de la salud, la evidencia histórica nos enseña que los procesos de externalización a que han sometido los hospitales públicos de segundo y tercer nivel de atención no dieron los resultados que el gobierno esperaba, por el contrario la crisis de los mismos continúa -en el caso del Hospital Universitario de Santander que sustituyó al HURGV, actualmente cuenta con una cartera por atención a vinculados que supera los 30.000 millones de pesos, se represan diversos



JUNTA DIRECTIVA NACIONAL

Personería Jurídica No. 0489 de 1973
RUT No. 860403871-9
Filiat: CUT-UIS

procedimientos e intervenciones quirúrgicas, se deteriora la calidad de los servicios entre otros muchos casos, los trabajadores de planta fueron reemplazados por personal contratado a través de 25 Cooperativas de Trabajo Asociado que hacen intermediación laboral con 1000 trabajadores a quienes se les reconoce menos del salario mínimo y sin ninguna garantía prestacional y laboral, que incluso pueden conllevar a su cierre o entrega para ser administrado por la Universidad Industrial de Santander- y los usuarios cada día encuentran mayores barreras de acceso a los servicios, con graves consecuencias para la salubridad pública-.

Los casos de SaludCoop, Cafesalud y Medimás, constituyen uno de los casos mejor conocidos por la opinión pública de un hecho de corrupción en salud, que ha develado la enorme fragilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Se ha presentado como un hecho aislado, de una manzana podrida del sistema, y no como la consecuencia de una política pública diseñada en el marco de la Ley 100 de 1993, que desde su concepción y posteriores desarrollos ha posibilitado que se presente extracción de renta en el sistema por parte de múltiples actores particulares.

En el origen de los hechos de corrupción en salud que documentan los organismos de control con SaludCoop, Cafesalud y Medimás, se encuentra que, en el inicio del proceso de conformación de las Empresas Promotoras de Salud, EPS, como entidades facultadas por el Estado para administrar los recursos públicos y gestionar el riesgo en salud, a estas no se les hizo las exigencias mínimas de un mercado. Esta consiste en que, para poder manejar billones de pesos, se debe acreditar un capital financiero que soporte el cumplimiento con los compromisos adquiridos en la prestación de servicios de salud.

No queda duda, que el Gobierno Nacional pretendía eliminar a toda costa las organizaciones sociales, específicamente las de los trabajadores, las convenciones colectivas de trabajo, evitar la existencia de sindicatos y por ende las garantías derivadas del derecho de asociación, reconocidos en diversos instrumentos internacionales, la constitución nacional y la legislación interna, todo en aras de favorecer a sus amigos y aliados del capital financiero, empresarios nacionales y extranjeros, verdaderos depositarios de las políticas públicas que desarrolla el régimen imperante.

El sindicato a interactuado en coordinación con la Central Unitaria de Trabajadores, la Escuela Nacional Sindical, ante la Comisión Nacional de la Verdad, la Convivencia y la No Repetición como un aporte a la construcción de verdad y de paz a través de varios documentos como: **LA SALUD COMO "MERCANCIA": un atentado contra la vida, la violencia antisindical en Colombia, Viviendo con el Silencio y el Dolor, Impacto de las violencias en el sindicato ANTHOC en el Caribe Colombiano** que recoge los hechos victimizantes que sufrieron y sufren los trabajadores de la salud en los diferentes territorios y municipios de esa región del país.

En otros espacios del Sistema Integral de Verdad, Justicia, Reparación y No repetición -SNVRNR- como en la Jurisdicción Especial para la Paz, igualmente participaremos conjuntamente con la CUT, ENS, CAJAR, CSPP y CCJ, en la perspectiva del buscar el Esclarecimiento de la Verdad, La Justicia, Reparación y No Repetición en el caso de los trabajadores de la Salud y la Seguridad Social en el país.

La salud en el nuevo gobierno

Los paradigmas del modelo mercantilista de salud impuesto a los colombianos en la década de los años noventa del siglo XX, proyectado por los agentes del neoliberalismo para el negocio de los intermediarios financieros, grupos económicos, políticos, gobernantes y grupos paraestatales; convertido en el foco de corrupción más grande de la historia del país, que durante sus 29 años de vigencia ha generando más muertes que el conflicto social y armado que desde hace más de seis décadas afronta el país, se verá seriamente modificado con la llegada al gobierno de los candidatos del Pacto Histórico



JUNTA DIRECTIVA NACIONAL

Personería Jurídica No. 0489 de 1973
RUT No. 860403871-9
Filiat: CUT-UIS

en cabeza de Gustavo Petro y Francia Márquez y el programa de gobierno Colombia Potencia Mundial de la Vida, que en su acápite 3.8 Salud para la vida y no para el negocio busca garantizar el derecho fundamental a la salud a través de un sistema único, público, universal, preventivo y predictivo, participativo, descentralizado e intercultural, que no dependa de la capacidad de pago, la rentabilidad económica ni de la intermediación administrativa y financiera. Para lograrlo, se impulsará la reglamentación de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, en el marco de un gran pacto nacional por la salud y la vida.

Transitar hacia un modelo de salud preventivo y predictivo que afecte los determinantes sociales, en el que todas las políticas aseguren los derechos a la alimentación, al agua, a la vivienda, al saneamiento básico, a un ambiente sano, al trabajo decente y, en fin, al conjunto de medios que permiten realizar una vida digna para todos y todas.

Un sistema de salud será público y universal por lo que el acceso oportuno y de calidad a la prestación de los servicios no dependerá de la capacidad de pago para lo cual se avanzará a un sistema único sin regímenes contributivo y subsidiado financiado por impuestos progresivos y cotizaciones equitativas.

Recuperación de la autoridad sanitaria: La dirección política y la gobernabilidad del sistema estará en cabeza de un Consejo Nacional de Salud, con la participación de la academia, los gremios, las sociedades científicas y los trabajadores de la salud, los pacientes y las comunidades urbanas y campesinas y los pueblos afrodescendientes, negros, raizales, palenqueros, indígenas, rrom y el sector privado, liderado por el Ministerio de Salud y Protección Social. Este Consejo tendrá equivalentes en los entes territoriales liderados por las secretarías de salud, denominado Consejos Territoriales de Salud.

Un Fondo Único de Salud para la eficacia y la transparencia: La operación del sistema se realizará a través de un Fondo Único de Salud-FUS que retomará y ampliará las funciones y capacidades de la actual Administradora de los Recursos de la Seguridad Social en Salud (ADRES) en el sentido de unificar las fuentes de financiamiento y su recaudo, brindar soporte administrativo, garantizar el pago de los servicios de salud en desarrollo del direccionamiento de Los Consejos de Salud y en articulación con sistemas unificados de información, auditoría y control. El FUS tendrá Unidades Descentralizadas manteniendo el blindaje y el control de los recursos, los cuales fluirán exclusivamente en los territorios para el pago de los prestadores públicos y privados.

Redes Integradas e integrales de Salud: Los Consejos Territoriales de Salud orientarán la conformación de las redes integrales e integradas de servicios de salud, con enfoque territorial en todo el país. Estas redes garantizarán el acceso a la atención integral de las poblaciones rurales y urbanas, cerca de su vivienda y su lugar de estudio y de trabajo. La red estará conformada por hospitales públicos fortalecidos desde el nivel primario hasta el de alta complejidad, financiados por el presupuesto público y por prestadores privados contratados por el Estado a nivel nacional y territorial, asegurando una distribución equitativa en términos de cobertura, acceso y calidad, según las necesidades de la población.

El modelo de salud preventiva: La red de prestadores conformará equipos médicos interdisciplinarios que cubrirán de manera activa y progresiva, todo el territorio nacional, comenzando por el área rural, como ordena el compromiso del Plan Nacional de Salud Rural, y por los sectores más vulnerados de las ciudades. Los equipos médicos extramurales y los servicios intramurales con enfoque de atención primaria asociados a la red pública y con participación de los prestadores privados disponibles en cada uno de los territorios llegarán al hogar, a los jardines infantiles, escuelas y colegios, a lugares de trabajo, al ambiente y al espacio público de las personas y familias adscritas, garantizando acciones preventivas, predictivas, curativas y de rehabilitación, tanto individuales como colectivas, que resuelvan la mayoría de



JUNTA DIRECTIVA NACIONAL

Personería Jurídica No. 0489 de 1973
RUT No. 860403871-9
Filiat: CUT-UIS

los problemas de salud en el respectivo territorio, con el apoyo de las tecnologías de la información y las comunicaciones (telesalud-telemedicina).

El modelo preventivo operará con adscripción poblacional de tal manera que la red integral e integrada garantice atención y resultados en salud a grupos poblacionales cuyo tamaño variará según se trate de espacios urbanos, rurales, niveles de dispersión, características socioculturales y epidemiológicas. Las personas que requieran atención de mediana y alta complejidad tendrán asegurada la referencia a hospitales públicos y servicios privados a nivel departamental, regional y nacional, garantizando el principio de libre escogencia.

El sistema de salud contará por fin con un sistema único de información interoperable que soporte la toma de decisiones, la operación misional y administrativa y asegure transparencia y seguimiento de la operación en tiempo real. Esto incluye la puesta en marcha de la historia clínica electrónica unificada.

Hacia una salud intercultural: Apoyaremos la implementación del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural-SISPI, revitalizaremos los sistemas de salud propios e interculturales del campesinado, los pueblos afrodescendientes, negros, raizales y palenqueros y garantizaremos el ejercicio y el fortalecimiento de las medicinas populares, alternativas y complementarias en un proceso de articulación con el sistema de salud.

Dignidad para los trabajadores de la salud: Garantizaremos el trabajo digno, seguro y decente para la totalidad de los trabajadores de la salud, abandonando la intermediación laboral y la vulneración de derechos a través de un Estatuto del Trabajo en Salud que garantice la laboralización con estabilidad, la primacía de la realidad sobre la formalidad, la remuneración justa, la promoción, la formación permanente y la protección de la salud en el trabajo en un marco de comprensión de las particularidades y necesidades específicas del sector.

Las mujeres y la salud: El nuevo sistema de salud reconocerá el papel fundamental de las mujeres en el sector, garantizando su participación y reconocimiento, para lo cual se articulará con el Sistema Nacional de Cuidado, en el que se favorezca el empoderamiento social y económico, la redistribución y reducción del trabajo de las mujeres, así como la garantía de una salud plena y una vida libre de violencias.

La Salud en el Trabajo: El sistema de salud incorporará la protección de la salud en el trabajo al conjunto de la población laboral del país ampliando la cobertura del sistema general de riesgos laborales a todos los sectores de la economía popular y del cuidado sobre la base de recursos del Estado.

Un sistema intensivo en conocimiento: revitalizaremos la investigación científica y el desarrollo tecnológico en salud. Esto permitirá el acceso a los mejores tratamientos y dispositivos sanitarios disponibles y a la recuperación de la autonomía y el liderazgo regional del país, incluida la producción de vacunas y otros biológicos. Se garantizará el acceso a medicamentos esenciales con oportunidad, calidad y pertinencia, fortaleciendo la regulación de precios, fomentando la reindustrialización del sector farmacéutico nacional e impulsando una agenda internacional para hacer efectivas las flexibilidades sobre los derechos de propiedad intelectual de los medicamentos y tecnologías de interés en salud pública.

Pasos urgentes por la vida y la salud: Para avanzar en la transición, mientras se tramita la reforma en el Congreso, avanzaremos desde el primer año del gobierno en la instalación de equipos médicos e interdisciplinarios con el modelo de salud preventiva y predictiva a las zonas más excluidas en campos y ciudades; iniciaremos el salvamento y la recuperación de los hospitales públicos; resolveremos la injusticia laboral con los trabajadores de la salud, la mayoría mujeres; y generaremos los mecanismos



JUNTA DIRECTIVA NACIONAL

Personería Jurídica No. 0489 de 1973
RUT No. 860403871-9
Filiat: CUT-UIS

*Asociación Nacional Sindical de Trabajadores y Servidores
Públicos de la Salud, Seguridad Social Integral y Servicios
Complementarios de Colombia*



para que inicie de inmediato un plan ambicioso con financiamiento público para ampliar la formación en todas las áreas y niveles de la salud incluyendo las especialidades médicas para salir del déficit histórico de personal de salud que tiene Colombia en el marco de la democratización del saber y de la construcción de un gran sistema público de educación superior, gratuito y de calidad. Desplegaremos un fuerte plan de recuperación, ampliación y modernización de la red pública hospitalaria nacional que incluye sistemas de transporte aéreo, marítimo, fluvial y terrestre para llevar servicios de salud a millones de colombianos que hoy no tienen ningún acceso.

Lucha contra la corrupción: Recuperaremos los dineros públicos, derrochados por la corrupción y la ineficiencia, y avanzaremos en un plan de reconocimiento de las deudas al personal y a los prestadores públicos y privados de servicios de salud. En este sentido, la Superintendencia Nacional de Salud jugará un papel preponderante fuera de la politiquería, con descentralización, participación social y alta tecnología.

Conclusiones

La Constitución, la Jurisprudencia y los instrumentos internacionales establecen una serie de criterios que son vinculantes para la política pública de salud. En efecto, y teniendo en cuenta el valor jurídico del precedente constitucional, las decisiones judiciales de la Corte Constitucional son vinculantes para las autoridades públicas, de otra parte, el artículo 93 constitucional integra a ésta todos los tratados internacionales de derechos humanos y las interpretaciones autorizadas que se emiten sobre ellos.

De estos elementos normativos, se deduce que el Estado Colombiano soberano, por su carta fundante, y como parte de los tratados internacionales está obligado a la progresividad de efecto inmediato de la garantía del derecho a la salud y tiene prohibido tomar medidas regresivas sobre las condiciones alcanzadas, así como discriminar por cualquier motivo a la población para acceder a los servicios de salud. En particular el Estado colombiano debe garantizar la disponibilidad, la accesibilidad y la calidad a través de acciones consistentes y afirmativas de respeto, protección y cumplimiento del derecho a la salud.

El Estado colombiano viola el Derecho a la salud de los y las ciudadanas cuando renuncia a sus obligaciones de proteger, respetar y cumplir con la garantía del derecho, cuando no maximiza los mayores recursos disponibles, cuando adopta medidas regresivas incompatibles con las obligaciones esenciales y cuando por omisión no adopta las medidas necesarias para dar plena efectividad al derecho universal a disfrutar del más alto nivel de salud física y mental.

Tal vulneración no es imputable a una sola entidad, sino a todas las autoridades nacionales y territoriales con responsabilidades y competencias diversas para la atención en salud y seguridad social, y aún a instituciones privadas que actúan sin vigilancia y control por parte del Estado, con lo cual, por acción y omisión, el sector público es responsable por permitir que continúe -y en algunos casos, se agrave- la vulneración de los derechos fundamentales -directamente o por conexidad- de los colombianos y colombianas.

De otra parte, el Estado colombiano con la implementación unilateral de la política de ajuste y reestructuración hospitalaria, modernización de los hospitales, reorganización, rediseño y modernización de redes de prestadores de servicios de salud, que se adelanta en el país, bajo el auspicio y financiación de los organismos multilaterales de crédito -Fondo Monetario Internacional, Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo-, vulnera gravemente el derecho constitucional de asociación sindical, desconociendo las obligaciones internacionales de Colombia sobre la materia.



JUNTA DIRECTIVA NACIONAL

Personería Jurídica No. 0489 de 1973
RUT No. 860403871-9
Filiat: CUT-UIS

El gobierno colombiano en un ejercicio abusivo de sus facultades constitucionales y legales, no sólo decide arbitrariamente sobre las entidades públicas, sino también sobre las organizaciones sindicales que hay al interior de éstas, desconociendo con ello el derecho de constitución, libre formación y autonomía de los sindicatos. Lo anterior vulnera completamente la legislación nacional e internacional, y en especial el Convenio 87 de la OIT, que prohíbe la intervención indebida del gobierno en la creación y el desarrollo de las organizaciones sindicales.

Además, la negociación y contratación colectiva es un derecho esencial y consustancial de la libertad sindical y por tanto tiene rango constitucional, lo que implica que las condiciones de trabajo contenidas en las convenciones colectivas son de obligatoria observancia y cumplimiento por parte de quienes las suscriben. Sin embargo, el Estado, aunque es el principal empleador, tiene una política sistemática de desconocimientos y violación de los acuerdos convencionales y del derecho de los derechos de sindicalización integralmente.

La asociación sindical y la negociación colectiva son derechos constitucionales y obligaciones que el Estado colombiano ha adquirido, por ser parte de la Organización Internacional del Trabajo y por haber ratificado los convenios 87, 98, 151 y 154. Dichos convenios, además, hacen parte de la legislación interna por expreso mandato constitucional contenido en el artículo 53 y, así mismo, han sido integrados al bloque de constitucionalidad, algunos mediante el mandato del artículo 93 y otros mediante jurisprudencia de la Honorable Corte Constitucional. No obstante, lo anterior, y sin darle importancia a dicha normatividad el gobierno nacional, territorial y local vienen desconociendo sus obligaciones en perjuicio del movimiento sindical colombiano; hoy por hoy, son muchas las organizaciones sindicales que ven vulnerada su libertad sindical de forma permanente.

**Propuestas para garantizar la verdad, justicia, reparación y no repetición a los
trabajadores de la salud y sus organizaciones**

Como un gesto real del Estado para reparar de manera colectiva las múltiples violaciones e infracciones de los derechos humanos, económicos, sociales, culturales y políticos de los trabajadores de la salud, ocasionadas por los diferentes actores armados, políticos, gobiernos locales y territoriales, grupos financieros y económicos en la implementación y profundización del modelo mercantilista impuesto a los colombianos a través de la Ley 100 de 1993 y sus normas complementarias, proponemos como instrumento de reparación, verdad, justicia y no repetición, que el Gobierno del Cambio adopte las siguientes medidas:

- El fortalecimiento de la red pública hospitalaria del país en todos sus niveles de complejidad ampliando su infraestructura, tecnología, equipos, insumos y materiales que garantice la prestación integral de los servicios de salud con oportunidad, calidad, calidez y humanismo de la población sin ningún tipo de barreras de acceso: administrativos, económicos, geográficos, étnicos, etc.
- El gobierno del Cambio dando cumplimiento a los acuerdos laborales suscritos con las Centrales Obreras, Federaciones y sindicatos nacional conjuntamente definirá el régimen laboral especial aplicable a los servidores públicos de las Empresas Sociales del Estado.
- Dignificar las condiciones laborales de los trabajadores de la salud, eliminando todos los instrumentos de intermediación laboral que desnaturalizan el trabajo humano, los ingresos reales de los trabajadores, con salarios y prestaciones justas, plenos derechos de asociación, negociación colectiva y huelga.



JUNTA DIRECTIVA NACIONAL

Personería Jurídica No. 0489 de 1973
RUT No. 860403871-9
Filiat: CUT-UIS

- Incluir en el Plan Nacional de Desarrollo y Plan de Inversiones el compromiso y recursos necesarios y suficientes para restituir y ampliar las plantas de personal de la red de hospitales públicos que garantice la incorporación a las plantas de personal de la totalidad de trabajadores que desempeñando labores permanentes están vinculados a través de las diferentes formas de tercerización laboral.
- El Estado colombiano debe responder por el costo de las nóminas de los hospitales públicos, en consecuencia incluirá en el plan de inversiones los recursos necesarios y suficientes para garantizar el pago de los trabajadores de la salud, por cuando son los únicos trabajadores de la salud en el mundo que sus salarios dependen de la venta de servicios.

**DEPARTAMENTO DE DERECHOS HUMANOS Y MISION MÉDICA
JUNTA DIRECTIVA NACIONAL
ANTHOC**


WILFER JHON PINZON FUENTES
Presidente


MARIA ESNEIDA LAVERDE DONATO
Secretaria General


JUAN RAFAEL QUINTERO ARRUBLA
Vicepresidenta
Coordinadora Departamento de Derechos Humanos


LUIS ALBERTO CUERVO FLOREZ
Srio de Solidaridad, Unidad Sindical y Social

Bogotá, D.C.
Octubre 29 de 20222

Proyectó: Alfonso Franco
Revisó: Departamento Derechos Humanos y Misión Médica
Aprobó: Departamento Derechos Humanos y Misión Médica