

**LA REFORMA DEL SECTOR SALUD Y LOS CONFLICTOS  
CLASISTAS EN COLOMBIA: EL CASO DE LA LEY 100/93**

**PRESENTADA POR**

**YADIRA EUGENIA BORRERO RAMIREZ**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y ECONOMICAS**

**MAESTRIA EN SOCIOLOGIA**

**SANTIAGO DE CALI, MARZO DE 2008**

**LA REFORMA DEL SECTOR SALUD Y LOS CONFLICTOS  
CLASISTAS EN COLOMBIA: EL CASO DE LA LEY 100/93**

**MONOGRAFIA PARA OPTAR AL TITULO**

**PRESENTADA POR**

**YADIRA EUGENIA BORRERO RAMIREZ**

**DIRECTOR ALVARO GUZMAN**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y ECONOMICAS**

**MAESTRIA EN SOCIOLOGIA**

**SANTIAGO DE CALI, MARZO DE 2008**

## **PAGINA DE ACEPTACION**

Todo el trabajo descrito en este documento es de la autoría de los abajo firmantes y fue realizado bajo la dirección del tutor asignado, excepto donde se han hecho referencias al trabajo de otros.

---

**YADIRA EUGENIA BORRERO RAMIREZ**

Certificado de aprobación: \_\_\_\_\_

Los abajo firmantes certificamos haber leído este trabajo de investigación dirigida y que, en nuestra opinión, es totalmente adecuado, en calidad y nivel de profundidad, para optar al título de Maestría en Sociología.

---

**ALVARO GUZMAN**  
Profesor  
Dpto. Sociología

---

**RENAN SILVA**  
Coordinador Postgrados  
Depto. Sociología

---

**JAVIER DUQUE**  
Profesor  
Depto. Pedagogía

---

**MARIO LUNA**  
Profesor  
Depto. Sociología

---

**JORGE HERNANDEZ**  
Profesor  
Depto. Sociología

## DEDICATORIA

*A Mateo y Simón  
Las luces que iluminan mi vida  
A Yuri, por todo su amor y apoyo  
A mamá, que me enseñó con su fortaleza.*

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar quisiera agradecer a mi asesor, Álvaro Guzmán, por su apoyo y guía a través de todo este proceso; sin su dedicación, conocimiento y paciencia esta investigación no habría tenido éxito. Así mismo, a los compañeros del movimiento nacional por la salud, cuyos espacios de debate, discusión y reflexión han aportado de manera importante a mi formación académica.

A mis amigas Cata, las Andreitas, Alby, Viky, Amparo, Clarita, Lorena, Patricia, que creyeron en mi, que soportaron innumerables horas de debate, lectura de borradores, angustias y frustraciones, sin cuyo apoyo, confianza y amor no habría logrado finalizar este proceso.

Finalmente, a lo más importante de mi vida, mi familia, Mateo, Simón, Juan, Alejandro, Yuri, estos hombres que desde hace algún tiempo alumbran mi camino y que soportaron pacientemente mis ausencias; a Elsa, Sandra y Lilia, mis cómplices y compañeras en el transitar por esta vida.

A todos y todas, mil gracias, por todo su amor y apoyo incondicional.

## CONTENIDO

	Pág.
<b>SIGLAS UTILIZADAS</b>	6
<b>RESUMEN</b>	7
<b>INTRODUCCION</b>	9
<b>1. ESTADO Y POLITICA SOCIAL</b>	14
1.1 APROXIMACIONES CONCEPTUALES AL ESTADO	14
1.2 CONFIGURACIÓN E INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA CUESTIÓN SOCIAL	18
1.3 ESTADO DEL BIENESTAR	24
1.4 LA CRISIS DEL ESTADO BENEFADOR	27
1.5 LA EXPERIENCIA LATINOAMERICANA	30
<b>2. ANTECEDENTES DE LA POLITICA DE SALUD EN COLOMBIA</b>	33
2.1 LA REPÚBLICA CONSERVADORA Y LA SALUD	33
2.2 LA HIGIENE Y MODERNIZACIÓN DEL ESTADO	37
2.3 LA SEGURIDAD SOCIAL Y EL MINISTERIO DE SALUD.	42
2.4 LA SALUD DESPUÉS DE LA CREACIÓN DEL MINISTERIO DE HIGIENE Y DEL ICSS	45
2.5 LA CONFORMACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.	47

<b>3.</b>	<b>LA REFORMA DE SALUD DE LOS NOVENTA</b>	<b>52</b>
3.1	CONTEXTO INTERNACIONAL DEL DEBATE SOBRE LOS SISTEMAS DE SALUD DÉCADA DE LOS NOVENTA	53
3.1.1	Las agencias internacionales frente a la concepción de la salud	53
3.1.2	Las agencias internacionales y el análisis de las condiciones de salud	55
3.1.3	La Organización Panamericana de la Salud y las Propuestas para reformar los sistemas de salud	61
3.1.4	La propuesta del Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo	67
3.2	DEBATE NACIONAL FRENTE A LA REFORMA DE LA SALUD	71
3.2.1	Contexto Nacional: los noventa	72
3.2.2	Sobre el análisis de la situación de salud y seguridad social	74
3.2.3	Plan del Gobierno del Presidente Gaviria: Apertura de la salud	79
3.2.4	El Debate de la Comisión Transitoria de reforma a la seguridad social.	80
3.2.5	El debate y su resolución: 1991 – 1993	83
3.2.6	Síntesis	104
<b>4.</b>	<b>CONCLUSIONES</b>	<b>108</b>
	<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>113</b>
	<b>ANEXO No 1</b>	<b>127</b>

## SIGLAS UTILIZADAS

**ANC:** Asamblea Nacional Constituyente

**ANDI:** Asociación Nacional de Industriales

**ANEC:** Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia

**APS:** Atención Primaria en Salud

**ASCOFAME:** Asociación Colombiana de Facultades de Medicina

**ASMEDAS:** Asociación Médica Sindical Colombiana

**BID:** Banco Interamericano de Desarrollo

**BM:** Banco Mundial

**CEPAL:** Comisión Económica para América Latina

**CONPES:** Consejo Nacional de Política Económica y Social

**CP:** Constitución Política

**DNP:** Departamento Nacional de Planeación

**ECOPETROL:** Empresa Colombiana de Petróleo SA

**FENALCO:** Federación Nacional de Comerciantes

**FENALTRASE:** Federación Nacional de Trabajadores de la Salud

**FASECOLDA:** Unión Colombiana de Aseguradores

**FES:** Fundación para la Educación Superior

**FESCOL:** Fundación Friedrich Ebert de Colombia

**FMI:** Fondo Monetario Internacional

**ICSS:** Instituto Colombiano de Seguro Social

**ISS:** Instituto de Seguros Sociales

**IVM:** Invalidez, Vejez y Muerte

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**ONG:** Organización No Gubernamental

**OPS:** Organización Panamericana de la Salud

**PNUD:** Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo

**SILOS:** Sistema Local de Salud

**SNS:** Sistema Nacional de Salud

**STPE:** Transformación Productiva con Equidad en Salud.

**UNICEF:** Fondo de Naciones Unidas para la Infancia

**PALABRAS CLAVES:** Ley 100, Estado Benefactor, clases sociales, actores sociopolíticos, reforma del Estado, reforma del sector salud, sistema general de seguridad social en salud.

## RESUMEN

Durante la década de los noventa el sistema de salud colombiano fue objeto de múltiples transformaciones, las cuales lo orientaron a la creación de un modelo de aseguramiento universal, en el marco de un mercado regulado de servicios de salud. El proceso de reforma estuvo antecedido por un importante debate, en el contexto internacional y nacional, sobre el papel de los sistemas de salud, sus costos y el rol que deberían tener los Estados en los mismos.

En el contexto internacional, el debate era alrededor de los modelos de Estado del Bienestar, cuyos principales desarrollos se dieron en los países europeos. Planteamientos como el creciente déficit fiscal, la burocratización del Estado, ineficiencia del Estado para la producción de bienes y servicios, se encontraban en el discurso del momento. En este sentido, los sistemas de salud organizados e implementados desde el Estado del Bienestar eran objeto de los mismos cuestionamientos. Problemas como el incremento del gasto en salud, la baja cobertura lograda por muchos de ellos y los mismos resultados en salud, ubicaron en un lugar de importancia este debate.

Como producto de ello, las agencias internacionales tuvieron posiciones claramente diferenciadas. De un lado, las entidades de la banca multilateral, Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo, promovieron reformas, a los sistemas de salud y seguridad social, que privilegiaran la provisión de seguros de salud para la atención de la población, el diseño de un paquete básico de servicios para aquellos eventos con altas externalidades, la focalización de los recursos del Estado en las poblaciones más vulnerables y el pago de aranceles para regular el uso de los servicios de salud.

De otro lado, organizaciones multilaterales de la salud, como la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, promovían propuesta de reforma a los sistemas de salud, que privilegiaran la universalización efectiva de la atención en salud, así como el mejoramiento de las condiciones de vida, bajo el análisis de la enorme “deuda sanitaria” con las poblaciones más pobres.

A nivel nacional, el país se encontraba en un proceso de apertura económica, unida a procesos de negociación política con actores desmovilizados y la creación de un consenso nacional representado en una nueva Constitución Política. En esta coyuntura se debatió el papel del Estado frente a la salud. Las posiciones de los diferentes actores sociopolíticos expresaban posiciones de las clases sociales.

De un lado los gremios económicos, un grupo de técnicos de las áreas económicas y los representantes políticos de los mismos, promovían el desarrollo de un sistema de salud basado en el aseguramiento, cuya fuente de financiación era el pago directo, a través de contribuciones a la nómina, por parte de los afiliados, bajo la premisa que las personas están dispuestas a pagar aquellos servicios que los benefician directamente y, la participación del sector privado en los “negocios” de aseguramiento y prestación de servicios de salud.

De otro lado, los sectores sindicales, los partidos políticos de izquierda y de centro y los técnicos cuya posición política era el respaldo de un modelo de Estado Social, propendían por un sistema de aseguramiento universal, de carácter público, donde la responsabilidad del aseguramiento era exclusiva del Estado, en esta propuesta el sector privado sólo debía participar en la prestación de los servicios de salud.

El debate en el país fue intenso y duró varios años. Los actores sociopolíticos que se configuraron a través del mismo contaron con posibilidades diferentes de participar e incidir en los resultados. La débil organización, unidad y la falta de recursos, especialmente técnicos, hacen que los sectores de oposición, poco logren incidir sobre los resultados, salvo en los casos de los grandes sindicatos que lograron negociar independientemente el mantenimiento de regímenes especiales en salud.

Así mismo, el papel decisorio que jugaron los técnicos es uno de los elementos particularmente importante de este proceso. Los debates se presentaron ante la opinión pública nacional de manera tal que, parecía que las decisiones sobre el sistema de salud se debían basar en debates técnicos mas que en la toma de una posición política frente al rol que el Estado debía cumplir en la salud.

Metodológicamente esta tesis es fundamentalmente un análisis documental, para ello se ubicaron documentos de los actores nacionales e internacionales que participaron en el debate, así mismo se hizo una revisión de los principales periódicos de circulación nacional. Esta información fue complementada con entrevistas a algunos actores claves durante el proceso de debate.

## INTRODUCCION

Desde finales de la década de los ochenta, Colombia desarrolló un intenso debate en torno a su sistema de salud y de seguridad social. Éste concluyó con la aprobación de la Ley 100 de 1993 que creó el Sistema General de Seguridad Social. El debate ocurrió en un periodo donde las críticas a los modelos del Estado del Bienestar, también llamados “Providencia”, se encontraban en pleno auge, con un escenario regional de crisis económica y fiscal y en medio de la discusión suscitada por el llamado “Consenso de Washington” que impulsó medidas de ajuste estructural para superar la denominada crisis de la deuda externa en Latinoamérica.

El debate sobre la seguridad social es complejo y compromete los cimientos de la sociedad moderna. Durante varios decenios se exploraron formas de solidaridad y control desde la sociedad y el Estado, que permitieron la integración de grandes grupos de población, tradicionalmente excluidos de la vida social y política. Fue a través de las políticas públicas de seguridad social que, como mecanismo moderno de redistribución de la riqueza, se logró la ampliación de la ciudadanía y la llamada “humanización del capitalismo”, posibilitando la integración de grupos de población pobre y con ello, favoreciendo la legitimidad y gobernabilidad en los estados capitalistas.

La política social es un instrumento central de las sociedades modernas para mejorar el bienestar colectivo, garantizar la legitimidad del Estado, la gobernabilidad y con ello condiciones para la reproducción, de conjunto, del modo de producción capitalista. El Estado no se limita a garantizar el orden social sólo a partir del monopolio de los medios de coerción física, sino que para ello, los ciudadanos y ciudadanas deben recibir servicios sociales del Estado y percibir como válidas las organizaciones que ostentan el poder.

En estas circunstancias, la lucha por el poder del Estado se manifiesta como una confrontación de intereses de diversas clases, más que como el dominio exclusivo de una clase específica en el Estado. Los estados buscan garantizar a sus ciudadanos unas condiciones de bienestar básicas, que al mismo tiempo son compatibles con la reproducción de la sociedad y un manejo controlado del conflicto. Los diferentes actores sociales – propietarios o no de los medios de producción – se disputan el control del Estado y alcanzan niveles de ingerencia sobre sus decisiones, de acuerdo a la capacidad de organización y movilización que tengan y a los recursos con los cuales cuenten (Offe, 1990:74-78).

Este trabajo utiliza esta perspectiva teórica para entender el Estado que se ha ido moldeando en Colombia. Para ello se hace una aproximación al debate que

antecedió la promulgación de la Ley 100 de 1993. Interesa identificar los actores sociopolíticos que participaron en el debate, su capacidad de incidencia en la formulación de la Ley y el resultado legal como producto de la confrontación. La promulgación de una ley no asegura, automáticamente, el logro de mejores condiciones para la vida, pero sí puede mostrar la capacidad de incidir sobre el sistema político, por parte de distintos actores.

Aquí se sustenta que la reforma de 1993 al Sistema de Salud y Seguridad Social en Colombia permite ejemplificar el proceso clasista de toma de decisiones al interior del Estado. En efecto, en el debate que se desarrolló en el País para reformar el sistema de salud, participaron actores sociopolíticos con diferentes intereses, los cuales lograron, en mayor o menor medida, afectar las decisiones adoptadas. Para el caso estudiado, encontramos la participación de distintos actores sociales: los partidos políticos tradicionales y los recientemente vinculados a la vida democrática, con menor representatividad; los sindicatos, unos, sorprendidos por un lenguaje desconocido y difícil de contra argumentar y otros, con mayor capacidad de movilización y de negociación; los técnicos del equipo de Gobierno y de la banca multilateral y los representantes de los grupos económicos.

En el trabajo se hace un énfasis particular en la ingerencia de los “técnicos” que, desde distintas perspectivas ideológicas, marcaron el derrotero de la discusión y lograron movilizar tanto al sector sindical como a la opinión pública. Esto hizo que la reforma tuviera un “cierto matiz” que no eliminó completamente del panorama nacional la solidaridad y la universalidad como principios rectores de la seguridad social, y, que se mantuvieran instituciones públicas como el Instituto de Seguro Social

La creación del nuevo Sistema de Seguridad Social en salud transformó las instituciones estatales y su rol, disminuyendo la intervención estatal en la prestación de servicios, aumentando la participación del capital privado en los nuevos negocios de salud y pensiones y limitando el papel del estado a la regulación y modulación del recién creado mercado de servicios de salud. Para el logro de estos resultados, sin que ellos lesionaran la legitimidad institucional en su momento, la estrategia dominante fue presentar ante la ciudadanía un conjunto de ideas según las cuales, los principales problemas de la salud y la seguridad social colombiana eran resultado de la ineficiencia de las burocracias estatales, especialmente la sindical, la incapacidad de desarrollar una gestión moderna y las dificultades financieras del mismo Estado.

El presente trabajo está compuesto por cuatro capítulos. En el primero, se hace una revisión de la teoría del Estado benefactor, las contradicciones que este tiene – económicas, ideológicas y de sus estructuras de poder –, la forma histórica como se configuraron los Estados benefactores en la modernidad y el papel del aseguramiento como mecanismo de ampliación de la ciudadanía social. Así

mismo, se intenta, de una manera muy breve, mirar como ha sido la evolución de los modelos de seguridad social en Latinoamérica y las formas de ciudadanía que esto ha implicado.

En el segundo capítulo, se presentan algunos antecedentes de la política de salud en nuestro País, a partir de investigaciones preliminares. Se intenta poner un énfasis en dos aspectos: el papel del Estado Colombiano frente a la política de salud y el papel de los actores, nacionales e internacionales, que han participado e incidido en su proceso de formulación.

La revisión documental permitió identificar tres asuntos centrales de la política de salud en nuestro país. El primero, que el Estado Colombiano no ha jugado un papel de garante de la salud como un derecho humano fundamental y que su principal preocupación ha sido la atención de los problemas de salud que ponen en riesgo la productividad y los procesos de intercambio económico. El segundo, que en la estructuración del sistema de salud del país se consolidó una forma fragmentada e inequitativa de servicios, de acuerdo a los diferentes grupos sociales, y, finalmente, que las agencias internacionales, especialmente la Organización Panamericana de la Salud-OPS y más recientemente el Banco Mundial -BM han jugado un papel importante en la orientación de las políticas de salud en el país.

El tercer capítulo, es producto del análisis documental del debate nacional en torno al sistema de salud y seguridad social en el país y, el debate internacional, especialmente sobre los sistemas de salud. Este capítulo está dividido, sólo para facilitar la exposición, en dos grandes subcapítulos; uno se concentra en mostrar los debates frente a la reforma sectorial que se daban en el contexto regional (América Latina) y que fueron orientadores de las políticas de salud, especialmente por el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo, la Organización Panamericana de la Salud y la Comisión Económica para América Latina y, en el otro se presenta la discusión nacional sobre la reforma a partir de los distintos actores sociopolíticos.

En el cuarto capítulo se presentan las principales conclusiones del trabajo. Adicionalmente, parece importante señalar la pertinencia del análisis en la coyuntura nacional actual. Después de una década y media de implantación de la Ley 100, su reciente reforma a través de la Ley 1122 de 2007 y la pérdida de licencia del Instituto de Seguro Social para funcionar como Empresa Promotora de Salud-EPS. Lo que se mantiene en juego es el debate de la relación Estado/política de salud. Los resultados de la implementación de la Ley 100 han sido muy discutidos, si bien se acepta que ha habido un incremento formal del aseguramiento y aumento de los recursos de salud, esto no quiere decir necesariamente que ello ha significado un mejoramiento específico de las condiciones de salud y de acceso a los servicios para la población colombiana, es más, algunas investigaciones hablan de una década perdida en salud. Por ello hoy

más que nunca esta vigente continuar explorando y discutiendo, desde la perspectiva de aportar a la construcción de una sociedad más justa, cuál es la relación Estado/política de salud y cómo ésta opera en la cotidianidad de diversos escenarios: definición de políticas, implementación de la misma, desarrollo de servicios y los resultados en salud.

Para comprender el proceso de debate que se dio, en el marco de la promulgación de la Ley 100 de 1993, se buscaron, ordenaron y analizaron documentos correspondientes a la discusión nacional e internacional alrededor de la reforma al sistema de salud y de seguridad social. Las instituciones internacionales seleccionadas fueron: la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), responsables de apoyar técnicamente a los países en el tema de salud; y el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano del Desarrollo (BID), instituciones financieras multilaterales que a partir de los ochenta venían liderando los procesos de ajuste estructural en la región, así como ganando importancia en el debate de la política de salud.

Los documentos internacionales incluidos como fuentes primarias fueron aquellos cuyos temas centrales eran la situación de salud y las propuestas frente a la reforma sectorial. Los documentos consultados circularon ampliamente y fueron publicados en distintos sitios: revistas institucionales de la OMS y la OPS, revistas científicas regionales, informes de las entidades y libros de compilación de ponencias desarrolladas en foros internacionales de carácter académico y político.

Para el análisis de los actores nacionales y sus posiciones frente al debate fueron buscados, ordenados y analizados los documentos correspondientes a eventos académicos que se desarrollaron en el país para motivar el debate alrededor de la reforma, se encontraron especialmente las memorias de los foros realizados por las universidades y los gremios económicos; las ponencias presentadas a la Cámara y al Senado de la República; compilaciones de las ponencias presentadas durante el debate, realizadas por el Ministerio de Salud y FESCOL; actas de la comisión transitoria de la Asamblea Nacional Constituyente; las Gacetas Constitucionales del período; y prensa de circulación nacional (El Tiempo y El Espectador).

Además se revisaron los archivos de ANTHOC a nivel nacional y de una organización no gubernamental que lideró la convocatoria para el I Foro Nacional por la Salud del Pueblo en 1990 donde se revisó específicamente las memorias correspondientes a este evento.

En cada uno de los documentos se revisó: responsable(s) de la elaboración, institución a la que pertenecía, partido político de pertenencia en caso de ser un actor nacional, enfoque de salud que manejaba el documento, análisis de la situación de salud que hacía, propuestas presentadas para la reforma del sector

salud y sus argumentos. Los documentos fueron clasificados según actores y posteriormente se contrastaron, analizaron y se organizaron los resultados.

Para complementar el análisis documental se realizaron tres entrevistas semiestructuradas a informantes claves con quienes se podía ampliar la información obtenida, ellos fueron: el presidente nacional de ANTHOC durante el periodo de la reforma; un asesor del Ministerio de Salud durante el periodo de la reforma, quien era conocido ampliamente como un buen técnico del sector y, un funcionario de libre nombramiento y remoción del Ministerio de Salud durante el mismo periodo. Una de las limitaciones encontradas para el desarrollo de ésta investigación fue la dificultad de contar con otros informantes, especialmente los responsables de las ponencias en Cámara y Senado, por las dificultades para su contacto.

Finalmente, es importante señalar que el análisis documental tiene limitaciones, en tanto que los intereses particulares de los diferentes actores no se expresan directamente, sino que es necesario interpretarlos a partir de los discursos, los argumentos y los contextos donde los mismos se dan.

## **1. ESTADO Y POLITICA SOCIAL**

El campo de conocimiento sobre el Estado, las clases sociales y las políticas sociales es amplio y complejo. En este capítulo no se pretende hacer una reseña amplia de la bibliografía sociológica a este respecto, aunque se concretan aspectos centrales de teoría del Estado, aportados por algunos autores clásicos y que son relevantes para el desarrollo del trabajo. La conceptualización se aborda principalmente desde una interpretación contemporánea de la teoría marxista, que plantea el problema del Estado del Bienestar, vinculándolo con la sociedad capitalista en general, los diferentes sectores sociales, las políticas sociales y su legitimidad. Esta se enriquece con puntos de vista sobre la cuestión social que se consideran complementarios al planteamiento central del trabajo. Hay que destacar que los principales virajes conceptuales sobre el Estado, la política social y los actores sociales se produjeron a finales del siglo pasado.

### **1.1 APROXIMACIONES CONCEPTUALES AL ESTADO**

Ya en la filosofía política se encuentran dos posiciones antagónicas que subrayan por un lado, la necesidad del monopolio de la violencia y de la autoridad (Hobbes, 1968) y por otro lado, la necesaria relación entre los ciudadanos, sus necesidades y los pactos políticos que dan origen al Estado (Rousseau, 1992). De alguna manera la sociología se plantea a su manera los problemas de la violencia, el orden social, el bienestar, la legitimidad y el Estado.

En la visión Durkheimiana, las sociedades modernas viven un proceso de alta diferenciación social, el cual se evidencia por la compleja división del trabajo. La división del trabajo es producto del aumento en volumen y densidad de la sociedad, de las variaciones en las condiciones externas y con ello, de la lucha por la vida (Durkheim, 1995: 311). En este contexto el Estado, como aparato regulador central, cumple un papel fundamental para mantener la cohesión social.

El Estado es la representación de una autoridad soberana, que determina las relaciones de los individuos con ella, configurando lo que denominó la moral cívica, "un órgano especial encargado de elaborar ciertas representaciones que tienen valor para la colectividad. Estas representaciones se distinguen de las otras representaciones colectivas por su mayor grado de conciencia y reflexión" (Durkheim, 1974: 51). Para Durkheim, los deberes de la moral cívica son recíprocos y conllevan obligaciones de los ciudadanos para con el Estado y de éste para con sus ciudadanos.

Las responsabilidades del Estado, como órgano del pensamiento social, tienen como fin práctico el desarrollo de los individuos, para ello debe velar por el “mantenimiento de los derechos individuales” (Durkheim, 1974: 53) y por que los ciudadanos se sientan recompensados por el esfuerzo invertido en aportar al crecimiento de la sociedad. Plantea, en contraste con la perspectiva marxista, que el Estado trata de desarrollar al individuo en general y no a un grupo con intereses específicos, de manera particular. Para ello el Estado debe tratar de lograr sociedades más justas, mejor organizadas y con mejor constitución moral mas que sociedades más ricas (Durkheim, 1974: 65 – 74).

En este proceso, el Estado debe prestar atención a los grupos sociales organizados, corporaciones y asociaciones. Entre más compleja es la sociedad, se requiere una mayor reflexión para poder conducirse adecuadamente, los grupos profesionales y en general los grupos organizados, pueden, además de representar intereses específicos, ser espacios para la reflexión y debate así como para la representación política. En la perspectiva Durkheimiana el Estado no es un instrumento de un grupo, sino que representa una forma de moral cívica que debe garantizar el bienestar colectivo.

Para Weber el Estado es “aquella comunidad que en el interior de un determinado territorio –el concepto de territorio es esencial a la definición- reclama para sí (con éxito) el monopolio de la coacción física legítima” (Weber, 1964: 1056). Éste planteamiento nos introduce al problema de la legitimidad para el monopolio de la fuerza. La noción de legítimo, hace referencia a la orientación por un orden legal preestablecido, sobre el cual existe la creencia de su validez.

El establecimiento de un orden legítimo, es aquel que aparece con el “prestigio de ser obligatorio y modelo” (Weber, 1964: 26), se garantiza por la expectativa de coacción física o psíquica, ejercida por individuos responsables de la observancia de ese orden. La forma de legitimidad del Estado moderno es la legalidad, entendida como: “la obediencia a preceptos jurídicos positivos estatuidos según el procedimiento usual y formalmente correctos” (Weber, 1964: 30).

La dominación legal descansa sobre la mirada de: el derecho puede ser estatuido de modo racional, bajo la pretensión de ser respetado; todo derecho representa reglas abstractas, con arreglo a fines o a valores y cuya administración supone un cuerpo especializado. Una particularidad del orden legal racional es que el soberano obedece dicho orden. Esto supone que la obediencia se fundamenta en un orden abstracto preestablecido, al cual todos los ciudadanos, incluyendo los soberanos, obedecen (Weber, 1964: 26 - 29).

Para el desarrollo del orden legal, el Estado moderno ha configurado un cuerpo especializado: la burocracia. La dominación burocrática, tanto civil como militar, significa que existe una nueva forma de dominación gracias a un “saber

profesional especializado”, producto de la creciente racionalidad que vuelve “impersonales” las formas de dominación (Weber, 1964: 175 - 180).

El verdadero dominio de la empresa estatal se encuentra en el manejo diario de la administración, el cual corresponde a la burocracia (funcionarios remunerados), tanto militar como civil (Weber, 1964: 1060). Sin embargo, el Estado como empresa, se encuentra sometido a las relaciones y tensiones de poder que existen en su interior, las cuales involucran especialmente a los partidos políticos, que representan los ciudadanos dominados por la burocracia y permiten lograr efectos niveladores para los mismos. Para Weber, el Estado racional era el único en el que podía prosperar el capitalismo moderno, ya que se funda en la burocracia profesional y en el derecho racional (Weber, 1964:1048).

Marx presentó en sus textos perspectivas del Estado con algunas diferencias. De un lado, el Estado como un instrumento de clase, para lo cual se dio un proceso de centralización del poder “las provincias independientes, ... han sido consolidadas en una sola nación, bajo un solo Gobierno, una sola ley, un solo interés nacional de clase ...” (Marx, Engels, 1997: 27). El interés de clase que se impone en el Estado capitalista es el de la burguesía.

Para Marx, el desarrollo de la historia ha sido el de las luchas entre las clases sociales<sup>1</sup>. La burguesía no ha abolido las contradicciones de clases, las ha

---

<sup>1</sup> Para el marxismo, el proceso histórico de lucha entre propietarios y no propietarios individuales, va dando lugar a procesos de coalición entre individuos con intereses compartidos, formando así las clases sociales del capitalismo moderno.

Las clases sociales, en sí mismas, no son una realidad empírica, la clase social es un concepto “que indica los efectos del conjunto de las estructuras, de la matriz de un modo de producción o de una formación social sobre los agentes que constituyen sus apoyos: ese concepto indica, pues, los efectos de la estructura global en el dominio de las relaciones sociales” (Poulantzas, 1984: 75). Así mismo Poulantzas, aporta importantes elementos para la construcción del concepto de clase social, plantea que las clases sociales no se relacionan exclusivamente con lo económico, sino que se articulan con el conjunto de los otros niveles de la formación social, es decir, en los niveles políticos e ideológicos. Estos niveles se “reflejan, en las relaciones sociales, práctica económica, política e ideológica de clases y en lucha de las prácticas de las diferentes clases” (1984:77). Debate así, con interpretaciones marxistas que constriñen el concepto de clase social a la dimensión económica, sin embargo, es necesario señalar que, para el enfoque marxista, en la formación social capitalista lo económico sobredetermina lo político y lo ideológico

Igualmente, Poulantzas plantea que en la formación social no existen solo dos tipos “puros” de clases sociales, la burguesía y el proletariado, sino que “los efectos de las estructuras de una formación social ... dan nacimiento a toda una serie de fenómenos de fraccionamiento de clases, de disolución de clases, de fusión de clases, en suma de sobredeterminación o subdeterminación de clases, en aparición de categorías específicas” (1984: 82).

simplificado en dos grandes clases: proletarios y burguesía. La historia de la burguesía ha sido la historia de su éxito político, conquistó la hegemonía del poder político: “El gobierno del Estado moderno no es más que una junta que administra los negocios comunes de toda la clase burguesa” (Marx, Engels, 1997: 24).

La otra concepción marxiana sobre el Estado se puede identificar, por ejemplo, en el capítulo de maquinaria y gran industria (Marx, 1959: 402-420), donde plantea un Estado regulador en función del fortalecimiento del capital. El desarrollo de una legislación fabril coactiva, como respuesta a las condiciones inhumanas de trabajo en las fábricas, implica una regulación inicial de la relación capital / trabajo en pro del fortalecimiento del mismo capital. Resultado de las voces de médicos y otros actores, por un mínimo de aire, “las autoridades sanitarias, las comisiones industriales de investigación, los inspectores de fábricas, no se cansan de repetir, una vez y otra, y otra, la necesidad de estos 500 pies cúbicos de aire, ni la imposibilidad de imponérselos al capital” (Marx, 1959: 403).

En el siglo XX, la teoría marxista del Estado ha tenido desarrollos importantes, algunos de los cuales queremos subrayar.

Miradas críticas, recogen aportes desde el marxismo clásico, y avanzan en términos de volver complejo el problema del Estado. Plantean a éste como un producto propio de las relaciones de producción capitalista y por lo tanto con un papel cambiante a través de la historia (Gough, 1982). Desde este enfoque, el Estado no es simplemente el instrumento de una clase social, sino un conjunto de instituciones y relaciones que garantizan la reproducción del capital en una

---

Marx atribuye una importancia especial al papel político de las clases sociales. La práctica política produce transformaciones (o también la conservación) del Estado. Las clases sociales se configuran en “actores – sujetos” a través de la lucha política, ellas pueden expresarse en partidos políticos, estamentos, gremios, grupos de apoyo. Marx lo ejemplifica en el 18 Brumario, donde las clases sociales, que no son homogéneas, se expresan a través de fracciones, partidos políticos, entre otros, que representan intereses específicos de cada una de las fracciones de clase. Por ejemplo, los legitimistas, representaban los intereses de los “señores de la tierra”; los orleanistas, representaban las altas finanzas, la gran industria y el gran comercio, ambos eran fracciones del partido del orden; el partido socialdemócrata era una coalición entre pequeños burgueses y obreros, cuyo interés central era exigir instituciones democrático-republicanas, para lograr niveles de armonía entre el capital y el trabajo asalariado; los campesinos, que ayudaron a hacer posible el bonapartismo (Marx, 2003).

Para el marxismo, en el escenario de lucha de clases, el papel del Estado como cohesionador de una formación social es central, es decir, el Estado es un factor de orden social. Dado el proceso de contradicciones entre las clases sociales, con intereses económicos opuestos, el Estado es un poder superior que permite amortiguar el conflicto social y mantenerlo en límites controlables (Poulantzas, 1984).

sociedad de clases. Entonces, su función es poner en práctica y garantizar los intereses del capital en una sociedad de clases.

Para Offe (1990), de la escuela crítica alemana, el Estado capitalista contemporáneo se caracteriza por: producción privada, tanto de la propiedad como de la mano de obra, lo que define que son las decisiones privadas, principalmente, las que determinan el uso de los medios de producción y no las decisiones públicas, es decir, aquellas que suponen el interés de la mayoría. Acumulación, el mayor interés del Estado es crear y mantener condiciones políticas que garanticen el proceso de acumulación privada<sup>2</sup>. Necesidad de Legitimación democrática, los sistemas políticos democráticos, requieren, para acceder al poder Estatal, del respaldo de los ciudadanos a través del voto. Para Offe este mecanismo, juega el papel de encubrir las relaciones entre los recursos económicos para el desarrollo del poder estatal y el modo en que son usados, los cuales dependen más de las necesidades de acumulación del capital que de los procesos de voto en general<sup>3</sup>.

Con estas características, el papel central del Estado capitalista moderno es garantizar las relaciones mercantiles o de intercambio, entre actores económicamente individuales. Es decir, no puede entenderse el Estado como un instrumento al servicio de intereses homogéneos, sino más bien como un conjunto de instituciones responsables de armonizar la producción de capital. Esto generó un conjunto de contradicciones en el modelo de Estado que veremos más adelante.

## 1.2 CONFIGURACIÓN E INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA CUESTIÓN SOCIAL

El asunto que nos interesa de manera especial es, de qué manera lo *Social* se convierte en una cuestión importante para la sociedad moderna y un tema de particular interés para las estructuras del Estado. Es decir, cuándo la *Cuestión Social*<sup>4</sup> adquiere importancia en el orden de lo político.

---

<sup>2</sup> Como dice Offe: "El *auto interés institucional* del Estado en la acumulación se halla condicionado, más bien, por el hecho de que se niega al Estado poder para controlar el flujo de aquellos recursos que, con todo, son indispensables para el ejercicio del poder estatal. Aunque los agentes de la acumulación no se hallen interesados prioritariamente en usar el poder del Estado, los actores estatales deben estar interesados –por el bien de su propio poder- en garantizar y salvaguardar un proceso acumulativo saludable" (Offe, 1990: 107).

<sup>3</sup> Offe lo expresa así: "En otras palabras, hay una determinación dual del poder político del estado capitalista: la forma institucional de este estado es determinada por las reglas del gobierno democrático y representativo mientras el contenido material del poder estatal está condicionado por las continuas exigencias del proceso de acumulación" (Offe, 1990: 107).

<sup>4</sup> Cuestión Social: Noción acuñada a partir del surgimiento del capitalismo y sus efectos, especialmente la pobreza (Castel, 1997).

La cuestión social ha tenido a lo largo de la historia un nivel de importancia, especialmente relacionada con el asunto de los indigentes<sup>5</sup>, es decir, personas que por sus condiciones físicas o psíquicas y por no contar con redes familiares, se veían condenadas a la indigencia. Generalmente la resolución de estos asuntos se dejaba en manos de la caridad de los ciudadanos, canalizada en muchas oportunidades a través de la iglesia.

Durante el siglo XII y XIII lo social asistencial adquirió una configuración moderna de política asistencial, a través de iniciar procesos de clasificación y selección de aquellas personas que pudieran ser beneficiarios de socorro. Se intentó organizar, de una manera racional, los auxilios sobre una base territorial, y, se dio un pluralismo de instituciones dedicadas a la asistencia, religiosas o laicas y de orden privado o público.

El proceso de industrialización generó nuevas formas de indigencia. De un lado los llamados mendigos válidos<sup>6</sup> y vagabundos no válidos<sup>7</sup>, los cuales fueron duramente castigados, incluso se dieron formas de legislación en Inglaterra que condenaban las prácticas de vagabundaje con la muerte, mostrando que el vagabundo pone en cuestión el orden social existente, al ser percibido como potencialmente riesgoso para la estabilidad social. De otro lado, los pobres vergonzantes, los cuales, igualmente, entraron a ser objeto de las recientes políticas de atención a la indigencia.

La experiencia del vagabundo planteó a la sociedad el drama de la miseria y con ello la imposibilidad para vincular en ella a todos los habitantes, generando formas claras de exclusión social, y, poniendo de manifiesto, los límites de los espacios de socialización primarios como garantes de las posibilidades de reproducción de la misma sociedad.

Para Castel, todas las políticas emprendidas durante este periodo para el control del vagabundeo y para la asistencia de los llamados vagabundos válidos y los pobres vergonzantes, se pueden denominar sociales: "en el sentido mínimo de que su objetivo era asignar el orden público y por lo tanto preservar el equilibrio social" (Castel, 1997:108). En este sentido, las políticas públicas son un instrumento estatal para alcanzar el control social vía ganar legitimidad dentro de la población.

El desarrollo del capitalismo, adicionalmente, enfrentó a la sociedad europea a un nuevo problema: ya no se podían limitar los miserables a aquellos grupos humanos que no participaban del mercado laboral, por el contrario, la nueva clase

---

<sup>5</sup> Indigentes: personas que no pueden garantizar recursos básicos para la subsistencia.

<sup>6</sup> Personas con limitaciones físicas o psíquicas

<sup>7</sup> personas con capacidad de trabajo, que caían en el vagabundaje

obrero se veía enfrentada a condiciones de miseria, así hiciera parte de la población trabajadora. No sólo el hombre participaba del mercado laboral, sino que también se vinculó mano de obra femenina e infantil, a pesar de lo cual no se garantizaba lo necesario para la reproducción de la familia obrera (Castel, 1997; Marx 1959). Empieza a ser un problema más importante el entender de qué dependen las condiciones de vulnerabilidad creciente a la que se ve enfrentada la clase obrera y sus implicaciones para el orden social: “el Estado no puede constituir un todo armonioso a menos que ricos y pobres formen una pareja estable con posiciones complementarias, es decir, que la pobreza esté integrada”(Castel, 1997: 111).

El asunto de la nueva cuestión social, era principalmente el control de aquellas externalidades, que a pesar de ser individuales, potencialmente afectaban a la sociedad en su conjunto (De Swaan, 1992). Podemos ejemplificar al respecto los temores de los ciudadanos frente a los riesgos que significaban las epidemias, como el cólera o la peste, para la vida en sociedad. Así, frente a estos fantasmas del riesgo potencial que significaban los problemas de salud de los pobres, y, sus hábitos inmorales y poco higiénicos, se implementan sistemas de control represivo como la policía de los pobres.

Se identifica que uno de los saltos importantes para enfrentar el problema de la pobreza y la marginalidad, a través de la intervención de la política social, es el reconocimiento de la indigencia “una masa importante de personas vivía en condiciones precarias, y bastaba una situación coyuntural para hacerlas caer en la dependencia” (Castel, 1997:163). Esto vuelve, de manera significativa, a ser tema central de preocupación en los procesos contemporáneos de globalización económica, en lo que Ulrich Beck ha denominado la sociedad de riesgo. Sobre todo cuando está asociada a personas con trabajo y mayor nivel educativo, lo que no permite garantizar condiciones mínimas para la reproducción social de la mayoría de los habitantes. Además, las dimensiones cuantitativas que adquiere el problema de la miseria presentan un riesgo para la estabilidad y el mantenimiento del orden social.

Lo que parece nuevo sobre los discursos de la indigencia a finales del siglo XVII es su carácter masivo, se plantea, para ese momento histórico, una toma de conciencia de la gran vulnerabilidad que padecen grandes masas de la población. Al fenómeno de la miseria está asociado el carácter de riesgo que implica para la estabilidad del orden social. El problema de la miseria debe plantearse en su real dimensión: éste puede afectar el principio mismo de la nueva sociedad, la acumulación de riqueza. Pero, en el contexto de una mirada liberal del papel del Estado, ¿De qué manera se podía resolver esto en el seno del Estado? más aún, cuando el fenómeno de la miseria no era un fenómeno marginal a la sociedad moderna, sino que por el contrario, es un riesgo inminente de la vida cotidiana (Castel, 1997), incluso para la misma clase trabajadora.

Resolver éste conflicto planteó perspectivas diferentes. La visión liberal frente al Estado, proponía priorizar su acción en función de suprimir las trabas para el libre desarrollo del mercado y así, quienes se dedicaban libremente a la industria podían disfrutar de sus beneficios. Algunos seguidores radicales de este enfoque, planteaban que era necesario remover las instituciones que tradicionalmente se habían dedicado a la atención de la población más vulnerable<sup>8</sup>, con el argumento de que el sujeto, independiente de sus condiciones, tenía algo que aportar al sector productivo y la atención, a través de la beneficencia, anulaba esta posibilidad de generación de riqueza.

En el caso de los indigentes válidos no ha habido mayor discusión frente a su derecho a la asistencia; por ser visto como una deuda inviolable se convierte en responsabilidad tanto de los ciudadanos como de la nación. El problema real siempre lo han representado los indigentes no válidos, el nuevo problema que se configura es que a aquel que puede trabajar se le debe garantizar el acceso al trabajo. Podemos plantear que el trabajo se empieza a constituir como un derecho de ciudadanía. El asunto es, si el Estado debe garantizarlo directamente, o a través de permitir el libre desarrollo del mercado, de manera que éste sea el mecanismo regulador. Así, tenemos planteado el problema entre un Estado benefactor y un Estado liberal.

Como lo afirma Castel: “En efecto, el establecimiento de un derecho efectivo al trabajo no era una minucia. El Estado tendría que intervenir en la organización de la producción, por ejemplo haciéndose él mismo empresario (las nacionalizaciones) o al menos inmiscuirse en la política de contratación de los empleadores. Se necesitaba entonces un Estado socialista o socializante, y el derecho al trabajo sería efectivamente una reivindicación principal de los futuros programas socialistas” (Castel, 1997: 198).

En el siglo XVIII se liberó el acceso al trabajo, pero es muy poco lo que se logró en términos de la mejora de la condición del asalariado. La generalización de este tipo de relación contractual entre obreros y patronos no garantizó condiciones mínimas de equidad. El proceso de industrialización engendro un monstruo: *la pauperización*<sup>9</sup>. Así que se problematiza la situación de la clase obrera. Estas crecientes formas de pobreza marcan un cuestionamiento a la forma de regulación planteada por el Estado liberal y la manera de mitigación es a través de la beneficencia<sup>10</sup>, pues la pobreza al no ser una condición marginal sino una

---

<sup>8</sup> Castel describe que se pensaba de esos espacios lo siguiente: “allí no se contentaban con maltratar a los pobres sino que esterilizaban la riqueza potencial que ellos representaban, porque se anulaba su fuerza de trabajo” (Castel, 1997: 176).

<sup>9</sup> “El vagabundo rondaba en la periferia del espacio social, y su drama consistía en que estaba fuera del orden productivo. Con el pauperismo se reveló el peligro de una desafiliación de masas inscritas en el corazón mismo del proceso de producción de la riqueza” (Castel, 1997: 230)

<sup>10</sup> La beneficencia jugo un papel importante al mitigar problemas de pobreza y marginalidad, pero una de las características centrales es que debía ser voluntaria, de otra manera se corría el riesgo

constante se convierte en un fantasma que amenaza permanentemente con vulnerar el frágil orden social.

El problema es que el derecho como tal, derecho al trabajo, derecho al socorro, sería el concepto que garantiza relaciones efectivas de igualdad entre sujetos sociales y por lo tanto, la ampliación de la ciudadanía. En cambio, la asistencia o beneficencia, se mantenía dentro del marco de relaciones de desigualdad, de dominación y de subordinación. Incluso, en las prácticas de beneficencia es necesario ser un “buen pobre”. La propuesta liberal es construir políticas sociales guiadas por el campo de las obligaciones morales y no en el terreno político de la construcción de los derechos de ciudadanía (Castel, 1997).

Ante el riesgo de la disolución del orden, se hacía necesario establecer los primeros mecanismos – políticas sociales – como un marco de procedimientos organizados para disminuir los riesgos sociales; ejemplos de estos son la aparición de los patronatos, el desarrollo de las primeras instituciones de ahorro y previsión voluntaria y la asistencia organizada a indigentes. El desarrollo de este tipo de instituciones sociales hacía pensar que la previsión social podía hacerse colectiva y voluntaria; además, en este tipo de expresiones podemos encontrar los primeros inicios de la sociedad aseguradora. El patronato y el paternalismo son las primeras formas que intentan controlar la inestabilidad obrera.

Sin embargo, como hemos visto, estas diversas formas de intervención social no constituyen en sí mismas la construcción de derechos de ciudadanía, sino que por el contrario, mantienen y prolongan relaciones de desigualdad y de subordinación que implica además, que hay que ganarse el derecho a pertenecer o mantenerse en alguna de estas formas de ayuda social, lo cual podemos denominar ciudadanía invertida (Fleury, 2000). Al no ser derecho no es exigible, sólo se puede solicitar y agradecer la benevolencia de los demás<sup>11</sup>. La asociación obrera empieza a rechazar estas formas filantrópicas. Asustaba la existencia en sí del colectivo obrero, pues los remedios estaban en manos de las personas de bien.

---

de convertirla en exigible, como lo cita Castel: “Es importante que esta virtud – la beneficencia – cuando se convierte de particular a colectiva, de virtud privada en virtud pública, no pierda su carácter de virtud, es decir que siga siendo voluntaria, espontánea, libre, en fin, de hacer o no hacer, pues de otro modo dejaría de ser una virtud para convertirse en una coacción, y en una coacción desastrosa. En efecto, si toda una clase en lugar de recibir, pudiera exigir, adoptaría el papel del mendigo que pide con el fusil en la mano. Así se daría ocasión a la más peligrosa de las violencias” (Castel, 1997: 234). Podemos asumir, como Fleury, que se trata de una visión de ciudadanía invertida donde los servicios que representa la beneficencia son para aquellos sujetos que han fracasado al interior de la sociedad capitalista y por lo tanto no cuentan con derechos sino simplemente con la caridad emanada de una mentalidad religiosa.

<sup>11</sup>“El único camino de salvación para el pueblo era su adhesión respetuosa al sistema de valores construido para él y sin él. Lo que se consideraba política social era la extrapolación de una actitud moral, llevada a la escala de las apuestas colectivas. La finalidad de estas estrategias era que el nuevo orden social fuera totalmente vivido como un conjunto de obligaciones morales” (Castel, 1997: 264).

La construcción del Estado Social<sup>12</sup> significa, de alguna manera, la manifestación de que las redes sociales voluntarias no eran suficientes para la magnitud del problema, pero también implica que no se hubiera podido resolver el conflicto por la vía de los propios trabajadores y sus opciones políticas. Sin embargo las movilizaciones de la clase obrera habían logrado la reivindicación del derecho al trabajo, además era lo único que les podía garantizar el derecho a la misma existencia<sup>13</sup>.

Uno de los elementos que posteriormente se desarrolla, detrás del Estado del Bienestar, es la idea de aseguramiento, partiendo de principios como la solidaridad, pero también de análisis técnicos que pueden determinar riesgos posibles en la vida social y de qué manera éstos se financian. Posiblemente, aumentar la cobertura de la asistencia implica, paralelamente, aumentar los niveles de dependencia. La sociedad de aseguramiento obliga al individuo a asumir una responsabilidad como sujeto frente a los riesgos a los que está expuesto –muerte, enfermedad, invalidez, desempleo; así, el aseguramiento es una oportunidad despersonalizada que obliga para con los otros, sin que esto implique a su vez más contactos, pero que también obliga hacia uno mismo.

La asistencia era lo que siempre se había practicado; el seguro implicaba algo nuevo, según Castel: “El seguro encontró esa resistencia porque el tipo de protección que promovía era inédito y concernía a poblaciones que no eran solo los asistidos tradicionalmente; lo que estaba en juego no era nada menos que la emergencia de una nueva función del Estado, una nueva forma de derecho y una nueva concepción de la propiedad” (Castel, 1997: 291).

El inicio del Estado de Bienestar está mediado por la construcción de una nueva forma de propiedad, se valida una forma de propiedad social que permitía un proceso de redistribución de la riqueza por la vía del gasto social y se socializan las responsabilidades. El Estado asume la función de regulador de las transferencias que se hacen desde el mundo productivo hacia aquella población trabajadora susceptible de sufrir riesgos. Para Castel y De Swaan, los servicios públicos, al igual que el aseguramiento y la vivienda de interés social hacen parte de nuevas formas de propiedad social.

---

<sup>12</sup> La política social es un elemento fundamental para la construcción de un orden social o cohesión social, como un instrumento de legitimación política y también ideológica.

<sup>13</sup> Como ejemplo la Constitución Francesa de 1848, proclamó: “La República debe proteger al ciudadano en su persona, su familia, su religión, su propiedad, su trabajo, y poner al alcance de cada uno la instrucción indispensable para todos los hombres; mediante una asistencia fraterna, tiene que asegurar la asistencia de los ciudadanos necesitados, sea procurándoles trabajo en los límites de sus recursos, sea proporcionando socorro a quienes no están en estado de trabajar, sino puede hacerlo la familia” (Castel, 1997: 275). Aunque se designaba el derecho al trabajo la pregunta es ¿cuáles son los límites de su recurso?, al ser establecido como derecho ¿cuál es el límite de la responsabilidad estatal?.

La estrategia de aseguramiento implica los siguientes elementos constitutivos: la reconfiguración del contrato social a partir del reconocimiento de unos derechos propios de la condición de asalariado y la corresponsabilidad colectiva; la construcción de una nueva forma de propiedad, hasta entonces inédita: la propiedad social. Nueva forma de gestión de lo social, que plantea una intervención técnica a partir de la noción de riesgo, lo que implica una dimensión estadística y probabilística. Además, permite superar la valoración moral frente a la responsabilidad individual, para volverla compleja, en el marco de la probabilidad social de ocurrencia de un evento. Así, la noción de seguro, permitía superar algunas contradicciones de la relación capital / trabajo, y, de las condiciones específicas de pobreza e indigencia de gran parte de la población.

El seguro permite darle nuevos sentidos a lo social, al transformar el auxilio en contrato y, con ello, la caridad en derecho contractual, "el seguro social no es, como la asistencia, un socorro consentido; representa la ejecución de un contrato en el cual el Estado y los ciudadanos están igualmente implicados. La prestación se debe, no es una liberalidad" (Rosanvallon, 1995: 24).

La condición obrera se configura como un nuevo estado en el cual "El salario dejó de ser una retribución puntual de una tarea. Aseguraba derechos, daba acceso a prestaciones fuera del trabajo (enfermedades, accidentes, jubilación), y permitía una participación ampliada en la vida social: consumo, vivienda, educación, e incluso, a partir de 1936, ocios. Esta vez, imagen de una integración en la subordinación" (Castel, 1997: 326).

Como lo refiere Sonia Fleury (2000), el modelo de ciudadanía promovido por la nueva sociedad del aseguramiento, consistía en una ciudadanía regulada, es decir, que dependía del acceso efectivo al mundo del trabajo. Abría caminos a nuevas formas de movilidad social, por las recién abiertas posibilidades de acceso a servicios como la salud, la vivienda, la educación – incluso acceso a formas de consumo ampliado que convertían al obrero en un consumidor de la producción en masa, aquella que el producía – e ingresos en los momentos en los cuales no se cuenta con la posibilidad de trabajar.

### **1.3 ESTADO DEL BIENESTAR**

Dentro de los diversos desarrollos que ha tenido el papel del Estado hay uno que interesa de manera específica para este trabajo, por su relación con las políticas públicas, el denominado Estado del Bienestar. Su origen se remonta a la Alemania

de Bismark<sup>14</sup>, que implementa las primeras formas de seguridad social en el contexto de un Estado autoritario y ante la necesidad de fortalecer el Estado y la lealtad de sus ciudadanos (De Swaan, 1992). Posteriormente, se dinamiza a partir de las luchas por mejorar las condiciones de vida y trabajo que desarrolla el sector obrero en el siglo XIX y XX.

Autores como Offe y Gough, nos permiten reflexionar sobre los conflictos generados por la contradicción capital/trabajo y su relación con el Estado. Esta contradicción del modelo económico capitalista, se traslada de manera fundamental al escenario político del Estado. La incapacidad del capitalismo para generar condiciones de equidad a la mayoría de la población llega al Estado en forma de conflicto y reivindicación, donde se cristaliza a través de la estructuración de políticas sociales, las cuales – no se puede desconocer – benefician tanto al trabajador como al capitalista, mejorando las posibilidades de reproducción de la fuerza de trabajo.

Para Gough (1992) los gastos que realiza el Estado en inversión social se pueden caracterizar, de mejor manera, como gastos que ayudan a la legitimación política, ya que buscan responder a las difíciles condiciones de reproducción de la mano de obra en el sistema capitalista y garantizar el control social vía gasto social. De esta forma, se logra controlar la capacidad de movilización social que tiene el movimiento obrero y, amortiguar los costos al capital al disminuirle la necesidad de inversión en mano de obra – de otra manera los gastos para garantizar la reproducción de la mano de obra correrían completamente por cuenta del capital – y lo que ocurre es que éste los traslada al Estado por la vía del gasto social.

---

<sup>14</sup> Alemania, 17 de noviembre de 1881, el Emperador Guillermo I envía al parlamento un mensaje, que el doctor Germinal Rodríguez, médico y trabajador social argentino, ha traducido, asumiendo el riesgo de sacrificar la pureza del idioma nuestro: “Nosotros, lo tenemos por imperial deber de allegar al Parlamento la propulsión del bienestar de los obreros como un empeño del corazón, y miraríamos con tanta más grande satisfacción sobre todos los éxitos con los cuales Dios ha bendecido nuestro gobierno, si lográramos llevar de una vez con nosotros la conciencia de dejar a la patria nuevas pruebas de paz interna permanente y dar a los necesitados de ayuda, una más grande seguridad y suficiencia de la asistencia a la cual tienen derecho. En nuestros deseos que están dirigidos sobre este punto, estamos seguros de la conformidad de todos los gobiernos unidos y confiamos en la ayuda del Parlamento sin diferencia de partidos. En este sentido preparamos por ahora un proyecto de ley sobre seguro obrero contra accidentes profesionales, completándolo con un anteproyecto que tiene por objeto la organización y uniformización en su esencia de las Cajas de Enfermos. Pero también creemos que aquellos que por su edad o invalidez están imposibilitados para un trabajo, tienen frente al pueblo un derecho justificado a una más alta medida de cuidado del estado de la que hasta ahora se le ha hecho llegar. Para esta previsión encontrar los medios y caminos adecuados es difícil, pero creo que es uno e los más altos deberes de toda sociedad basada sobre los fundamentos éticos de la vida cristiana. La conjunción más estrecha de las fuerzas reales de la vida del pueblo y la unificación en la forma de cooperación cooperativa bajo protección del estado, será como lo esperamos verlo realizado, la solución de los deberes, a los cuales la sola fuerza del estado no estaría habilitada para conseguir ese objeto...”. Citado en: Previsora SA, 1989: 183.

El Estado moderno cumple un papel fundamental en la regulación del conflicto entre grupos de poder. De un lado, redistribuye la riqueza y fortalece la gobernabilidad a través de la legitimación política, al regular las actividades privadas tanto de los individuos como de las empresas. Y, de otro lado, posibilita el crecimiento y desarrollo económico al forjar un mercado interno constituido principalmente por trabajadores asalariados, al aportar en la reproducción de este grupo social y, finalmente, por esta vía satisfacer algunas demandas de la clase trabajadora manteniendo el orden social.

El modelo de Estado que permitió la regulación del conflicto capital / trabajo lo hemos conocido como Estado del Bienestar. Podemos caracterizar el Estado del Bienestar como un conjunto de instituciones políticas y administrativas, cuyo objetivo central es el de regular la economía capitalista y posibilitar los procesos de socialización cultural, con el fin de garantizar la reproducción misma de la sociedad capitalista por la vía de la legitimación política de sus instituciones (Offe, 1990). Es el proceso de construcción del Estado de Bienestar el que ha posibilitado la *“humanización del capitalismo”*<sup>15</sup> disminuyendo la incertidumbre social a los grupos mayoritarios de la población.

Desde esta mirada, el control del poder del Estado moderno, debe pensarse en términos de confrontación y lucha de intereses entre diferentes sectores sociales. Es necesario asumir, en una visión dinámica de la sociedad, que los actores sociales organizados juegan un papel fundamental en la construcción del Estado, ya que los agentes sociales siempre cuentan con posibilidades de incidir sobre sus contextos. El Estado del Bienestar lo podemos comprender como el resultado de un “pacto social”, entre grupos con intereses diferentes, pero cuyo cimiento es garantizar condiciones para la reproducción del capital.

Uno de los modelos pioneros de seguridad social fue el inglés, que se fundaba en las discusiones planteadas por William Beveridge (1987), en el marco de la segunda guerra mundial. Beveridge afirmaba, que era necesario presentar a los ciudadanos ingleses planes que mejoraran las condiciones de vida, para que los habitantes se entregaran a la guerra con la esperanza de un mejor futuro. El programa de reformas sociales era el de atender los principales problemas planteados a la sociedad en su momento, el de la enfermedad, la ignorancia, la suciedad y la ociosidad. Los elementos básicos que configuran su propuesta de seguridad social son: programa de seguros sociales con prestaciones en dinero – pago de incapacidades, subsidio de maternidad, pensiones de invalidez y muerte – sistema general de subsidios infantiles y plan de cuidados médicos. La propuesta incluía a todos los ciudadanos y no solo los empleados.

El principio era que se socializaran los beneficios obtenidos, gracias a las contribuciones hechas por todos los posibles aportantes: trabajadores,

---

<sup>15</sup> Humanización del Capitalismo: término acuñado por Robert Castel.

empresarios y el Estado. El Plan Nacional era pues un medio para redistribuir la riqueza. Aquí se perfiló una propuesta que implicaba, de manera efectiva, la ampliación de la ciudadanía y, con ello, la configuración de un conjunto de derechos en el área social para el total de la población, es decir, la configuración en la práctica de una ciudadanía universal.

Así mismo, Estados Unidos jugó un papel importante para el desarrollo de experiencias de seguridad social, como parte de las políticas de Franklin D. Roosevelt. A pesar de que la organización, como Estado federal, dificultaba la construcción de una propuesta de seguridad social nacional y centralizada, entre 1911 y 1920, 45 Estados aprobaron leyes de compensación para trabajadores, aunque éstas eran desiguales y habitualmente mínimas, significaba un importante avance para la extensión de los Estados Protectores. Con la crisis del 29, la Asociación de Obreros, los Sindicatos Industriales y el partido demócrata apoyaron la seguridad social. Para 1935 se impuso a casi todos los asalariados la obligación federal de ahorrar una parte de su sueldo para pensión e incluía un seguro de desempleo (De Swaan, 1992).

#### **1.4 LA CRISIS DEL ESTADO BENEFACTOR**

A partir de la década de los setenta se empieza a plantear la crisis de los Estados benefactores, los argumentos centrales se configuraban en la esfera económica, social, ideológica y lo política.

A nivel económico, la necesidad del Estado es la de garantizar las condiciones para las relaciones de intercambio económico y la acumulación privada, es decir, garantizar el proceso de acumulación capitalista. El desarrollo del Estado de Bienestar provocó, al interior de la sociedad, procesos internos de redistribución de la riqueza y la vía para alcanzarlo fue el incremento de los gravámenes a los propietarios, lo que le plantea al Estado una contradicción económica: garantizar la acumulación del capital y depender de la tributación como su fuente de financiación, esto, paradójicamente, podría restringir el proceso de acumulación del capital, perpetuando su situación de déficit fiscal (Offe, 1990).

Adicionalmente, los procesos de globalización económica y cultural han provocado la disminución del control efectivo de los Estados sobre lo económico – liberalización de los mercados – aumentando la circulación de capitales transnacionales y en contraste, el fortalecimiento de doctrinas moralizantes que intentan recuperar la tradición y la familia para delegar en ellos el problema de la satisfacción de necesidades, trasladando así al escenario de la vida privada las dificultades generadas en el marco de la incertidumbre social.

A nivel de las organizaciones de poder, porque se requiere que las estructuras de poder estatal generen niveles de autonomía frente al capital y garanticen

legitimidad política y gobernabilidad. Así mismo, “los intentos estatales por mantener y universalizar la forma mercantil requieren organizaciones cuyo modo de funcionamiento ya no se halle sometido a la forma mercantil” (Offe, 1990: 114). El Estado es, un escenario donde se expresan intereses diversos, algunos de ellos en franca contradicción con el capital, lo que implica que las estructuras de poder estén en disputa y, por lo tanto, requieren la definición de ciertos arreglos, entre actores sociopolíticos, para garantizar la legitimidad.

La profundización y universalización de las democracias, suponen la presión de grandes grupos de población por mejoras efectivas en los niveles de vida y de mayor acceso a formas ampliadas de consumo, generando un conjunto de demandas siempre crecientes para los Estados. Para el caso de los Estados benefactores, esto ha favorecido formas de movilidad social. Además, la democracia permite que aquellos que han estado excluidos de formas de consumo aspiren y luchen por influir en la distribución de los recursos.

A nivel ideológico, presupone un individuo que mejore su posición para las relaciones de intercambio y, al mismo tiempo, que acepte como suya la responsabilidad del lugar que ocupa en dichas relaciones de intercambio<sup>16</sup>. Para ello, las sociedades capitalistas no se pueden organizar exclusivamente a partir de procesos de intercambio, requiere lo que Offe llama “subsistemas flanqueadores”. Los subsistemas flanqueadores, son aquellos que permiten la construcción de un marco normativo para la reproducción de las relaciones mercantiles, “una sociedad basada sobre el intercambios de mercado no puede funcionar sin el sistema familiar y el sistema legal” (Offe, 1990: 45). Este marco normativo podría potencialmente debilitar las bases morales para la sociedad mercantil, al generar fenómenos y estructuras que no son necesariamente requeridas por la estructura económica<sup>17</sup>.

Así mismo, nos enfrentamos a una vertiginosa transformación frente a las expectativas culturales, que se traducen en términos de nuevas aspiraciones frente a la vida, lo que conlleva formas diferentes de consumo de bienes y servicios en el contexto de una sociedad hedonista (Bell, 1977). Así, por ejemplo, los desarrollos tecnológicos, que para el caso de la salud, incrementaron de manera insostenible los costos de la atención, afectando las expectativas tanto

---

<sup>16</sup> De acuerdo con Offe: “El debilitamiento estructural de las fibras morales y normativas de una sociedad mercantil capitalista –que es causado por los intentos mismos de estabilizar y universalizar la forma mercantil a través de medidas de política estatal- no implica desde luego una tendencia automática a las crisis o a la quiebra del capitalismo. Sin embargo, puede convertirse en foco de conflicto social y lucha política orientada a superar la forma mercantil como principio organizador de la reproducción social” (Offe, 1990: 116)

<sup>17</sup> Plantea Offe: “El movimiento del capital produce sistemática, acumulativa e irreversiblemente fenómenos sociales y elementos estructurales que son funcionalmente irrelevantes y faltos de valor para la continuidad del desarrollo capitalista” (1990: 48).

individuales como colectivas y, provocando la aspiración creciente de prolongar la vida.

En lo social, las transformaciones demográficas suponen un incremento de la expectativa de vida y un subsecuente envejecimiento de la población, paralelo a la fractura de formas tradicionales de solidaridad construidas desde y para la familia; han hecho que las demandas generadas en torno a la protección de los mayores, así como de los niños, sean crecientes con el consecuente incremento en las necesidades de financiación.

Para el caso de América Latina, como elemento explicativo de la crisis de los setenta y ochenta, el llamado Consenso de Washington planteaba dos elementos: "1) excesiva intervención estatal, expresada en forma de proteccionismo, sobre-regulación y un sector público sobredimensionado, y 2) populismo económico, representado como laxitud fiscal: falta de voluntad para eliminar el déficit presupuestario" (Bresser, 1995: 33), que en la región se enmarcan en el discurso dominante.

En este contexto del debate frente al Estado de bienestar, lo que se plantea es la reformulación del *pacto social*. En una reedición de la teoría liberal o Neo liberalismo se aboga, de un lado, por despojar al Estado de su dañina intervención en lo económico y de su participación en la prestación de servicios, para lo cual el sector privado, se sostiene, es más eficiente y, de otro lado, para que concentre su rol en aquellos elementos que le son constitutivos: el monopolio de los medios de la fuerza, la justicia y la modulación del conjunto de servicios sociales que antaño asumiera, para que se resuelvan preferiblemente por la vía del mercado, es decir, que se concentre en garantizar la reproducción del capital.

Finalmente, una dimensión adicional para el análisis que introduce Giddens (1999), la comprensión de la sociedad de riesgo. Según el autor, hoy nos enfrentamos a un cambio en las características de los riesgos. El advenimiento de la sociedad de aseguramiento se fundó en la aleatorización de los riesgos y su ocurrencia ocasional, hoy las expresiones de éstos se han transformado, profundizando aún más la crisis del Estado benefactor.

Los riesgos tradicionalmente protegidos por el Estado benefactor, han modificado sus características, por las mismas condiciones de desarrollo del capitalismo y sus avances tecnológicos, por ejemplo, el riesgo al desempleo dejó de ser aleatorio para configurarse como un elemento constitutivo de las sociedades actuales; así como las catástrofes de orden natural que, producto del deterioro del ambiente, se presentan con mayor frecuencia; el riesgo de vejez e invalidez crece paralelo al incremento de la esperanza de vida y las contingencias producto de la enfermedad son, teóricamente, más previsibles gracias a los desarrollos de la genética y al

fortalecimiento en el discurso sanitario, de los comportamientos individuales como determinantes de un sin número de patologías<sup>18</sup>.

Lo anterior plantea una dimensión más individual y también menos indeterminada del riesgo, y por ello un campo a explorar en el contexto de la crisis del Estado del bienestar. Consecuente con lo anterior, Giddens plantea que se debe refundar el pacto social a través de una nueva síntesis que permita integrar la responsabilidad individual, social y estatal.

## 1.5 LA EXPERIENCIA LATINOAMERICANA

Para el caso de América Latina, la *Institucionalización* de las políticas de combate contra la pobreza y la desigualdad involucraron diferentes aspectos, mencionados anteriormente: alteración de las finanzas públicas, surgimiento y extensión de los derechos sociales y adopción de formas de organización de los servicios sociales.

Sonia Fleury (2000:2), plantea la siguiente hipótesis: “Un hecho sobresale en la caracterización de la protección social en la región: la incapacidad del modelo adoptado para enfrentar exitosamente la problemática de la pobreza y todavía menos la búsqueda de la igualdad”, por ello es necesario, dada las particulares expresiones de la política social en Latinoamérica, conocer los escenarios políticos, económicos y sociales que permitan comprender las especificidades que ésta asume y desde allí sus limitaciones.

Dentro de la tipología que propone Fleury (2000), para entender los modelos de protección social tenemos:

- A. Modelo de Protección Social tipo Asistencia Social: Tiene lugar en contextos socioeconómicos que enfatizan el mercado como canal natural para satisfacer las necesidades sociales. Las necesidades se satisfacen de acuerdo a los intereses y la capacidad individual de adquirir bienes y servicios. El modelo enfatiza: libertad, individualismo e igualdad de oportunidades. La sociedad asume un carácter compensatorio y discriminatorio para aquellos grupos que demuestran incapacidad de mantenerse en el mercado. Los recursos son más del orden de las donaciones y son manejados a través de voluntariados “una de sus características es la falta de diferenciación entre la acción pública y privada. Otra es su carácter temporal, de emergencia y puntual, generando estructuras fragmentadas y discontinuas de atención social” (Fleury, 2000: 14).

---

<sup>18</sup> A manera de ejemplo, el SIDA es una enfermedad de transmisión sexual y, por lo tanto, prevenible, si se modifican comportamientos de riesgo; su prevención implica esfuerzos articulados del Estado, los individuos y la sociedad en conjunto. Estudios diversos han caracterizado genes relacionados con la hipertensión arterial, diabetes, obesidad, etc. configurando nuevos paradigmas médicos y, de paso, desconociendo la complejidad de las construcciones culturales.

Las acciones se dirigen a focos de pobreza o poblaciones vulnerables. Demostrar la necesidad es entonces una prioridad de los potenciales usuarios. El recibir un beneficio no transforma al poseedor en un derecho habiente, ya que la concesión de éste, está bajo el poder discrecional de un funcionario.

- B. Seguro Social: Se da cobertura de grupos sociales a través de una relación contractual sancionada por el Estado. Se reconoce y se legitima la diferencia entre los grupos ocupacionales y se basa en principios como la solidaridad. La compensación está basada en las contribuciones al seguro. Hay una relación entre la política social y la inserción laboral, el objetivo es garantizar al trabajador el mantenimiento de un nivel socioeconómico, en situaciones de pérdida de la capacidad del trabajo, asegurándole, al cotizante, condiciones similares a las que tenía como trabajador. Asegura una relación proporcional entre beneficio y cotización.
- C. Seguridad Social: Es el conjunto de políticas públicas que desde principios de justicia social, garantiza a todos los ciudadanos el derecho a un mínimo vital, su referencia histórica es el Plan Beveridge en 1942 de Inglaterra, avanza en términos que universaliza los derechos sociales y ya no están ligados estrictamente a la inserción laboral. Dice Fleury: “al desvincular los beneficios de las contribuciones se establece un mecanismo de redistribución a través de las políticas sociales, que tienen como objetivo corregir las desigualdades generada en el mercado” (Fleury, 2000: 17). Genera un conjunto tanto de políticas como de instituciones públicas capaces de coordinar la ejecución de la cuestión social.

El Estado cumple un papel central tanto en la financiación como en la administración del sistema, se destinan recursos públicos para las políticas sociales. Además se establece un compromiso entre generaciones, pues los recursos no se acumulan, sino que son cubiertos por los aportantes presentes.

En el continente se desarrollan modelos de seguro social, pero como tal no se avanza en los de seguridad social, éste proceso no ha sido simultáneo. Los países pioneros en nuestra región empezaron la experiencia de seguro social en la década de los veinte, los primeros fueron Uruguay, Argentina, Brasil, Chile y Cuba (Fleury, 2000). Los países intermedios inician en la década del cuarenta, por influencia del Plan Beveridge y de la Organización Internacional del Trabajo, ellos fueron: Costa Rica, Panamá, México, Perú, Colombia, Bolivia, Ecuador, Paraguay y Venezuela. Los países más tardíos, en la década de los cincuenta, fueron los países centroamericanos, en los cuales persisten las coberturas más bajas del continente.

Podemos decir, que la implementación de la seguridad social en Latinoamérica ha sido diferenciada, no se desarrollaron modelos de Estados benefactores como los

Europeos, pero se logró, a través de la seguridad social, la regulación de la relación capital/trabajo y con ello la institucionalización, en la mayoría de los países de una forma de ciudadanía regulada que a su vez aporta a construir niveles de legitimidad en la región.

En conjunto, los procesos de redistribución de la riqueza, la construcción de nuevas formas de propiedad, la institucionalización del conflicto capital/trabajo, el fortalecimiento de la legitimidad política por la vía de la política social y de la seguridad social y la ampliación de la ciudadanía han requerido del papel central del Estado. Ésta ha sido la institución capaz de organizar, orientar y mantener los desarrollos requeridos, y esto, a la vez, significó lo que Castel denominó “humanización del capitalismo” y las propias posibilidades del sistema para garantizar su continuidad.

En general, como lo hemos visto, la construcción de sistemas de seguridad social ha sido un proceso conflictivo, de larga duración, donde las posiciones e ingerencia de diferentes actores socio políticos varía con el tiempo, así como la capacidad de organización y movilización frente al conjunto de la sociedad.

A continuación, la intención es dilucidar los procesos más recientes que afectan el modelo colombiano, como un estudio de caso, no sin antes hacer una mirada retrospectiva al conjunto de la política de salud en nuestro país, proceso que permitirá comprender las particularidades del modelo implementado en Colombia en la década de los noventa, en el nuevo marco de los procesos de globalización económica y cultural.

## **2. ANTECEDENTES DE LA POLITICA DE SALUD EN COLOMBIA**

Como hemos definido se concibe el Estado capitalista como un escenario en conflicto que se encuentra al servicio, más que de un grupo social específico, del desarrollo del capital, y cuyo proceso histórico permitió el surgimiento de lo que se denomina Estado de Bienestar, modelo que logra lo que Castel llamó “La Humanización del Capitalismo” a partir de la institucionalización de la cuestión social. Este proceso de institucionalización y tecnificación de lo social se materializa en la formulación e implementación de las políticas sociales, las cuales se constituyen en un instrumento básico de legitimación política para los Estados y los gobiernos.

En tal sentido, la construcción de las políticas sociales, al poner en juego los distintos sentidos de justicia social que imprimen a su lucha los grupos de interés, su capacidad de organización, movilización e incidencia en el proceso de toma de decisiones gubernamentales, permite acercarnos a discernir, las formas específicas como se correlacionan los distintos actores sociopolíticos en un territorio y momento histórico determinado. Producto de estas luchas y procesos de ajuste y negociación, las políticas sociales expresan dicha correlación de fuerzas al interior del Estado. Podemos afirmar como Hernández que: “una ley no asegura la obtención de mejores condiciones de vida, pero en el marco de la dinámica sociopolítica, significa el reconocimiento de un lugar y cierto grado de incidencia en el sistema político en su conjunto” (Hernández, 1999: 57).

En el transcurso de este capítulo intentare mostrar cómo se ha debatido la política pública de salud, desde la perspectiva de disputa entre actores colectivos en el escenario nacional, hasta la década de los ochenta, periodo previo al de interés de la presente investigación. Este capítulo se ha elaborado con base en fuentes secundarias, a partir de investigaciones realizadas en el país sobre el desarrollo de la política sanitaria, desde finales del siglo XIX hasta la década de los ochenta. La periodización que se presenta es retomada de las investigaciones más importantes que han sido consultadas.

### **2.1 LA REPÚBLICA CONSERVADORA Y LA SALUD**

De acuerdo a las diferentes investigaciones durante el periodo comprendido entre 1886 y 1930, el Estado no se planteó la salud como un derecho de los ciudadanos. Esta, más bien aparecía como un privilegio de algunos sectores de la sociedad con capacidad de acceder a la medicina privada. Mientras que los demás se veían en la obligación de acudir a la caridad o a formas tradicionalmente

validadas para la atención de la enfermedad (medicina popular, medicina tradicional indígena).

En este sentido, Colombia tiene un largo periodo histórico en el cual el acceso a los servicios de salud no es considerado como un derecho de ciudadanía, el acceso a los servicios de salud estaba vinculado a la capacidad de pago y por lo tanto pocos podían acceder a él. La beneficencia, establecida a partir del concepto de caridad cristiana, se responsabilizaba de la atención de los enfermos sin capacidad de pago, “No se plantea la salud como un derecho inalienable de los individuos sino que lo asume como algo que entrega a los ciudadanos necesitados en virtud de cierta forma de caridad pública. A partir de esta postura el Estado toma bajo su responsabilidad aquellos problemas catalogados desde tiempo atrás como higiene pública y algunos de los de la higiene privada, sin relación alguna con la recuperación de la salud en caso de enfermedad” (Quevedo, 1993: 154)<sup>19</sup>.

La separación entre higiene pública y privada está mediada por la mirada etiopatológica de la enfermedad<sup>20</sup>, lo cual permite que el Estado empiece a reservarse la realización de algunas medidas para controlar la higiene pública, que representan altas externalidades para la sociedad y delega en los individuos lo relacionado con la higiene privada.

Durante esta primera etapa, el país se organiza a partir de la Constitución de 1886, esta es una alternativa al federalismo instaurado por la Constitución de Río Negro en 1863. Esta Constitución intenta modelar una nación centralizada, con protección de los derechos liberales – la vida, la honra, los bienes, respeto recíproco y castigo de los delitos –, además asigna a la Iglesia Católica el papel de cohesionadora y de guía de cualquier política social (Quevedo, 1993).

Por ello, durante este periodo de hegemonía conservadora, con la mezcla de higienismo y doctrina social cristiana, aquellos que no contaban con los recursos económicos tenían como alternativa el acudir a la beneficencia, donde los buenos cristianos, a través de buena voluntad, entregaban recursos a los servicios caritativos para la atención de los más pobres y necesitados, “la iglesia católica cumplía así, cabalmente, su papel redistributivo de la riqueza a partir de la base sólida de la caridad cristiana” (Quevedo, 1993: 177)

---

<sup>19</sup> Hay que precisar que la Higiene Pública hace relación al manejo de la salubridad de los puertos, manejo de aguas servidas y de algunos alimentos, vigilancia de establecimientos públicos y seguimiento de medidas para el control de las epidemias. La higiene privada hace referencia a los comportamientos y hábitos de los sujetos, por ello se encuentran más vinculados con la instrucción pública.

<sup>20</sup>La mirada etiopatológica significó un cambio de mentalidad en el pensamiento médico, de lo anatomopatológico, que significaba que la enfermedad era comprendida como la lesión o daño a un órgano; a lo etiopatológico que entendía la enfermedad como el encuentro entre el individuo y un agente causal que bien podía ser químico, físico o biológico (virus, bacterias o parásitos). Por ello se consideraba que las medidas de higiene pública ayudaban a controlar, especialmente, las enfermedades infecciosas. Las enfermedades crónicas eran entendidas más como resultado de las conductas y comportamientos de los individuos y por lo tanto correspondían a la vida privada, de tal manera que no eran responsabilidad del Estado sino de cada uno de los individuos.

Podemos decir que no se establecía el derecho a la salud y que tampoco era pensable. El daño a la salud podía ocurrir por dos causas básicas: agentes patógenos que se encontraban en el ambiente o comportamientos irresponsables para con la salud de parte de las personas. Por lo tanto, un Estado que representaba los principios liberales de la nueva época, no podía intervenir en la vida privada de sus ciudadanos.

Para el manejo de la Higiene Pública, como responsabilidad del Estado se crea, a partir de la Ley 30 de 1886, la Junta Central de Higiene<sup>21</sup> en la capital de la república, en los departamentos y en las ciudades. Pero es sólo hasta el Decreto 119 del 12 de febrero de 1887 que se nombran sus miembros, sin embargo las juntas departamentales y municipales no funcionaron (Quevedo, 1993).

Se asignaron las siguientes funciones a la Junta Central de Higiene: tomar medidas para controlar las epidemias, especialmente de lepra, viruela, peste, fiebre amarilla; manejo adecuado de aguas, residuos sólidos y alimentos; control sanitario de instituciones públicas como asilos, hospitales, orfanatos, escuelas. Con estas medidas el país intentaba no ser excluido de los procesos de mercadeo internacional que exigía, principalmente, medidas de sanidad en los puertos para el control de posibles epidemias. Internamente había un desconocimiento del Estado frente a la salud de los individuos y solamente intentaba ayudar a los más necesitados a través de la beneficencia.

Como ejemplo del interés estatal para no ser excluidos del mercado internacional, la Ley 17 del 21 de agosto de 1908 adopta y aprueba una convención sanitaria, refiriéndose a la convención sanitaria concluida en Washington el 14 de octubre de 1905 y firmada por los delegados colombianos al III Congreso Sanitario Internacional Panamericano reunido en México el 2 de octubre de 1907 (Quevedo, 1993: 179).

Paralelamente, la beneficencia se fortalecía en el territorio nacional, de manera que, a principios del siglo XX era toda una institución nacional (Hernández, 1999). Desde 1887, gracias al concordato, el Estado colombiano deja en manos de la Iglesia la administración de la educación y la atención a los pobres a través de las Juntas de Beneficencia, las cuales administraban recursos procedentes de las donaciones, loterías y venta de licor, pero adicionalmente el mismo Estado apoyaba la beneficencia con la entrega de recursos de la nación para su administración<sup>22</sup>.

En la práctica, el desarrollo de la Junta Central de Higiene se quedó rezagado para las necesidades crecientes de un país que intentaba vincularse a la

---

<sup>21</sup> Junta Central de Higiene: como cuerpo colegiado que actuaba como asesor del Gobierno.

<sup>22</sup> Entre 1911 y 1913 la beneficencia obtuvo entre el 0.9 y el 1.3% del presupuesto de la nación, los cuales fueron incrementándose en el tiempo alcanzando entre 1924 y 1927 el 10.1% y el 17% del presupuesto para higiene y asistencia pública. (Hernández, 1999)

economía internacional, especialmente a través de la producción cafetera que impulsa el desarrollo ferroviario del país y permite la creación de un mercado nacional. En este marco, el II Congreso Médico de Colombia, lanza la idea de reestructurar la Higiene Pública para que ayude a mejorar la situación de salud del país.

La propuesta de este Congreso se consolida en la Ley 33 de 1913 que crea el Consejo Superior de Sanidad, además de organizar las Juntas Departamentales de Higiene, las Juntas de Salubridad y las Comisiones Sanitarias, “la nueva organización tiene una función legisladora y controladora de la higiene pública y privada y no solo de obtener los datos científicos necesarios para resolver las cuestiones que se rocen con la salubridad pública” (Quevedo, 1993: 185)

Sin embargo, la ambivalencia frente a la función del Estado en el manejo de la salud y la visión que de este problema se tiene, se puede evidenciar a partir de los múltiples cambios de ubicación que se hacen del Consejo Superior de Sanidad. La Ley 84 de 1914 la vuelve a convertir en Junta Central de Higiene adscrita al Ministerio de Gobierno y cuyas disposiciones son de carácter obligatorio; la Ley 32 de 1918 la transforma en Dirección Nacional de Higiene dependiente del Ministerio de Instrucción Pública para que luego, a través del Decreto 266 de 1920 se adscriba al Ministerio de Agricultura y Comercio (Quevedo, 1993).

Un ejemplo que nos permite identificar la importancia que se da a las políticas de salud para el desarrollo económico del país, lo podemos ver en el hecho que en 1919 el Ministro de Agricultura y Comercio pide a la Junta Internacional de Sanidad de la Fundación Rockefeller iniciar una campaña contra la uncinariasis<sup>23</sup> en la zona cafetera, como una estrategia de higiene pública que tendrá altos beneficios a bajos costos.

Esta falta de claridad en el manejo de la salud nos demuestra la ambivalencia entre Higiene Pública e Higiene Privada, planteada en el corazón mismo de las formas de intervención estatal. La necesidad de controlar los problemas de sanidad pública está íntimamente relacionada con las posibilidades de desarrollo industrial del país y, sobre todo, con la vinculación al comercio internacional. Los problemas de higiene privada – enfermedades crónicas y degenerativas – más vinculadas a los comportamientos individuales, ubican la salud en el Ministerio de Instrucción Pública. Por ello hubo una gran dificultad para definir el lugar que debía ocupar la salud al interior del Estado, situándola entre la educación y el comercio.

---

<sup>23</sup> Uncinariasis: Hace referencia a la presencia de Uncinaria, parásito que vive a nivel del intestino delgado del hombre y se alimenta de la sangre causando la llamada Anemia Tropical, lo que disminuye la productividad de los trabajadores.

Así, conceptualmente, el problema de la higiene aparece, desde principios de siglo, vinculado a la ampliación de la frontera agrícola, al desarrollo industrial del país y a la expansión del mercado internacional. Igualmente, en la toma de decisiones frente a la salud, aparecen como actores los sectores políticos, los intereses económicos y empieza a hacer aparición en el ámbito nacional el gremio médico.

## 2.2 LA HIGIENE Y LA MODERNIZACIÓN DEL ESTADO

Como lo he mencionado, la higiene empieza a ser fundamental en el proceso de incorporación del país a la economía internacional, en este sentido, la política de salud como parte de las políticas sociales, aporta centralmente al proceso de reproducción del capital garantizando: condiciones biológicas para el incremento de la productividad, condiciones epidemiológicas para el intercambio comercial y construcción de legitimidad política que ayuden a mantener el orden social.

A nivel nacional, el esfuerzo se concentra en el fortalecimiento del proyecto agro exportador, y juega un papel importante incrementar la productividad de los trabajadores, por ello el ejercicio de la sanidad se concentra en el control de los puertos y de la uncinariasis (enfermedad endémica) en la zona cafetera. Además, la higiene era básica para el ingreso del capital internacional para la explotación del petróleo y de las zonas bananeras (Hernández, 1999).

La lógica en la que se inscribe la higiene es la de un saber científico – técnico<sup>24</sup> para apoyar el progreso y el desarrollo, este saber debería ingresar a lo profundo de la mentalidad, beneficiando a los sujetos y al país en general. Para Jorge Bejarano, “el proyecto político higienista no ofrecía dudas: libertar nuestros pueblos de las epidemias... liberarlos de la ignorancia y de los vicios que los esclavizan, es hacer de nuestra América la tierra de promisión, de humanidad y de libertad como lo soñó Bolívar” (Hernández, 1999: 18). Así, como lo afirma Hernández, el discurso de la higiene es a la vez modernizante y moralizante, pues pretende llegar a los comportamientos de las personas.

Al empezar la década de los treinta en el período de gobierno liberal, con el Presidente López Pumarejo, se intenta dar al gobierno un papel más activo en la intervención en lo económico y en lo social. Se plantea el Estado como un mediador entre los intereses particulares y los sociales, aparece el concepto de función social del Estado (Quevedo, 1993: 234) y éste tiene responsabilidades frente al individuo y frente a la sociedad, configurándose el Estado como un mediador del conflicto capital / trabajo.

---

<sup>24</sup> Como saber científico técnico este se empieza a configurar como un poder importante: el poder de los técnicos, que más adelante jugará un papel central en el debate de los noventa.

El desarrollo del país permitió la irrupción en el escenario político, de nuevos actores colectivos: los obreros y sus primeras organizaciones sindicales que luchaban por el derecho a la huelga, la mejora de sus condiciones de trabajo y sus ingresos. Nuevos partidos políticos, como el partido socialista, que concentró su trabajo en la lucha por la tierra y los enclaves extranjeros en el país. Aparición de la burguesía cafetera por el desarrollo de la economía exportadora de café. Y la formación de sectores medios, especialmente empleados del sector público (Hernández, 1999).

Con la configuración de estos nuevos actores sociales, también se empiezan a desarrollar estrategias, desde los sectores obreros, que permitan disminuir la incertidumbre producida por riesgos a enfermedad, desempleo, etc., como por ejemplo, a través de las sociedades de auxilios mutuos que incluían servicios de salud y algunos sectores patronales que también ofrecieron asistencia en salud a sus empleados (Hernández, 1999). La misma investigación llega a la conclusión que en estas expresiones persiste un modelo paternalista en el que hay mínima intervención del Estado y debilidad de la experiencia mutualista de los trabajadores.

Las diversas investigaciones coinciden en apuntar que en la década del treinta se hacen los primeros intentos de institucionalizar el conflicto capital / trabajo, a través de un proceso de incorporación del movimiento obrero, especialmente en la primera presidencia de López (Pecaut, 1987).

Durante este periodo en el país persisten cuatro modelos para solucionar el problema de salud: la beneficencia para la atención de los pobres, la práctica privada para aquellos con capacidad económica de acceder a los médicos privados, la higiene como forma de intervención estatal y los inicios de la salud de los trabajadores, bien sea ofrecida por los patronos o por sus experiencias de mutualismo.

Entre 1929 – 1930 se dieron manifestaciones de desempleados y en 1930 se propuso la creación de un seguro de desempleo, argumentándose que eran medidas tomadas por los Estados modernos para atenuar las iniquidades que producía el liberalismo (Hernández, 1999: 42). Implicaba, al igual que lo descrito por De Swaan para Europa (1992), un temor de las elites políticas de un proceso de sublevación.

El problema de la salud va ganando espacio en el terreno de las políticas sociales del país, inmerso en dos concepciones: como proyecto moralizante para acceder a la civilización y, por lo tanto, íntimamente ligado a la higiene privada y la educación; y como parte del proyecto económico de mejorar las condiciones de salud para aumentar la productividad y acceder al mercado internacional.

Es, en este contexto, que se crea, a través de la Ley 1ª de 1931, el Departamento Nacional de Higiene como un Departamento Administrativo independiente,

manejado por un director, el cual era el Jefe del Servicio Sanitario en toda la nación y se encargaba de “dirigir, vigilar y reglamentar la higiene pública y privada en toda la nación, así como la organización del servicio médico y la policía sanitaria en todos los puertos marítimos y fluviales del país” (Quevedo, 1993: 192), realizaría campañas de interés nacional como el control de la uncinariasis, la fiebre amarilla, paludismo, tuberculosis, alcoholismo y medidas de saneamiento en puertos.

Dentro de la falta de claridad frente al rol que debería jugar el Estado en la política de salud, la autonomía de este departamento fue acusada de inconstitucional y por ello, pasó al Ministerio de Gobierno en 1934 y nuevamente cambia en 1938 al Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social por la Ley 96 (Quevedo, 1993). Sin embargo, hasta este momento las propuestas no trascendían el escenario de la reglamentación para la protección del comercio internacional y algunas regulaciones de la práctica médica.

Hernández (1999) muestra en su tesis la ingerencia de diferentes actores durante la tercera y cuarta década del siglo XX en torno a la política de salud. Miremos algunos elementos:

- Los cafeteros: la lucha de los campesinos de la zona cafetera fue fundamentalmente por el derecho a la tierra. En este sentido, lograron acceder a la tierra y, la economía cafetera se desarrolló especialmente en las zonas de explotación minifundista. Este sector no luchó por la salud o la seguridad social, al parecer los problemas de salud eran especialmente resueltos a través de prácticas tradicionales. Sin embargo, el VII Congreso Cafetero desarrollado en 1937 aprobó una reforma de estatutos para trabajar por la Sanidad Rural<sup>25</sup>.
- El segundo sector importante eran los obreros sindicalizados. Hasta ese momento se había presentado una tendencia a dar soluciones por sectores, ramas o incluso empresas, se logró además el propósito de institucionalizar el movimiento obrero<sup>26</sup>. A pesar de que en las luchas obreras de los veinte, enfatizan en las condiciones salariales y la organización, ya en la década del treinta se hace más evidente la lucha por la salud y la seguridad social.
- Los sectores medios de la sociedad: intentan mejorar sus condiciones de trabajo, enfatizando sus diferencias con los obreros.

---

<sup>25</sup> En el II Congreso Cafetero de la Federación Nacional de Cafeteros de 1937, se dice: “Proteger a los federados y a sus trabajadores por medio de activas y científicas campañas sanitarias y mediante el establecimiento de hospitales, casas de salud, médicos ambulantes, publicaciones, repartición de medicamentos específicos contra enfermedades del trópico y contra el alcoholismo y emprender una activa campaña sanitaria de todo orden” (Citado por Hernández, 1999)  
<sup>26</sup> A través de la Ley 83 de 1931 “sobre sindicatos”.

- Los profesionales de la salud, a través de la Academia de Medicina. Como ejemplo López pidió a los miembros de la Academia recomendaciones para que este ramo funcionara de la mejor manera<sup>27</sup>.

En 1937 se lideró un proyecto de Ley, por parte de liberales de izquierda, sobre la Asistencia Pública, intentaba incluir en la Constitución la Asistencia Pública como responsabilidad del Estado. “La reforma constitucional incluyó finalmente el concepto de Asistencia Pública, en su artículo 16 como Función del Estado. Pero también para evitarse problemas, se restringió a las personas que careciendo de medios de subsistencia y de derecho a exigirlo a otras personas, estén físicamente incapacitados para trabajar. Esta definición, tomada en rigor, implicaría la atención por parte del Estado de un pequeño porcentaje de la población... Se pasaría de la caridad privada a la caridad pública, pero no al derecho ciudadano a la salud, como se planteaba inicialmente” (Hernández, 1999: 80).

En 1940 la legislación sanitaria cubría temas como el control de alimentos, sanidad de las fábricas, higiene básica de escuelas, higiene de establos, licenciamiento de perros (Abel, 1996). Es decir, intervenía en las áreas de la higiene pública y la higiene privada, permitiendo avanzar en la inserción del país en la economía internacional y paralelamente, en el proyecto civilizador.

Es importante hacer referencia durante este periodo, a la ingerencia de actores internacionales en el proceso de modernización del Estado y la política de salud. A partir de los avances técnico científicos de la medicina<sup>28</sup>, especialmente en los Estados Unidos, que permean el enfoque y la práctica en nuestro país, hasta el desarrollo de las políticas sectoriales. El elemento central de la concepción higienista de los Estados Unidos es la aplicación de la estadística a la interpretación de los fenómenos sanitarios. De otro lado, la intervención no se limita solo a las concepciones en torno a la higiene, sino a la dirección de las políticas de salud a través de organizaciones internacionales<sup>29</sup>.

La mayor influencia estuvo representada por la Oficina Sanitaria Panamericana y las fundaciones filantrópicas, específicamente la Fundación Rockefeller, la que empieza desde 1917 cuando determinan la presencia de casos de fiebre amarilla. En 1919 el gobierno colombiano solicita el establecimiento de una campaña contra la uncinariasis, para lo cual se crea un Departamento de Uncinariasis que se

---

27 Dentro de las propuestas de la Academia de Medicina tenemos: Crear un Ministerio o mantener un Departamento con total autonomía, separar la higiene – encargada de la prevención – de la asistencia pública – encargada de la promoción -, remunerar convenientemente al personal médico, entregar la dirección a médicos preparados, organizar salas de pensionados en los hospitales de beneficencia, mejorar la infraestructura de prestación de servicios a través de contar con hospitales en todos los municipios y entregar tarjeta social a los verdaderamente pobres para que sean atendidos por la beneficencia.

28 Especialmente importante el desarrollo del laboratorio y la epidemiología.

29 La influencia de los Estados Unidos no se limitó a la política de salud, por ejemplo en el campo económico las inversiones estaban representadas en el petróleo, los servicios públicos y la industria.

implementa a través del Decreto 261 de 1920 e inicia sus actividades en la zona cafetera, posteriormente la fundación contribuyó en el estudio de patologías como la fiebre amarilla y el paludismo.

La influencia internacional – norteamericana – se evidencia no sólo a nivel conceptual y técnico, sino también a nivel político y en la formación de una nueva élite tecnocrática para el sector. La Fundación Rockefeller becó varios estudiantes, especialmente de postgrado, para que fueran formados en las escuelas norteamericanas y ayudó a diseñar el montaje de la facultad de medicina de la Universidad del Valle. Era igualmente importante (o más) el peso de los salubristas norteamericanos en el concierto de las organizaciones internacionales de salud quienes se reservaban los principales puestos de dirección, por ejemplo, el Doctor Hugh S. Cumming quien desempeñó los siguientes cargos en esa época:

- Director del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos (1920 – 1936)
- Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (1920 – 1947)
- Miembro Directivo de la Liga de Sociedades Nacionales de la Cruz Roja (1919 – 1923).
- Miembro Directivo del OIHP (1924 – 1946)
- Miembro del Comité de Higiene de la Liga de Naciones (1924). (Quevedo, 1993: 208).

Durante la década del cuarenta, la política del “Buen Vecino”, del gobierno del Presidente Franklin D. Roosevelt, se extiende a Latinoamérica como una actitud de colaboración permanente hacia nuestros países. En 1942 el gobierno nacional solicita participar en el Programa Cooperativo de Salud Pública para las Américas (S.C.I.S.P.), creándose un servicio especial que empieza a funcionar en 1943 con trabajo alrededor de: Centros de Higiene, Nutrición, Campañas Especializadas, Administración y el apoyo a la formación de la Escuela Superior de Enfermería (Quevedo, 1993).

Finalmente, es importante resaltar que en nuestro país, durante este periodo histórico, la salud no se instaura como un derecho de ciudadanía, pero el Estado se muestra cada vez más interventor en términos de la política sanitaria, como un componente importante para el desarrollo económico de la nación, mostrando continuidad con el periodo anterior. Sin embargo, hay que anotar la aparición de nuevos actores internacionales (Oficina Sanitaria Panamericana) y nacionales, especialmente el gremio cafetero y el sector obrero, el cual a través de sus organizaciones y una vez institucionalizado el conflicto capital / trabajo, muestran interés en los problemas de salud, especialmente cuando se ha alcanzado reconocimiento al derecho de organización y movilización.

Al final de este periodo persiste y se profundiza la fragmentación del sistema de salud en: medicina privada, higiene pública, beneficencia y atención a los trabajadores. Si bien, existe un rol interventor del Estado en áreas como la beneficencia y la higiene pública, el principal énfasis de éste, es la creación de condiciones de salubridad que permitan la inserción del país al mercado internacional y la regulación parcial del conflicto social más que la ampliación efectiva de la ciudadanía. A finales de la década de los cuarenta, el perfil epidemiológico<sup>30</sup> del país era fundamentalmente el mismo, constituido por Enfermedad Diarreica Aguda, malformaciones congénitas y nacimientos prematuros, neumonía, bronquitis y una proporción alta de causas desconocidas. Además, prevalecían enfermedades infecciosas como la tuberculosis y la lepra.

### **2.3 LA SEGURIDAD SOCIAL Y EL MINISTERIO DE SALUD**

Como hemos visto hasta el momento, en el país no se articuló una propuesta única de política de salud, por el contrario, persistieron la medicina privada, la beneficencia, la higiene pública y las prácticas para atender la situación de salud de los trabajadores. Así, para 1935 tres Ministerios tenían que ver con salud (Hernández, 1999: 102):

- Ministerio de Gobierno: a través de la Superintendencia de Instituciones de Utilidad Común que controlaba la caridad privada.
- Ministerio de Educación: que controlaba el Departamento de Higiene el cual contaba con una sección de Asistencia Pública que controlaba las instituciones de beneficencia.
- Ministerio de Industria y Trabajo: que se encargaba de los asuntos relacionados con la salud de los trabajadores.

Entre 1934 y 1935 se presentaron propuestas para la creación de un Ministerio de Higiene y Previsión Social, de acuerdo con las recomendaciones de la VII Conferencia Sanitaria Panamericana y a las recomendaciones mencionadas anteriormente de la Academia Nacional de Medicina.

Paralelamente se habían presentado múltiples proyectos de Ley frente a los riesgos laborales. Abel ha considerado que los inicios de la seguridad social se dieron en el estamento militar, cuando en 1904 se plantea que es importante la legislación laboral y la seguridad social para atender a los desamparados de la guerra civil. Algunos de los esfuerzos legislativos importantes que se han mencionado (Quevedo, 1993; Abel, 1996) son:

---

30 Perfil epidemiológico hace referencia a las principales causas de enfermedad y muerte en un territorio específico

- Ley 29 de 1905: crea la jubilación para los empleados del Estado con más de treinta años de servicio.
- Ley 57 de 1915: sobre accidentes de trabajo y su correspondiente indemnización por parte de los patronos.
- Ley 37 de 1921: crea el seguro colectivo para empresas industriales, agrícolas, comerciales y otras con más de \$1000 mensuales de nómina.
- Ley 32 de 1922 autoriza a la nación, departamentos y municipios para asumir la función aseguradora frente a sus empleados.
- En 1928: proyecto de ley para la fundación de la Caja de Seguros de Trabajo.
- En 1929: proyecto para la creación de la Caja de Indemnizaciones Obreras dependiente del Banco de la República.
- 1931: proyecto de ley para la creación del Fondo de Previsión Social dependiente del Ministerio de Industria.
- 1936: proyecto de ley para la creación de Caja de Seguros Sociales
- En 1938 se crea el Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social, que busca solucionar los problemas de la clase obrera “recuperar su capacidad productiva y disminuir los conflictos que su inconformidad implicaba” (Quevedo, 1993: 226).
- 1941: proyecto de ley para la creación de la Caja Colombiana de Seguro Social.
- 1942: proyecto de ley para la creación de la Caja de Pensiones de Empleados Particulares
- 1942: proyecto de ley sobre Seguridad Social en la que se establece el Seguro Social Obligatorio.
- 1943: proyecto de ley por el cual se reconocen prestaciones sociales a los empleados y obreros oficiales y se da facultad al gobierno para crear el Banco Nacional de Seguros.
- 1945: múltiples proyectos tendientes a la creación del Instituto Colombiano de Seguros Sociales.

Finalmente, se aprueba la Ley 90 de 1946 que creó el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS), complementado por la Caja de Previsión Social para empleados oficiales. El programa del ICSS incluía atención en salud, maternidad, pago de incapacidades, atención de accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y pago de jubilaciones; excluía servicios de auxilio de desempleo y de auxilios para grupos de bajos ingresos. Su financiación era tripartita: correspondía al 8% de los ingresos distribuida así: el 4% al patrono, el 2% al trabajador y el 2% restante al Estado. La Junta Directiva del ICSS estaba constituida por gobierno, médicos, trabajadores afiliados y empresarios.

Podemos decir, que la aparición del ICSS inaugura en Colombia lo que Fleury (2000) denominó ciudadanía regulada, es decir, se accede a un derecho mediado por un contrato de trabajo. Además, el Seguro Social implica una nueva

concepción de derecho, “la teoría de la seguridad social plantea que, en un Estado interventor, el cual pretende favorecer las libertades civiles y ser mediador de los conflictos generados en las relaciones de producción, aparece la necesidad de que este participe en el proceso de indemnización; por otra parte, si se acepta que la función del capital no es producir ventajas para quienes lo poseen, sino ayudar a conformar bienes sociales que lleguen a toda la comunidad y que la comunidad toda debe estar alerta para suplir las mermas y atender las necesidades de quienes dejan de producir, es lógico pensar que el riesgo debe ser cubierto por todos: el empresario, el trabajador y el Estado” (Quevedo, 1993: 239).

Adicionalmente, ese mismo año se crea el Ministerio de Higiene, a través de la Ley 27 del 2 de diciembre de 1946, encargado de dirigir, vigilar y reglamentar la higiene pública y privada en todas sus áreas, al igual que la asistencia pública.

La creación del Seguro Social implicó un proceso conflictivo; de un lado, los mayores opositores al proyecto fueron los médicos, a través de la Federación Médica Colombiana, quienes defendían fundamentalmente la práctica privada de la medicina con el argumento de que el seguro tendía a deteriorar la calidad en la prestación de los servicios, no permitía la competitividad entre los profesionales, no estimulaba el espíritu científico y limitaba a los usuarios la libre elección de los médicos. De otro lado, los empresarios se mostraron renuentes porque implicaba mayores cargas económicas que no permitirían el crecimiento (Hernández, 1999)<sup>31</sup>.

Adicionalmente, la doctrina social de los conservadores trataba de mostrar que la mejor opción era la participación de los trabajadores en los excedentes de las empresas, mejorando por esta vía la colaboración entre las clases sociales (Hernández, 1999: 136 – 137).

Hubo apoyo del sector obrero y de la izquierda del país, además, la legislación se acogía a las convenciones internacionales de la Organización Internacional del Trabajo. Para el gobierno implicaba resolver parte de la inconformidad social existente y era una etapa necesaria para el desarrollo de la legislación social del país. Finalmente, se logra un consenso propio del proyecto liberal moderno, de dar a todos un mínimo de protección.

Finalmente el proyecto de Ley es aprobado en el gobierno de Mariano Ospina Pérez, pero al mismo tiempo no se logra una unificación de la política sanitaria, persiste lo que Hernández ha denominado la “Fractura Originaria” con la permanencia de medicina privada, higiene pública, beneficencia y seguro social recortado. Concluye Hernández “se trata del predominio de un modelo liberal de

---

31 Se refiere a la ANDI: contrató un abogado para que estudiara el proyecto de Ley y defendiera sus intereses en la Comisión. “En resumen los industriales aceptaban el seguro, pero solo si no afectaba sus intereses” (Hernández, 1999: 143)

desarrollo, en el cual el Estado ha intervenido en la economía y en las relaciones sociales para tratar de crear las condiciones necesarias para el crecimiento del capital, como motor de la economía... Pero más que tratar de integrar las demandas de la población por la vía del Estado, se optó por legalizar y legitimar las diferentes formas que el mercado venía organizando a medida que se incursionaba en el capitalismo industrial... Los servicios sociales se limitaron, predominantemente, con base en los costos de producción de los empresarios y no en la magnitud de las necesidades” (Hernández, 1999: 158 – 159).

## **2.4 LA SALUD DESPUÉS DE LA CREACIÓN DEL MINISTERIO DE HIGIENE Y DEL ICSS**

Después de la creación del Ministerio de Higiene y del ICSS la política de salud parece ser más coherente, se ha avanzado en el reconocimiento de derechos de ciudadanía regulada, mediada a través de una relación contractual y existe, a nivel del Estado, un ente responsable de dirigir y orientar el sector, algunos de los propósitos descritos son (Abel, 1996):

- Fortalecer la estructura de la salud pública y medidas para prevenir las enfermedades
- Definir la necesidad de contratar y emplear más profesionales de la salud
- Dar prioridad al trabajo sobre las condiciones ambientales como manejo de letrinas, aguas servidas, recolección de basuras
- Mejorar el sistema de hospitales y el de bienestar público.

Sin embargo, algunas investigaciones plantean (Quevedo, 1993) que la inmadurez del Ministerio hace que las políticas del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública comanden las acciones sanitarias, por lo tanto, se consolida la intervención de Estados Unidos en la política sanitaria del país.

Durante la década de los cincuenta, un elemento importante que entra a ser parte del escenario nacional es el Plan Marshall, inicialmente se plantea para apoyar a los países europeos en la época de la posguerra y posteriormente se extiende a los países latinoamericanos. En 1950 una Misión norteamericana visita al país entregando un informe sobre los principales problemas socioeconómicos que lo afectan, este informe es conocido como el Plan Curie, en el cual la salud ocupa un lugar importante. Empieza a ser mirada como un elemento fundamental de la riqueza nacional al vincular la política económica con la política sanitaria, a través de la mediación del concepto de calidad de vida (Quevedo, 1993), se empieza a ver la salud como una inversión y no como un gasto.

Como parte del contexto internacional, en ese momento juega un papel importante la lucha entre el capitalismo y el comunismo y, por las condiciones socioeconómicas de Latinoamérica, esta región es vista como susceptible de ingerencia comunista. Mucho más, después de la Revolución Cubana en 1959.

En la década de los sesenta la visión que se impuso era el desarrollo: “En el decenio de los sesenta, la teoría del desarrollo imperaba como explicación fundamental de la historia y la situación actual de los países de América Latina. Dicho desarrollo se movía dentro de un continuo sobre el cual era posible prever y planificar el futuro, o al menos, tener la ilusión de hacerlo, en la medida que se suponía que los países crecen como los animales y las plantas, y ese crecimiento tiene un porvenir natural ya conocido, para lo cual basta esperar que se de el crecimiento normal de cada uno de ellos, hasta alcanzar el deseado desarrollo. Como resultado de esta visión del mundo, la planificación se convirtió en la panacea de la administración y aún de la política” (Vasco, 1988: 126). Esta perspectiva posibilita que se busquen asesorías para conocer el nivel de desarrollo y trazar posibles estrategias para alcanzarlo. Esta manera de entender y enfrentar la situación social hace que cada día un nuevo actor detente mayor poder: los técnicos.

Para este proceso se contaba con el apoyo de organizaciones internacionales como la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la Organización Panamericana de Salud (OPS). Entre el 15 y 20 de abril de 1963, se reunieron los Ministros de Salud de las Américas en la ciudad de Washington D.C y el grupo presenta la siguiente declaración: “Una población sana y activa es fundamental para la economía y el progreso social. La salud es, por tanto, componente esencial del desarrollo y del nivel de vida. Los fondos que se erogan por el cuidado de la salud representan una inversión, una fuente de productividad y no un gasto. Su rendimiento puede medirse en una mejor capacidad de los miembros de la sociedad para crear, producir, invertir y consumir... Hay conciencia hoy de que los programas de salud forman parte de la planificación general del desarrollo ... Definida la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, la interpretamos a la luz de la Carta de Punta del Este, como un componente fundamental del desarrollo” (OPS/OMS, 1964: 93 – 94).

Así, el país se ve influenciado en su política de salud por una mirada desarrollista que concibe la salud como una inversión que potencia el despegue económico, a través de mejorar la calidad de vida de los habitantes. Además, los indicadores de salud del país venían mejorando: un incremento de la expectativa de vida que había pasado de 48 a 58 años, la tasa de mortalidad de los menores de un año había disminuido de 120 x 1000 nacidos vivos a 70 x 1000 nacidos vivos y el gasto público per cápita había aumentado para educación y salud en un promedio del 12% anual (Ministerio de Salud, 1990).

El país intentaba dos estrategias fundamentales para mejorar los servicios de salud: el incremento de coberturas de salud a bajo costo y la administración de la asistencia médica por el Estado. Para el incremento de las coberturas de salud a bajo costo ha sido importante la formación de promotoras de salud. Una de las primeras experiencias en este sentido se desarrolló en el municipio de Santo Domingo, en el departamento de Antioquia, entre los años de 1957 y 1959, cuando el Departamento de Salud Pública se encontraba a cargo del Dr. Héctor Abad Gómez. A partir de 1965 la estrategia de promotoras de salud se convirtió en una política explícita del Ministerio de Salud.

Para la administración de la asistencia médica por el Estado, el gobierno asume las recomendaciones de la Carta de Punta del Este: mejorar la organización de los servicios de salud en el nivel nacional y local, integrar en ellos la prevención y la curación, aumentar el rendimiento de los servicios asistenciales y asegurar la accesibilidad económica (OPS/OMS, 1964:). Con el fin de desarrollar estos compromisos el Dr. Alfonso Mejía implementó los Distritos Sanitarios, formados por un médico salubrista, una enfermera con especialidad en salud pública y un supervisor de saneamiento.

A pesar de los intentos para integrar los servicios, esto no fue posible, en los departamentos las beneficencias manejaban la prestación de los servicios de salud y las Secretarías de Salud manejaban la prevención, sin alcanzar unos logros adecuados (Ministerio de Salud, 1990: 152).

## **2.5 LA CONFORMACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

Como hemos visto a lo largo de este capítulo, la toma de decisiones en el sector salud ha estado mediada, de un lado, por las diferentes formas de concebir la salud y, de otro lado, por el peso de los distintos actores socio – políticos. Entre ellos un actor fundamental ha sido la ingerencia de los planteamientos de Estados Unidos a través de organizaciones internacionales como la OPS (como se evidenció anteriormente) y el aumento del poder de los técnicos.

La constitución del Sistema Nacional de Salud no fue ajena a este proceso, en primer lugar es importante decir que, el marco conceptual de la salud se había ampliado a través de la escuela Norteamérica que planteaba la multicausalidad de la enfermedad, determinada por cuatro elementos: las condiciones ambientales, las actitudes y comportamientos protectores o de riesgo que asumen los individuos, la herencia genética y la oferta y utilización de los servicios de salud por parte de la población.

Dentro de este ambiente conceptual la salud es entendida como el resultado de la interacción de diferentes sectores, necesariamente vinculados con los demás

sectores. Esto era, desde la perspectiva planificadora, alcanzable a partir de la articulación de los Planes de Desarrollo. “La importancia de la salud dentro de la política de desarrollo económico depende del grado de integración de las políticas sectoriales, así como de la consistencia interna del Plan Sectorial de Salud. El análisis del contexto estructural indica que el aumento de la salud depende de las acciones que se tomen en otros sectores, como la agricultura, la educación, vivienda, desarrollo industrial, etc..., así como de una acción integral que cobije medidas orientadas al fomento de la salud. El equilibrio entre estas acciones depende, en última instancia, de los recursos financieros que se asignen a unos y otros sectores. Tal decisión se toma en función de una política, la cual a su vez depende de la estrategia misma del Plan de Desarrollo” (Ministerio de Salud, 1990: 160).

Igualmente la III reunión de Ministros de Salud de las Américas, apuntó como meta para esta época: “Comenzar en el decenio la instalación de mecanismos que hagan viables el logro de la cobertura total de la población por los sistemas de servicios de salud en todos los países de la región” (Ministerio de Salud, 1990: 160).

El esfuerzo y reto planteado para el Estado colombiano era la integración de los servicios de salud en nuestro país, tarea para la cual era necesario superar muchas barreras, dada la autonomía financiera y administrativa de las diferentes formas de oferta de servicios de salud existentes. La discusión se centró en dos alternativas: un modelo de Servicio Único de Salud, lo que implicaba una responsabilidad directa del Estado en la prestación de los servicios de salud con un incremento de la intervención estatal en el sector, modelo que ya había sido aplicado en Chile; y, de otro lado, el Sistema Nacional de Salud.

Se optó por éste último, entendiendo éste como una disposición de componentes interrelacionados que hacen parte de un todo. Se esperaba que el Sistema Nacional de Salud pudiera incluir a todas las instituciones que prestaban servicios de salud, manteniendo su autonomía administrativa y financiera; que ésta organización definiría las relaciones con los demás sectores que tenían que ver con el desarrollo; y, en el subsector oficial podrían definirse claramente los componentes, afianzando los procesos de regionalización y los niveles de atención. El marco jurídico del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Salud, 1990: 162 – 163) es:

- Ley 9ª de 1973, por la cual se reviste al Presidente de la República de facultades extraordinarias para reorganizar el Sistema Nacional de Salud y el Ministerio de Salud Pública.
- Decreto-Ley No 621 de 1974, por el cual se revisa la Organización Administrativa del Ministerio de Salud Pública.

- Decreto-Ley No 654 de 1974, por el cual se establece la organización básica de Dirección del Sistema Nacional de Salud.
- Decreto-Ley No 655 de 1974, por el cual se establece el régimen de coordinación y dependencia entre la Organización Básica de Dirección del Sistema Nacional de Salud y las Instituciones y Agencias que funcionan en los subsectores Privado, de Seguridad Social y Oficial y Mixto.
- Decreto-Ley No 702 de 1974, por el cual se establece el Subsistema Nacional de información del Sistema Nacional de Salud.
- Decreto-Ley No 704 de 1974, por el cual se establece el subsistema Nacional de Suministros del Sistema Nacional de Salud.

Con esto se deja al Ministerio una función directiva y coordinadora, sin embargo, el Estudio Sectorial de Salud muestra que el Ministerio pierde este peso, para pasar, por cambios legislativos en el siguiente año, a asumir las funciones de vigilancia y control, limitando las posibilidades integradoras de la propuesta del Sistema Nacional de Salud.

Finalmente, el Sistema Nacional de Salud queda constituido por tres subsectores: Oficial y mixto, seguridad social y privado, perpetuándose la división de la oferta de servicios de salud en el país. El mantenimiento de esta fractura, no permite garantizar aún el derecho a la salud como un derecho de ciudadanía universal.

Durante todo el periodo de implementación del Sistema Nacional de Salud persisten las críticas a las bajas coberturas y a su ineficiencia administrativa y financiera.

A partir de la década de los ochenta el país entra en un proceso de crítica a la intervención estatal, lo que coincide con los planteamientos realizados en el contexto mundial, considerando los siguientes puntos

- Ineficiencia de las empresas estatales.
- Alto gasto en programas de bienestar y subsidios sin los consecuentes beneficios para la comunidad.
- Burocratización
- Déficit Fiscal
- Tasas de Interés disperso.
- Baja rentabilidad del sector financiero.
- Ahorros escasos

Con este análisis se plantea, desde la perspectiva del neoliberalismo, la necesidad de una reforma al papel del Estado en tres dimensiones de la gestión estatal:

- Político: Apertura y readecuación de los canales político-institucionales.

- Administrativo: Reordenamiento y racionalización de las instancias territoriales y de la gestión de los asuntos públicos.
- Económico: Redefinición del papel del Estado en la economía.

En los Planes de Desarrollo subsiguientes a la formación del Sistema Nacional de Salud se han incluido dentro de sus estrategias elementos de salud. Así, el Plan de Desarrollo “Para Cerrar la Brecha. Plan de Desarrollo Social, Económico y Regional. 1975 – 1978” centra sus esfuerzos en dos elementos: PAN – Plan Nacional de Alimentación y Nutrición – y, programas de salud y saneamiento básico, las políticas centrales están dadas por: ampliación de coberturas especialmente a la población materno infantil, disminución de las brechas entre las zonas rurales y urbanas, disminución de la morbimortalidad causada por enfermedades inmunoprevenibles y por las malas condiciones ambientales, utilización máxima de la capacidad hospitalaria, formación de recurso humano médico y paramédico y articulación de las diferentes instancias a través del Sistema Nacional de Salud.

El gobierno de Turbay Ayala “Plan para la Integración Nacional. 1979 – 1982” da continuidad a las anteriores políticas. El Plan de Desarrollo del gobierno de Belisario Betancur “Cambio con Equidad. Plan de Desarrollo 1983 – 1986” plantea que la salud es un factor del desarrollo y espera su mejoría a través de las siguientes estrategias: salud básica para todos, atención en los niveles de complejidad del SNS, salud para los trabajadores asalariados, reorganización institucional, desarrollo de los recursos humanos y físicos y, reordenamiento financiero.

Durante este periodo se percibe una lectura propia de la propuesta de la Organización Mundial de la Salud de Atención Primaria<sup>32</sup>. La lectura local parece favorecer el incremento de las coberturas en la prestación de los servicios básicos de salud, que para nuestro contexto fueron equiparados a atención de primer nivel, especialmente a programas de saneamiento básico, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con el apoyo de recurso humano de baja calificación representado por promotoras de salud, técnicos de saneamiento ambiental y auxiliares de enfermería.

Podemos decir que, la complejidad de los problemas de salud que ha enfrentado nuestra nación amerita intervenciones complejas que apunten a mejorar

---

32 Algunos de los principios de la propuesta de Atención Primaria en Salud son: alimentación y vivienda adecuada, con protección de los hogares contra insectos y roedores, abastecimiento de agua que permita buenas condiciones de higiene y potabilidad, evacuación apropiada de desechos, prestación de servicios de atención prenatal, postnatal y del recién nacido incluyendo planificación familiar, atención del recién nacido y del niño con suplemento alimentario, inmunización contra las principales enfermedades infecciosas de la infancia, prevención y atención de enfermedades endémicas, asistencia básica para lesiones y trastornos en todos los grupos de edad, acceso a fuentes de información sobre las diferentes patologías y sus formas de prevención. Además, la estrategia de Atención Primaria en Salud era el pilar central de la propuesta de la Organización Mundial de la Salud de “Salud para Todos en el año 2000”.

paralelamente la calidad de vida de los habitantes y el acceso en condiciones de equidad a los servicios de salud. La intervención del Estado en las últimas décadas no mostró los resultados esperados en términos de justicia social y desarrollo económico, las coberturas de salud de la población general a finales de la década de los noventa continuaban siendo bajas, por ejemplo.

Finalmente, como hemos argumentado a lo largo del capítulo, la política de salud hace parte del conjunto de las políticas sociales que juegan un rol importante en la redistribución de la riqueza, y por esta vía en la legitimación del Estado y el control social. Sin embargo, la forma específica que ésta asume no es unívoca, sino que depende de la correlación de fuerzas entre actores sociopolíticos y la capacidad efectiva de incidir en las decisiones gubernamentales.

A pesar de las múltiples reformas legales, en el país persistía un sistema de salud fragmentado. No se logró romper los micropoderes sectoriales e hizo, en el caso colombiano, que persistieran, en condiciones diferenciales, los subsectores privado, de seguridad social y público (heredero de la beneficencia). Este sistema de salud, a finales de los ochenta, no logra mejorar la accesibilidad y cobertura a los servicios de salud para la inmensa mayoría de la población y, paralelo al contexto internacional, se genere un debate nacional en torno al sistema de salud más adecuado para el país.

Igualmente, es importante llamar la atención que durante el periodo revisado, los actores sociopolíticos se presentan en el escenario con diferentes posibilidades de influir sobre las decisiones públicas, de acuerdo a su capacidad de presión y negociación. Así, los sectores obreros más organizados logran condiciones de seguridad social, en tanto que otros sectores ciudadanos – campesinos, pobladores urbanos – no alcanzan ingerencia en la formulación de la política de salud en el país. Otros actores que se configuran a lo largo de la escena son las organizaciones internacionales, especialmente lideradas por el enfoque sanitario norteamericano y los técnicos del sector, formados en su mayoría por fuera del país, durante este periodo.

### 3. LA REFORMA DE SALUD DE LOS NOVENTA

Para el análisis de las políticas de salud y su relación con la reforma estatal de los noventa nos interesa mostrar qué actores socio – políticos<sup>33</sup> participaron en la reforma y, de manera central, cuál fue su capacidad para incidir en el proceso de toma de decisiones a nivel nacional. Esto, a manera de estudio de caso, nos permite aproximarnos a comprender la configuración específica que asume el debate y sus resultados.

Como he dicho en el primer capítulo, entendemos que el Estado capitalista trata de controlar las tensiones entre las necesidades de inversión y de acumulación del capital por un lado, y la necesidad de construir legitimidad política entre los ciudadanos de otro, para mantener el orden social. Así, lo podemos comprender como un escenario conflictivo, donde los diferentes grupos sociales y actores, institucionales o no, expresan sus intereses y, con ello, las ideologías que lo soportan. El Estado, desde esta mirada se convierte en el escenario privilegiado de negociación de diferentes intereses, sin embargo, esta posibilidad de negociación depende de la capacidad de incidir que tengan los diferentes actores socio – políticos.

También partimos de asumir que los discursos y las propuestas prácticas de intervención contienen, necesariamente, perspectivas ideológicas y políticas que se expresan en los contenidos sobre las formas de intervención específicamente propuesta por cada uno de los actores comprometidos, para nuestro caso, con la reforma del Sistema Nacional de Salud a través de la ley 100 de 1993 en nuestro país y del proceso mismo que conduce a ella.

Dentro de esta perspectiva la política de salud, como parte de la política social, se convierte en un problema central de la sociedad, o dicho de otra manera, en un problema público importante, mucho más en el contexto de crisis de los Estados de Bienestar; a partir de la cual se planteó el déficit fiscal como un elemento a tener en cuenta y que afectaba los recursos de la salud y la seguridad social.

La política de salud ha tenido múltiples transformaciones en nuestro país a partir de los noventa, la cual se inició oficialmente en 1990 con la promulgación de la Ley 10 sobre descentralización, la Constitución Política Colombiana de 1991 para finalizar con la promulgación de la Ley 100 de 1993 que transformó el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

---

<sup>33</sup> Entenderemos como actores socio políticos del campo de la salud a todos aquellos que compiten activa y organizadamente por el capital material y simbólico que denominan salud.

Nos interesa a continuación, identificar las perspectivas, tanto de actores nacionales como internacionales, frente a las modificaciones jurídicas requeridas en el sistema de salud en los noventa. Inicialmente miraremos algunos actores internacionales – específicamente la Organización Panamericana de la Salud y el Banco Mundial y, de manera más tangencial, la Organización Mundial de la Salud – y trataremos de indagar tres puntos centrales: la interpretación que hacen del concepto de salud, la lectura que tienen sobre la situación de salud, el tipo de políticas de salud propuestas y la concepción de Estado que ello implica.

### **3.1 CONTEXTO INTERNACIONAL DEL DEBATE SOBRE LOS SISTEMAS DE SALUD**

A partir de la década de los setenta, pero muy fuertemente en la década de los ochenta, entran en franca cuestión los modelos de Estados del Bienestar. A pesar de que en nuestro continente este modelo de Estado no se había desarrollado plenamente, como en algunos países europeos, fue un escenario importante para debates e implementación de un conjunto de reformas de las cuales, por su puesto, nuestro país no fue ajeno.

La política de salud, como parte de la seguridad social, fue objeto de revisiones por parte de los Estados. Nuestro país, después de Chile, fue pionero en la implementación de los ajustes estructurales planteados como necesarios para el sector salud. Sin embargo, como punto de partida presentaré el debate que se desarrolló en el escenario regional durante este periodo, donde los organismos multilaterales de cooperación técnica y económica asumieron un rol fundamental y lograron importante ingerencia en la legislación planteada, desde la perspectiva de presentar a la región la discusión de la seguridad social como un problema principalmente de carácter técnico y no político.

**3.1.1 Las agencias internacionales frente a la concepción de la salud.** A partir de revisión documental, se evidencia que en la Organización Panamericana de la Salud existe una fuerte tendencia a comprender la salud como la posibilidad de los habitantes de desarrollar sus potencialidades de acuerdo a sus características étnicas, culturales, de género y de edad. Reconociendo que la salud y la enfermedad están íntimamente ligadas con las condiciones sociales, económicas y políticas de las diferentes naciones, es decir, que está relacionada con la misma estructura de la sociedad; lo que a su vez tiene implicaciones específicas en la forma de entender el papel del Estado en la misma. (OPS, 1992a).

El siguiente texto ilustra, de manera significativa la tendencia de la OPS frente a la concepción de la salud: “además de su valor intrínseco, la salud es un medio para

la realización personal y colectiva. Constituye, por lo tanto, un índice del éxito alcanzado por una sociedad y sus instituciones de gobierno en la búsqueda del bienestar que es, a fin de cuentas, el sentido último del desarrollo” (OPS, 1992a: 75).

La salud, como síntesis en sí misma de la calidad de vida de los habitantes, es considerada como un derecho, y diferentes actores en la sociedad disputan incidir sobre las decisiones que la afectan, "nuestros pueblos luchan por una aspiración que tiene significado para todos: el derecho humano fundamental a la vida, la salud y el bienestar" (OPS, 1989a: 1) y como tal el Estado debe ser el garante de este derecho.

Es importante resaltar que esta perspectiva teórica aleja a la OPS de las concepciones hegemónicas sobre la salud y la enfermedad, que han medicalizado la mirada sobre la salud y conducen a que los principales esfuerzos, en términos de intervención, se centren en la curación de la enfermedad y de manera más específica en la atención individual. En tanto que la perspectiva de la OPS la acerca a la llamada medicina social, que es una corriente de pensamiento sanitario crítico que plantea la salud y la enfermedad como un proceso histórico, producto de las relaciones establecidas a nivel de las estructuras sociales en lo económico, lo político y lo cultural. Corresponde entonces, la intervención sanitaria, a procesos en el ámbito de lo político, lo económico y lo social, lo que trasciende claramente los límites establecidos por la medicina biológica en el terreno de lo científico y lo tecnológico.

Como consecuencia de lo anterior, los procesos giran alrededor de una concepción de la salud pública no sólo como un campo de acción profesional, sino como un deber del Estado, y sobre todo, como un compromiso de la sociedad en conjunto con los ideales que construya sobre la salud (OPS, 1992a).

Por esto, la agenda sectorial debía aprender a desarrollar nuevas estrategias de intervención que incluían mejorar la capacidad de denuncia y movilización social para garantizar, de manera efectiva, el derecho a la salud. De esta manera era necesario generar capacidad de articulación e innovación intra y extrasectorial y, también comprensión y posicionamiento del sector salud frente a las relaciones en el plano internacional (OPS, 1992a).

Las instituciones de orden financiero, específicamente el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, no planteaban una perspectiva de salud reducida exclusivamente a los aspectos biológicos o genéticos, pero sí desconocían las condiciones estructurales que potencian o limitan las posibilidades de salud de las colectividades.

A nivel interpretativo, el énfasis se traslada al ámbito de la cultura, pero reduciendo ésta a los comportamientos de los individuos y los núcleos familiares,

desconociendo igualmente que los comportamientos y los llamados “estilos de vida”, son construcciones sociales, culturales e históricas que se insertan en contextos específicos. A manera de ejemplo el siguiente texto, “Lo que las personas hacen con su vida y la de sus hijos afecta a su salud mucho más que cualquier cosa que hagan los gobiernos. ..” (BM, 1993: 38).

Lo que está en el centro del debate conceptual y político no es simplemente una definición técnica, sino si la salud es un derecho y cuáles son sus límites y por lo tanto, cuál es la responsabilidad del Estado en su materialización.

Cuando el énfasis se ubica en las condiciones de vida y los determinantes sociales, entonces las intervenciones trascienden las acciones individuales y se ubican en el escenario de la política social y del Estado del Bienestar; y, si el énfasis se ubica en los comportamientos individuales frente a factores de riesgo, entonces el debate del rol del Estado cambia y se ubica en la necesidad de poner límites a la ingerencia del Estado y el respeto por lo privado. Así el problema se traslada al individuo y sus prácticas y comportamientos, quedando el Estado esencialmente exonerado de responsabilidades frente a las condiciones individuales de salud.

### **3.1.2 Las agencias internacionales y el análisis de las condiciones de salud.**

El análisis de la situación de salud realizado por los distintos actores internacionales, con legitimidad técnica, no presenta grandes diferencias en los datos, mas si en la interpretación de los mismos; además del tradicional perfil epidemiológico<sup>34</sup>, se incluyen elementos de las condiciones económicas, políticas y de desarrollo institucional que posibilitan o no el mejoramiento de la salud de la población.

Algunos actores como el Banco Interamericano de Desarrollo plantean el énfasis de su análisis en las instituciones relacionadas con los servicios de salud (Frenk, 1997) y otros como la OPS dan gran importancia a las condiciones socioeconómicas de las naciones para comprender la situación de salud.

La OPS aplica un concepto central denominado “*deuda sanitaria*”, que consiste en el reconocimiento de grandes iniquidades, tanto en formas de enfermar y morir de la población, como en el acceso a los servicios básicos de atención y a un conjunto mínimo de garantías sociales para el disfrute de la salud, sobre todo demostrado por la lenta transición epidemiológica<sup>35</sup> de los países en vía de

---

<sup>34</sup> Perfil Epidemiológico hace relación a las principales causas de enfermedad y muerte de una población determinada en un momento histórico específico y en el cual también se incluyen las llamadas enfermedades de vigilancia en salud pública, constituidas por un conjunto de patologías infecto – contagiosas y factores de riesgo ambientales como los accidentes rábicos, accidentes ofídicos, intoxicaciones alimentarias.

<sup>35</sup> La transición epidemiológica se caracteriza así: el primer estadio de patología infecciosa, que responde a ciertas medidas como alimentación, higiene, servicios públicos, saneamiento, vivienda. En el segundo estadio se da un predominio de enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades crónicas – degenerativas; los modelos de atención individual predominan, por lo tanto es importante fortalecer la prevención y tratamiento

desarrollo. En este sentido, los gobiernos de los países en desarrollo tienen una importante deuda sanitaria con la mayoría de sus habitantes, en la medida que no han garantizado condiciones para el disfrute de la salud.

El perfil epidemiológico regional es complejo, en él coexisten enfermedades transmisibles y crónicas, también enfermedades típicas del deterioro ambiental por exposición a sustancias químicas y tóxicas, así como estilos de vida que favorecen el alcoholismo y la fármaco dependencia, al igual que enfermedades ocupacionales, accidentes de trabajo y accidentes de tránsito.

Dentro de las características epidemiológicas de la región, los diferentes documentos coinciden en definir que los principales problemas están dados por una mortalidad más alta para todas las enfermedades en la población más pobre; 130 millones de habitantes no tienen acceso regular a los servicios básicos de salud y a estos hay que adicionar 100 millones, que es lo que se estima crecerá la población entre 1990 – 2000; existe pues, la necesidad de incrementar la capacidad para atender 230 millones de personas, mejorar la atención médica y asegurar que haya el énfasis necesario en las actividades de protección y promoción de la salud (OPS, 1992a: 7).

Otros de los principales problemas de salud identificados son:

- Sistemas de salud heterogéneos y fragmentados, bajas coberturas y con tendencia a disminuir por la reducción de los recursos sectoriales.
- Inversiones en tecnología de alto costo, con acceso restringido a grupos con altos niveles de poder adquisitivo e incremento subsiguiente de los costos en salud.
- Bajo rendimiento de los equipos e instalaciones, falta de coordinación entre los distintos niveles de atención, poca capacidad resolutive de los niveles primarios de atención en la región.
- Bajo gasto per cápita de los servicios de salud de la región que no alcanza US \$ 100 por parte del Estado.
- Ausencia de procesos de evaluación sectorial.
- Mayores niveles de exclusión de la población rural y de las minorías étnicas.
- La mortalidad infantil registrada en la región (44 por mil nacidos vivos) sigue siendo mucho más alta que la de los países en desarrollo. En mortalidad general la región ostenta la menor tasa promedio de países con ingresos semejantes (7 x 1000 hab.) La esperanza de vida al nacer en la región es de 68 años, inferior a la de los países de ingreso alto (77 años) pero superior al promedio mundial (66 años).

---

de estas enfermedades. Y, el tercer estadio, problemas de salud originados por la exposición ambiental y laboral a sustancias tóxicas y químicas. La OPS reconoce que Latinoamérica pasa por los tres momentos.

- La modernización y los procesos de urbanización e industrialización han aumentado la prevalencia de patologías de la pobreza y de las mal llamadas patologías de la civilización.
- Resurgimiento de enfermedades que se creían casi erradicadas como la malaria, el dengue, la tuberculosis y otras.
- Subregistro de la mortalidad y la morbilidad, especialmente por los insuficientes sistemas de información.
- Modelo de prestación de servicios de salud<sup>36</sup>, no acordes a los contextos sociales, económicos y políticos. Así mismo, no existe un abordaje ecológico integral (OPS, 1988; OPS, 1992a; OPS/CEPAL, 1991).
- Finalmente, el desafío que significa para los gobiernos nacionales la situación de salud, agravado por el creciente deterioro del ambiente, la crisis económica y los marcados cambios económicos (OPS, 1988).

A manera de conclusión, podemos afirmar sobre la posición que argumenta la OPS, frente a la prestación de servicios de salud, que las limitaciones para el acceso a los servicios de salud de grandes grupos de población en la región tienen sus orígenes en múltiples causas relacionadas. Por un lado, la disminución de oportunidades para el desarrollo, situación que empeoró por los índices de desempleo y la escasa capacidad de pago de la población más pobre y, por otro lado, el deterioro del funcionamiento de los sistemas de salud.

Adicionalmente, el director de OPS, presentó una postura crítica frente a los Ministerios de Salud de la región, al afirmar que la disminución de la mortalidad en Latinoamérica no se debía a la mejoría de las condiciones de vida – que empeoran – o a la mejoría en la prestación de servicios de salud, sino al desarrollo de estrategias para la sobrevivencia por parte de los grupos más pobres: “La explicación más plausible es que los pobres, o la población en general, a través del dominio de alguna información de cuya difusión tampoco somos responsables, han podido desarrollar estrategias de supervivencia que les han permitido

---

<sup>36</sup> En el documento realizado por Naciones Unidas – Comisión Económica para América Latina – OPS, OMS, 1991, clasifican, de acuerdo a la situación de salud a los países en tres grupos: Países del grupo A: El cambio del perfil epidemiológico comenzó antes que los otros, población predominantemente urbana, es reducido el número de niños que nacen sin asistencia sanitaria, estabilización de las tasas de natalidad, aumento de la población con menor riesgo de morir (15 – 44 años), las muertes se concentran en el grupo de 65 años y más, aumento de la proporción de años de vida sana. Pertenecen Argentina, Uruguay, el Caribe de habla inglesa y Cuba. Grupo B: Casi la mitad de la población muere antes de los 44 años, el principal objetivo en salud debe ser la reducción de muertes evitables mediante la provisión de saneamiento básico, nutrición y atención al binomio madre - niño, la demanda de servicios de salud de la población urbana supera la capacidad de respuesta de dichos servicios, se caracterizan por marcadas iniquidades sociales y marcados contrastes que se reflejan en su nivel de ingreso y los avances con relación a las brechas sociales de salud y muerte. Venezuela, Colombia y Brasil. Grupo C: el 40% de las muertes se producen antes de que las personas alcancen la edad de trabajar y especialmente antes de los cinco años, generalmente por enfermedades evitables y de bajo costo, alta tasa de fecundidad de las mujeres, alta morbimortalidad infantil, los problemas más graves son la pobreza generalizada, falta de condiciones mínimas sociales y sanitarias. La demanda de salud se concentra en el mejoramiento de las condiciones del hogar, la nutrición, la atención del binomio madre – niño, la inmunización de la población menor de 14 años contra enfermedades transmisibles. Pertenecen Guatemala, Haití, Bolivia, Nicaragua.

sobrevivir, aún en condiciones de mayor dureza y marginalidad” (OPS, 1988a: 241)

Con la información evidenciamos que la OPS debate, al interior del continente, por una mirada no medicalizada del problema de la salud y por una perspectiva de ésta como derecho, reafirmando la deuda sanitaria existente con la sociedad y la responsabilidad de los estados para con los grupos poblacionales tradicionalmente excluidos o marginados.

En el mismo periodo, el Banco Mundial plantea, frente a la prestación de servicios de salud, que América Latina enfrenta dificultades semejantes a los sistemas de salud más desarrollados, enumerando tres problemas centrales: asignación de recursos, ineficiencia interna y desigual distribución de beneficios en salud. Además, argumenta que cada uno de estos problemas depende fundamentalmente del empeño de los gobiernos en sufragar todos los costos de una atención universal de salud recurriendo a los ingresos fiscales generales. Para ello explica cada uno de los problemas así:

- Asignación equivocada de los recursos: se gastan los recursos de salud en intervenciones de escasa eficacia en función de los costos (Ej. Cirugías para cáncer frente a la financiación de programas de tuberculosis y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual)
- Ineficiencia interna de programas públicos: gran parte de los recursos de salud no se usan eficientemente (Ej. se compran productos de marcas registradas, camas de hospitalización subutilizadas)
- Desigualdad en la distribución de los beneficios derivados de los servicios de salud: la población pobre carece de servicios básicos y la atención que reciben es de mala calidad y gran parte del gasto beneficia en “medida desproporcionada” a las personas en mejor situación económica.
- Explosión de los costos: en algunos países de ingresos medios los gastos en salud aumentan más rápidamente que los ingresos (BM, 1993: 3-4).

Además, los diferentes documentos hacen énfasis en la crisis económica de finales de la década de los ochenta, lo que no permitía mantener un buen nivel de desarrollo, ni responder a las necesidades sectoriales.

La crisis económica se caracterizó por una gran inflación, recesión económica, alto desempleo y subempleo y una gran deuda externa – como dicen algunos técnicos de OPS, “técnicamente impagable” - que obligó a los países de la región a pagar altos intereses, en la práctica provocó transferencia neta de riqueza hacia los países desarrollados, se estimó que la deuda colectiva de los países en desarrollo era de US \$ 1 trillón de dólares (OPS, 1992: 58), lo anterior impide que el crecimiento poblacional se haya acompañado de un crecimiento económico proporcional a las nuevas necesidades.

La crisis económica para las Américas se inicia en 1982, con disminución de los beneficios para el conjunto de la sociedad, aumento neto de la pobreza absoluta y relativa, escasez de recursos para inversiones básicas de carácter social, lo que ha impedido de manera efectiva procesos de redistribución de la riqueza en el conjunto de la sociedad. Las dificultades económicas y la escasez de recursos hicieron que los grupos menos favorecidos permanecieran marginados de los servicios sociales en conjunto y de los servicios de salud específicamente.

Adicionalmente, “La respuesta de la comunidad financiera internacional a la crisis de la deuda ha sido imponer una serie de programas de ajuste estructural que incluyen el refinanciamiento de los reembolsos de empréstitos, la reducción de los gastos nacionales en el sector público, un aumento de las exportaciones y la reducción de las importaciones, así como también la reducción de subsidios a productos alimenticios de primera necesidad ... Hasta la fecha, y aunque se sigue aplicando ampliamente, los programas de ajuste estructural no han producido una recuperación económica a largo plazo demostrable en ningún país en desarrollo” (OPS, 1992a: 58), análisis como éste nos muestra la posición crítica por parte de la OPS frente a las políticas económicas del nuevo contexto globalizado.

La OPS y la UNICEF han abogado por un “ajuste con rostro humano”, que consiste en tomar medidas específicas para aliviar la pobreza, y concentrarse en aquellos servicios de bajo costo y con efectos significativos como APS<sup>37</sup>, la educación básica primaria y abastecimiento básico de agua, que permitan empezar a disminuir las profundas iniquidades sociales que enfrenta el conjunto de la región.

Para el caso de Colombia, la OPS plantea que en nuestro país la crisis económica se empezó a evidenciar en el año de 1982 con la declaración de la Emergencia Económica. Dentro de las medidas adoptadas para la primera fase de ajuste están: aceleración del ritmo de devaluación y disminución del incremento de los salarios. En la segunda fase, se da comienzo al programa de apertura económica con expansión de las importaciones y deterioro de las exportaciones, así como disminución de la inversión social, en lo cual influyen factores diferentes al económico como el orden público, la situación política y las características administrativa (OPS, 1994).

Como consecuencia de la implementación de estas estrategias se previó una disminución del crecimiento económico, aumento del desempleo, disminución del ingreso de los pobres y pérdida de confianza en las instituciones del Estado. Lo anterior se reflejó en una disminución constante de la participación electoral que en 1985 fue del 50.3% y en 1990 del 39.6% (OPS, 1994).

---

<sup>37</sup> APS: Estrategia de Atención Primaria en Salud producto de la propuesta de Salud para Todos en el año 2000. Planteada en Alma Ata en 1972.

La OPS plantea como dificultad para el análisis de la situación de salud del país, la falta de consistencia de la información socio económica, para ejemplificar manejando fuentes de información semejantes, los datos distan mucho en términos de la información, por ejemplo, de acuerdo con la encuesta de hogares la proporción de pobres para nuestro país era en 1970 del 41%, en 1979 del 28% y en 1989 del 25%, según datos del Departamento Nacional de Planeación; otras estimaciones que usan la información de la Encuesta de Hogares dicen que en 1986 la proporción de hogares pobres es del 37.8%, para 1990 del 40.8% y para 1992 del 44.8%. Se da un “Aumento de la pobreza medida por ingresos en años recientes, sin que se traduzca en un empeoramiento de NBI, que tiene un comportamiento más estable” (OPS, 1994: 114).

En contraste con los planteamientos de la OPS, el BM muestra con preocupación el incremento de las necesidades de servicios de salud en la región: “estas necesidades en pugna han creado tremendas presiones sobre los sistemas de salud en momentos en que no resulta fácil, generalmente, acrecentar el gasto público; de hecho en muchos países es necesario su reducción ... En la mayoría de los países en desarrollo, el gasto público en todos los sectores aumentó rápidamente durante los años sesenta y setenta, pero el lento crecimiento económico y los déficit presupuestarios sin precedentes en los años ochenta obligaron a reducirlo” (BM, 1987: 695).

El BM lideró una posición neoclásica de políticas de ajuste económico. Esta afirmación se ratifica en el siguiente texto, “En los años ochenta muchos países emprendieron programas de estabilización y ajuste macroeconómico a fin de hacer frente a graves desequilibrios de sus economías y encaminar éstas por unas sendas de crecimiento sostenible. Es evidente que esos ajustes son necesarios para conseguir progresos a largo plazo en la esfera de la salud, pero durante el periodo de transición y especialmente en el caso de los primeros programas de ajuste, la recesión y los recortes del gasto público desaceleraron el ritmo de las mejoras en las condiciones de salud... Como resultado de esta experiencia, en los programas de ajuste de la mayoría de los países se procura actualmente racionalizar el gasto público global al tiempo que se mantienen los gastos en intervenciones eficaces en función de los costos en esos dos sectores” (BM, 1993: 8).

Para el caso de Colombia, el Banco Mundial influye sobre las políticas de salud desde finales de la década de los ochenta, especialmente cuando se concedió el crédito 2611 codestinado al sector salud, de los cuales US 36'500.000 eran destinados a la consolidación del Sistema Nacional de Salud. Para su desembolso solicitó las siguientes garantías: modelo de salud reforzando el nivel regional y dando más autonomía administrativa y financiera a las regiones, reducir la duplicación de servicios entre ISS y SNS, mejorar la planificación de inversiones públicas en el sector y el manejo financiero y contable y la creación de una unidad ejecutora del proyecto.

El 11 de abril de 1985 el CONPES aprobó el documento DNP – 2173 UDS-UIP con los lineamientos generales del proyecto (Barraza, 1992). El proyecto financió el Estudio Sectorial de Salud, un esfuerzo de diagnóstico de la salud en Colombia. Estos insumos sirvieron para apalancar el proceso que terminaría convirtiéndose en la Ley 10 de enero 10 de 1990, “por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones” (OPS, 2002).

Las perspectivas de los organismos internacionales y su interpretación de la situación de salud en la región los ubica en líneas diferentes. Mientras que la OPS se plantea el problema de la salud vinculado a los determinantes sociales y al bajo gasto per cápita del sector en la región, la necesidad de ampliación del Estado Social para garantizar la resolución de la llamada deuda sanitaria, la disminución de las inequidades en salud y, avanzar en la garantía del derecho a la salud. De otro lado, las organizaciones financieras plantearon las dificultades de los modelos de atención en salud, considerados como ineficientes, con altos costos evitables y uso inadecuado de los recursos públicos, optando por la racionalidad económica, disminución del gasto social y definición de intervenciones altamente costo efectivas.

**3.1.3 La Organización Panamericana de la Salud y las propuestas para reformar los sistemas de salud.** La OPS había tenido liderazgo fuerte frente a los desarrollos técnicos de salud en la región. En el país había sido importante para la creación y fortalecimiento del Ministerio de Salud, la Escuela Nacional de Salud Pública y el desarrollo de programas y proyectos que apuntaban a avanzar en el mejoramiento del acceso y la calidad de los servicios de salud. Una de sus preocupaciones era reto planteado en Alma Ata “salud para todos en el año 2000”, especialmente de los grupos más necesitados, pues se *“trata del compromiso histórico de rescatar la deuda sanitaria como parte de la transición social y política”* (OPS, 1992a:12).

En palabras del entonces Director de la OPS, Dr. Carlyle Guerra de Macedo, el reto para Latinoamérica en términos de salud significa: “Desafío social: Integrar las políticas sociales, las cuales deben pasar de tener una visión asistencialista y de complementariedad a constituirse en un esfuerzo planeado e integrado a un desarrollo económico y político que apunte a eliminar las desigualdades de acceso a la salud. Desafío político: Democratizar, descentralizar y aumentar la participación ciudadana en las decisiones públicas, redistribuyendo poder y competencias en la prestación de los servicios de salud. Desafío administrativo: Crear nuevas formas de organización y gestión de los servicios de salud, en función de las demandas, condiciones y apoyos sociales, así como priorizar las preocupaciones con eficiencia, eficacia y equidad en un contexto de escasez aguda de recursos. Desafío académico: Producir un nuevo profesional en salud mediante la introducción de nuevos contenidos, programas y métodos de formación en todas las áreas de salud, investigación de carácter más

interdisciplinario, y extensión y colaboración con los servicios mismos para dar más relevancia práctica a las propuestas académicas” (OPS, 1992a:12).

Lo anterior se ratifica en las prioridades establecidas para la región en el documento sobre Transformación Productiva con Equidad, aunque por supuesto el documento plantea propuestas que no parecen contener la misma radicalidad de los discursos del entonces director de la OPS:

- Alcanzar mayor priorización para la salud y el desarrollo en el marco de las políticas sociales.
- Mejorar los análisis de salud y la definición de grupos prioritarios.
- Formular políticas para mejorar el acceso y calidad de los servicios de salud y disminuir las iniquidades existentes.
- Concentrar los recursos en inversiones costo efectivas
- Mejorar la eficiencia del sector.
- Redefinir la organización y conducción del sector
- Mejorar los desequilibrios existentes entre el recurso humano y las necesidades de los recursos(OPS/CEPAL, 1991)

Con lo anterior, y partiendo de la premisa que al sector salud le corresponde asumir las *consecuencias perversas* de decisiones económicas y políticas, podemos ver que la OPS se proponía aprovechar todas las oportunidades de acción para promover la visibilidad del sector de la salud en el ámbito político y en la vida de la sociedad. Parte de la estrategia de visibilidad era demostrar el vínculo de la salud con el bienestar general, el incremento de la producción y la productividad y el fortalecimiento de los procesos democráticos, sin perder de vista la necesidad de avanzar en el reconocimiento de la salud como derecho humano, “pero estamos empeñados sobretodo en lograr, por todos los medios a nuestro alcance, que la salud sea reconocida universalmente como derecho humano fundamental y que las sociedades, y los estados en particular, se hagan responsables de asegurar ese derecho” (OPS, 1990a: I).

A continuación intentaré mostrar algunos de los elementos que configuraron las propuestas centrales de la OPS, con relación a la reforma de la salud para el continente, ellos son:

### **Sistemas Locales de Salud:**

En 1988 la XXXIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS celebrada en Washington DC, aprobó la Resolución XV y el documento CD 33/14, los cuales se refieren al desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) como prerequisites para la transformación de los sistemas de salud.

Uno de los elementos en que más había insistido la OPS, era la necesidad de organizar los Sistemas Nacionales de Salud a partir del desarrollo de los Sistemas Locales de Salud. Los SILOS eran un componente del sistema articulado e integrado de salud, que debía trascender los límites de la prestación de servicios de atención y posibilitar en su área de influencia territorios saludables – punto de convergencia con la OMS – a partir de la intersectorialidad, la descentralización, el enfoque poblacional y la participación ciudadana.

La descentralización era el tema central de la dimensión organizacional y administrativa de la propuesta de los SILOS. Estos se tenían que desarrollar a partir de alguna forma de descentralización político – administrativa que defina el Estado. Esto permitiría la transferencia a unidades locales, de poder, de recursos y sobre todo, mejoraba el uso de los recursos existentes a nivel territorial, tanto institucionales como los comunitarios.

A su vez, la descentralización, para OPS, constituía una posibilidad política de, contribuir a la reconstrucción de la democracia en los territorios. Así mismo, se planteó que lograba integrar a nivel local las diferentes demandas sociales, favoreciendo la resolución de los conflictos, y abriendo nuevos espacios para la participación ciudadana, creando liderazgos sectoriales mediante la potenciación de los actores locales (OPS/OMS, 1993).

La participación era vista como un instrumento para perfeccionar, profundizar y consolidar la democracia política. “Es a través de la participación efectiva de la población que se crean nuevas relaciones entre el Estado y la sociedad y se perfeccionan los procesos para conocer las demandas, los apoyos y para decidir sobre los servicios de salud” (OPS/OMS, 1993: 15) y “como valor, la participación se concibe como una forma de rescatar una deuda política, es decir, de incorporar grupos históricamente marginados en el proceso de decisión política respecto a la salud” (OPS/OMS, 1993: 23).

El último elemento esencial, que implicaba el desarrollo de los Sistemas Locales de Salud estaba dado por la intersectorialidad. Desde la visión de salud de la OPS, garantizar condiciones para la vivencia de la salud exige indiscutiblemente el concurso de los diferentes sectores sociales para disminuir las iniquidades sociales y mejorar la calidad de vida. La intersectorialidad fue definida por la OPS como: “el proceso en que los objetivos, las estrategias, las actividades y los recursos de cada sector se consideran según sus repercusiones y efectos en los objetivos, estrategias, actividades y recursos de los demás sectores” (OPS/OMS, 1993: 13).

A partir de la propuesta de fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud, la cooperación técnica de la OPS en el país se concentró en el desarrollo de experiencias pilotos de descentralización y participación a través de los SILOS, especialmente en la ciudad de Cali y con la articulación de autoridades políticas y

ONG (FES) apuntando a la meta de salud para todos en el año 2000. Cuando se sanciona la Ley 10 de 1990 existían experiencias de 14 SILOS en 7 departamentos: Antioquia, Atlántico, Bolívar, Caldas, Cundinamarca, Santander y Valle del Cauca (OPS, 2002).

### **Transformación Productiva con Equidad.**

La propuesta aparece como la versión preliminar del documento que se presentó en la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana (Washington DC del 26 al 30 de septiembre de 1991) y fue preparada dentro del marco del proyecto CEPAL/OPS “Salud y transformación productiva con equidad en América Latina y el Caribe”.

El eje central de la propuesta era incrementar la productividad, para mejorar la competitividad internacional y contribuir a una mayor equidad social. Dentro de ella los sectores sociales eran percibidos como fundamentales para fortalecer el capital humano y fomentar el bienestar social.

La propuesta tenía un enfoque multisectorial y proponía como componentes centrales la universalidad y transformaciones en la forma de financiamiento de los servicios de salud, “se propone ampliar la cobertura mediante la incorporación de quienes hasta ahora han estado excluidos y reformar los sistemas de salud y su financiamiento, para lo cual habría que realzar la eficacia de la asignación de los recursos y la eficiencia micro económica de su utilización” (OPS/CEPAL, 1991: 1). De acuerdo con la propuesta, para ese momento, y a pesar de la contracción del empleo y la producción en la región, se había avanzado en los procesos de formación de capital, modernización y reestructuración del aparato productivo y, en algunos casos, se había empezado a recuperar el crecimiento económico.

A pesar de la mejoría económica, la región tenía un panorama desalentador, por ello era necesario fortalecer las dinámicas expansivas de desarrollo social, implementar medidas para favorecer a los grupos más excluidos de la sociedad, generar empleo y mejorar la gobernabilidad de los países (OPS/CEPAL, 1991: 1).

La propuesta vinculaba dos elementos: el primero, salud y productividad, en la perspectiva que para incrementar la productividad se requiere necesariamente mejorar la salud de la población. El segundo, salud y legitimidad política, pues facilita las condiciones de gobernabilidad de un país al mantener los conflictos dentro de límites que el sistema democrático pueda manejar (OPS/CEPAL, 1991:).

Para desarrollar ésta propuesta de salud, el Estado debía redefinir su papel, superando las debilidades planteadas a los Estados del Bienestar. Debía por lo tanto, concentrarse en funciones claves y desempeñarlas con eficiencia y eficacia. Así mismo se propuso la creación de mercados de salud regulados que permitieran superar el conflicto Estado / mercado (OPS/CEPAL, 1991).

La prioridad, para reducir la pobreza, debían ser intervenciones para disminuir las inequidades en salud y en el acceso a servicios, pues éstas frecuentemente requerían inversiones de menor costo y logrables en plazos más breves, que los que se requieren para redistribuir el ingreso y crear nuevas fuentes de empleo. Así, la transformación productiva con equidad “exige una política de salud en la que se tomen en consideración los escenarios de ajuste y recuperación, y que ofrezca flexibilidad para operar por vía de la descentralización del gasto, su focalización, la diversificación de las fuentes y los mecanismos de financiación, y el perfeccionamiento de la gestión. Así mismo, debe haber un equilibrio dinámico entre provisión y financiamiento público y privado de servicios de salud, que garantice la eficiencia micro económica, la calidad de las prestaciones y la equidad distributiva” (OPS/CEPAL, 1991: 8).

No era suficiente con mejorar la asignación de recursos al sector, sino que también era necesario reformar los sistemas de salud, pues tenían una clara tendencia a la desfinanciación, al incremento descontrolado de los costos y por estas vías a la inequidad (OPS/CEPAL, 1991).

Para la implementación de la propuesta se contemplaban los siguientes componentes:

- Acción intersectorial y multisectorial en el ámbito de la salud.
- El diseño e implementación de la canasta básica de atenciones en salud.
- La focalización de programas y acciones de salud.
- La reforma del sector de la salud, que comprendía cambio institucional a nivel cultural y la descentralización; la participación social en materia de salud y el reconocimiento de la creciente diversidad de agentes y roles en cuanto al financiamiento, regulación, gestión, y provisión de servicios de salud; el desarrollo de la capacidad de monitorear los perfiles de problemas prioritarios de salud en diferentes sectores sociales y el impacto de las intervenciones sobre las inequidades en cuanto a salud.
- La inversión en recuperación y ampliación de la capacidad instalada del sistema de salud y de la infraestructura sanitaria básica. (OPS/CEPAL, 1991).
- Como lo describe el documento, la focalización, era el mecanismo que posibilitaría que las acciones se concentraran en los grupos más postergados de la población<sup>38</sup>(OPS/CEPAL, 1991).

Los principios de la propuesta eran los siguientes:

---

38 Se entiende por grupos excluidos o postergados aquellos sectores de la población cuyo acceso a la salud a través de los mecanismos regulares de provisión se encuentra obstaculizado por factores de género, etnia, perfil ocupacional y geográficos, para mencionar los principales

- Rol activo del Estado en la formulación e implementación de políticas de salud.
- Conducta pro activa del Estado, esto es, desarrollo de capacidades para conocer el entorno, para monitorear la situación de la salud, evaluar el impacto de las intervenciones y tomar decisiones adecuadas.
- Capacidad de regulación y fiscalización del sistema de salud.
- Transformación progresiva de un enfoque predominantemente curativo a uno preventivo y promocional.
- Creciente protagonismo de la comunidad en las acciones y opciones relacionadas con el cuidado de la salud (OPS/CEPAL, 1991: 56-57).

Lo anterior implicaba disminuir, en la medida de lo posible, la variedad de regímenes de contribución que caracterizaban a los sistemas de seguridad social, combinar lo público y lo privado, así como procurar disminuir los aportes del Estado a la seguridad social para garantizar a los pobres el acceso a la canasta básica.

Las alternativas de financiamiento eran: fortalecer el empleo formal, que mejora las contribuciones obligatorias; incrementar los recursos derivados de la tributación y dedicarlo a indigentes y pobres; mayor disposición de los hogares para asumir pagos; disposición de los grupos solventes para asumir sus gastos de salud; considerar la posibilidad de impuestos específicos para salud; incentivos para la incorporación de los trabajadores informales como contribuyentes; control de costos y considerar la reestructuración del gasto público, modificando los fines tradicionales y reasignarlos al sector.

Con la propuesta de transformación productiva con equidad se aprecia un fuerte viraje de la OPS, que al haber perdido, a finales de la década de los ochenta y principio de los noventa, liderazgo internacional con relación a la creciente importancia del Banco Mundial, busca adecuarse a los requerimientos de ajuste estructural sin perder de vista las especificidades y compromisos éticos y políticos con la salud del continente. A pesar de ello, la postura de la salud como un derecho de ciudadanía se pierde en la propuesta, pues con las medidas diseñadas se fortalece la idea de una ciudadanía regulada, bien por un contrato laboral, por el pago de los gastos en salud o bien por la demostración de las condiciones que no hacen posible ingresar al mercado regulado de la salud. Sin embargo, las propuestas de financiación contemplan la responsabilidad del Estado frente a la política en salud y la priorización del gasto social con relación a otras formas de gastos (por ejemplo el militar), defendiendo una postura que toma distancia de las posiciones más neoclásicas del papel del Estado y optando por el desarrollo de Estados Sociales.

**3.1.4 La propuesta del Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo.** Las propuestas elaboradas desde el BM y el BID ocurren dentro del contexto de crisis económica de los ochenta. El BM que venía ganando liderazgo internacional en salud desde los ochenta, planteó la estructura básica de lo que posteriormente se convertirá en el modelo de la reforma y el BID avanzó en la estructura organizativa del nuevo modelo.

El Banco Mundial planteó como ejes de la reforma de los sistemas de salud cuatro elementos centrales:

*Cobro de aranceles a los usuarios de los servicios de salud:* Una de las principales críticas a los sistemas de salud ha sido el incremento constante de costos en los mismos. Como estrategia para garantizar el control de costos en el sector, se plantea que los usuarios de los servicios sufragan parte de sus gastos y esto a su vez ayuda a racionalizar el uso de los mismos, especialmente en el sector público.

Se cuestionó el enfoque que habían tenido los Estados al considerar la salud como un derecho de ciudadanía y procurar el suministro de servicios universales y gratuitos, esto provocaba, a juicio del BM las siguientes limitaciones:

- Impide que el gobierno reciba recursos por cosas que muchos pacientes están dispuestos a pagar.
- Sobrecarga de los sistemas tributarios.
- Impide reducir los subsidios para los ricos mediante el cobro por ciertos servicios, o mejorar el subsidio para los pobres ampliando otros servicios.

Aquellos servicios que les garantizan beneficios directos a ellos y a sus familias – bienes privados – como por ejemplo el suministro de medicamentos, los procedimientos quirúrgicos, consulta externa y hospitalización, estos aranceles podrían cubrir entre el 15 – 20% de los costos operativos de los diferentes servicios. De acuerdo con el BM no era posible garantizar las metas de salud con las limitaciones presupuestales existentes y, según sus estimaciones, los costos de aranceles para la población no superarían el 1% del ingreso.

Los servicios curativos o bienes privados, representaban entre el 70 – 85% de los gastos en salud de los países en desarrollo. Se estimó que la utilización de los aranceles liberaría recursos equivalentes al 60% de los gastos gubernamentales y estos podrían dedicarse a programas preventivos y de cuidado curativo primario, pues de acuerdo a la argumentación, los recursos gubernamentales de salud terminan favoreciendo a las clases medias y altas, ya que los hospitales urbanos son los que absorben cerca del 60% de los recursos sectoriales.

El desarrollo de este componente requería de servicios de salud asequibles, de calidad razonable y la definición de mecanismos de identificación de la población con menos recursos.

*Provisión de seguros u otra protección frente a riesgos:* como principal mecanismo de financiación para los sistemas de salud se propuso la provisión de seguros de salud, lo que permitiría movilizar recursos para el sector, proteger a las familias contra los costos generados por atenciones y aliviar el presupuesto gubernamental de los altos costos que genera la atención curativa.

Para la eficiencia del sistema de aseguramiento se proponía:

- Alcanzar cobertura obligatoria para los empleados del sector formal.
- Planes obligatorios de seguros que absorban los costos que puedan considerarse catastróficos para una persona y no aquellos con costo pequeño y previsible.
- Pago de arancel de ingreso.
- Competencia entre los proveedores de seguros, ya que esta permitiría mantener control sobre los costos y las primas en niveles bajos.

*Empleo eficiente de los recursos no gubernamentales:* uno de los elementos críticos para el BM era que el Estado, además de pretender la universalidad de los servicios de salud, actuaba como proveedor directo de los mismos, cuando la calidad de los servicios de salud y costos más razonables se obtenían a través de la competencia. Por ello argumentó el fortalecimiento de prestadores privados para la provisión de servicios de salud, lo que permitiría a los gobiernos concentrar sus recursos en programas que beneficiaran a toda la comunidad más que a determinadas personas.

Como mecanismo para el acceso de la población pobre al mercado de salud, se propuso la entrega de subsidios directos, la creación de planes de salud cooperativos administrados por las mismas comunidades o planes de carácter privado con subsidios temporales y apoyo administrativo.

Para mantener el vínculo público – privado y garantizar el control sobre el sector privado, se planteó delegar al Estado el proceso de regulación del mercado de salud, así éste supervisaría y orientaría las actividades prestadas por el sector no gubernamental y sería responsable de proteger a la comunidad de prácticas faltas de ética.

*Descentralización de los servicios de salud gubernamentales:* Como último componente de la propuesta, se plantea la pertinencia de la descentralización como una política para mejorar la eficiencia al aumentar la responsabilidad de los niveles locales. “Descentralización de la planificación, presupuestación y

adquisiciones para los servicios de salud gubernamentales, particularmente aquellos que rinden beneficios privados por los cuales se cobra a los usuarios... Permitir que la cobranza de los ingresos y la posesión de estos se encuentre lo más cerca posible del punto de provisión de los servicios, porque esto mejorará tanto la cobranza de los aranceles como la eficiencia del servicio” (BM, 1987: 703 – 704).

De acuerdo con la propuesta del BM, las funciones de los gobiernos debían guiarse por tres principios que corresponden a la teoría neoclásica:

La concepción de bienes públicos: algunos servicios de salud, tal como la información sobre enfermedades contagiosas y la lucha contra éstas, son denominados bienes públicos, ya que tienen grandes externalidades, su utilización por parte del individuo afecta a los demás miembros de la sociedad. Un ejemplo de ello sería la información sobre la prevención de enfermedades de transmisión sexual, la cual beneficiaría no solamente al ciudadano directamente, sino al conjunto de la sociedad. Este tipo de bienes, generalmente no son asumidos por el sector privado y los ciudadanos, al no ver beneficios directos, pueden no estar interesados en pagar por ellos

La prestación de servicios de salud debía ser eficaz en función de los costos: con relación a la población pobre se considera un método efectivo y socialmente aceptable para reducir la pobreza. En la mayoría de los países se comprendía el acceso a la **asistencia sanitaria básica** como un derecho humano. “Los mercados privados no brindan a los pobres acceso adecuado a servicios clínicos esenciales, ni tampoco los seguros que con frecuencia necesitan para pagar tales servicios. Por lo tanto el financiamiento por el sector público de la asistencia clínica esencial ... puede adoptar varias formas: subvenciones a los proveedores privados y las ONG que prestan servicios de salud a los pobres; vales con los que esas personas pueden pagar a los proveedores que ellos elijan, y prestación a los pobres de servicios de salud en forma gratuita o por debajo de los costos” (BM, 1993: 5).

Implementar medidas gubernamentales para compensar los problemas generados por la incertidumbre y las deficiencias del mercado de seguros: los mercados pueden funcionar deficientemente por las variaciones en los riesgos de salud, el riesgo moral<sup>39</sup> y la asimetría en la información entre médico y paciente. Por lo anterior, los mercados sin regulación pueden generar un incremento en los costos y los gobiernos tienen la obligación de regular el mercado para evitar este riesgo y asegurar una cobertura amplia. (BM, 1987: 699 – 707)

---

39 Riesgo Moral: “los seguros reducen los incentivos para que los individuos eviten riesgos y gastos con un comportamiento prudente, y pueden crear incentivos y oportunidades para que los médicos y hospitales presten a los pacientes más servicios de los que necesitan” (BM, 1993: 5).

Finalmente, la iniciativa del Banco Interamericano de Desarrollo recoge y armoniza los cambios propuestos a los Sistemas de Salud, a través de la estructuración de un modelo, planteado por Julio Frenk y Juan Luís Londoño<sup>40</sup>. Como base para la construcción del modelo se definen las siguientes funciones de los sistemas de salud: modulación, articulación, financiamiento y prestación. La modulación hace referencia especialmente al establecimiento claro de las normas y reglas del sistema y de la participación y articulación de los diferentes actores.

La propuesta de reorganización del Sistema de Salud se denominó Pluralismo Estructurado, se planteó como un punto medio entre los modelos de atomización privada y monopolio de lo público<sup>41</sup>, a través del establecimiento de reglas claras sectoriales que permitían la construcción de un mercado de servicios de salud de carácter regulado. “El concepto de pluralismo estructurado intenta expresar la búsqueda de un punto medio entre los arreglos polares que tanto han dañado el funcionamiento de los sistemas de salud. Pluralismo evita los extremos del monopolio en el sector público y la atomización en el sector privado. Estructurado evita los extremos de los procedimientos autoritarios del gobierno y la ausencia anárquica de reglas del juego transparentes para evitar o compensar las fallas del mercado... Con frecuencia, el dilema real no radica en el hecho de que los servicios sean públicos o privados, sino en quien tenga la soberanía, el proveedor, el asegurador o el consumidor. El pluralismo estructurado alienta una distribución más equilibrada de poder que cualquiera de los modelos polares” (Frenk, 1995: 16).

El modelo propuso la integración horizontal, es decir por funciones, lo que permitía la especialización de roles al interior del sector, así la principal función del Estado era especializarse en la modulación, habrían unos actores especializados en la financiación y articulación, y otros en la prestación de los servicios de salud.

En la propuesta se prioriza un Estado mínimo, que se concentre en el rol de la modulación para definir unas reglas claras de relaciones sectoriales, que prioricen el interés público. Esto implica que las instituciones del Estado dejan de ser productoras directas de bienes y servicios, y se concentran en la dirección estratégica, el establecimiento de normas, catalizador de las actividades privadas y la producción de algunos servicios con altas externalidades, para darle transparencia a los mercados, protegiendo al consumidor y monitoreando y evaluando el desempeño (Frenk, 1995).

Frente a la financiación del modelo se pasaría de los denominados subsidios a la oferta por subsidios a la demanda, es decir, que los recursos “sigan” a los usuarios, lo que implicaba superar la asignación de presupuestos históricos

---

<sup>40</sup> Economistas de la institución.

<sup>41</sup> Los economistas de la institución proponían una clasificación de cuatro tipos de sistemas de salud. público unificado, privado atomizado, contrato público y modelo segmentado (Frenk, 1995).

independientes del desempeño de los servicios de salud, por la búsqueda de consumidores a partir del mejoramiento de la calidad.

Se identificaban tres grupos poblacionales: población por debajo de la pobreza absoluta, generalmente ubicados en áreas rurales y zonas subnormales urbanas; los pobres que corresponden a trabajadores informales urbanos o en áreas peri urbanas, y por último, los trabajadores del sector formal. Concibe que para los más pobres se requiera un paquete de intervenciones esenciales, entendiendo estas como aquellas que son mejor para todos<sup>42</sup>.

Esta nueva universalidad acaba con la promesa de la universalidad clásica y desde esta perspectiva, desconoce el derecho a la salud y el principio de la equidad, de a cada cual según su necesidad y de cada cual según su posibilidad, y mas bien se limita a garantizar la atención de los llamados bienes públicos que generan altas externalidades (aquellos servicios que protegiendo a un individuo protegen al conjunto de la sociedad).

### **3.2 DEBATE NACIONAL FRENTE A LA REFORMA DE LA SALUD**

Para el caso colombiano, el debate sobre el Sistema Nacional de Salud y el Sistema de Seguridad Social en conjunto, se empieza a dar desde finales de la década de los ochenta, en un contexto de crisis económica regional, propuesta de ajuste estructural orientada por el Consenso de Washington<sup>43</sup> y la emergencia de nuevos actores políticos, producto de los procesos de desmovilización de algunos grupos armados en el país, elementos que marcaron el debate.

Uno de los primeros escenarios importantes para éste fue en 1989, en el Foro realizado por la Previsora Nacional: Los Seguros y la Seguridad Social: una Visión hacia el Futuro. Este debate se intensifica a partir de la promulgación de la Constitución Política de 1991 que consagro los principios básicos de la seguridad social y en un artículo transitorio ordenó la creación de una comisión multipartita para proponer al gobierno un proyecto de reforma en seguridad social<sup>44</sup>.

---

42 Intervenciones que sean altamente costo / efectivas.

43 Conjunto de recomendaciones sobre política económica, planteados en 1990 por John Williamson, que implicaba disciplina presupuestaria, reforma fiscal encaminada a buscar bases imponibles amplias y tipos marginales moderados; liberalización financiera, especialmente de los tipos de interés; búsqueda y mantenimiento de tipos de cambio competitivos; liberalización del comercio. Hace referencia a un conjunto de recomendaciones sobre política económica para países en vía de desarrollo; apertura a la entrada de inversiones extranjeras directas; privatizaciones; desregulaciones; garantía de los derechos de propiedad.

44 Constitución Política, Artículo 57: "El Gobierno formará una comisión integrada por representantes del Gobierno, los sindicatos, los gremios económicos, los movimientos políticos y sociales, los campesinos y los trabajadores informales, para que en un plazo de ciento ochenta días a partir de la entrada en vigencia de esta Constitución, elabore una propuesta que desarrolle las normas sobre seguridad social. Esta propuesta servirá de base al Gobierno para la preparación de los proyectos de ley que sobre la materia deberá presentar a consideración del Congreso".

Presentaré la manera como se desarrolló este debate, evidenciando las posiciones y argumentaciones de los distintos actores socio políticos que de una u otra forma participaron en él, no sin antes recordar brevemente el contexto que vivía el país a finales de los ochenta y principios de los noventa.

**3.2.1 Contexto nacional: los noventa.** La década de los ochenta, denominada en la región como la década perdida, está marcada por una importante crisis económica. Colombia, al igual que en el resto de Latinoamérica, se suma a la crisis económica y a la implementación de las llamadas políticas de ajuste estructural (con sus particularidades y especificidades). Aunque la dimensión de la crisis fue menor comparativamente con los otros países vecinos, esta impactó la vida nacional. Algunos de los elementos que visibilizaron la crisis económica fueron: la caída de los precios del café (Ocampo, 2007), el incremento del desempleo urbano, la pérdida de la participación del gasto social (Sarmiento, 1993), el incremento de la deuda externa que llegó a 13.400 millones de dólares a finales del gobierno de Belisario Betancourt (OPS, 2002).

Algunos periódicos, de amplia circulación nacional, presentaban el liderazgo que había asumido el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional en el control de la llamada crisis de la deuda externa y, la necesidad de que la región avanzara en la reestructuración de sus economías para volverlas más competitivas; para ello era necesario controlar la inflación, reducir el déficit fiscal, abandonar las estrategias rígidas de desarrollo, promover las exportaciones y la inversión extranjera, reducir la intervención del Estado, abrir los mercados domésticos a las importaciones mediante la reducción de la protección arancelaria y no arancelaria y mantener competitiva la tasa de cambio (El Tiempo, 16 diciembre de 1990: 12a).

A su vez, el país entraba en un proceso de modernización del Estado, a través de la supresión, fusión y reestructuración de sus instituciones. En 1992 específicamente, el Gobierno de Gaviria expide un primer conjunto de decretos, con los cuales se materializa el proceso de modernización e implica la salida de por lo menos 25000 trabajadores del sector público (El Tiempo, 20 de diciembre de 1992: 8a). La etapa inicial de este proceso tenía un costo aproximado de \$ 50000 millones de pesos, de los \$95000 millones previstos (El Tiempo, 31 de diciembre de 1992: 3a).

El contexto político era bastante complejo. Durante la década de los ochenta se da un proceso de coordinación de los diferentes grupos armados que confluyen en la Coordinadora Guerrillera Simón Bolívar y paralelamente se hacen esfuerzos por firmar la paz. Finalmente, en el Gobierno del Presidente Virgilio Barco, el M – 19 se desmoviliza y entra a formar parte de la estructura política del país, a su vez este proceso implica la apertura de canales políticos en la sociedad colombiana. La participación de este grupo en el Gobierno del Presidente César Gaviria a

través del Ministerio de Salud, es sin duda un elemento que matiza la reforma del Sistema Nacional de Salud o por lo menos la aplaza. Pero la gran transformación política de la década de los noventa es la convocatoria a la Asamblea Nacional Constituyente.

Paralelamente, se generaliza la violencia relacionada con el narcotráfico, así como la llamada guerra sucia. Entre 1988 y enero de 1989 ocurren más de 80 masacres (Valencia, 1998: 49), éstas habían pasado de ser aparentemente un asunto marginal para ubicarse en el centro del debate, el asesinato del Ex Ministro de Justicia Rodrigo Lara Bonilla y del Ex candidato Presidencial Luís Carlos Galán por parte del cartel de Medellín, mostraban el avance y la capacidad de terror que podía generar el narcotráfico. Así mismo, los secuestros de los periodistas Diana Turbay y Francisco Santos, con el fin de presionar por la supresión de la extradición a los Estados Unidos, marcaban un escenario de miedo y debilitamiento de las frágiles estructuras del orden social colombiano.

En las elecciones para la Asamblea Nacional Constituyente, realizadas el 9 de diciembre de 1990, el abstencionismo llegó al 72%, la mayor votación la obtuvo el partido liberal, seguido de la AD – M 19 que obtuvo el 26.82% de los votos, el Movimiento de Salvación Nacional tuvo el 15.68% de la votación. Adicionalmente, por primera vez participaban representantes de las negritudes, comunidades indígenas y grupos religiosos diferentes a los católicos (El Tiempo, 16 diciembre de 1990: 3a). Si bien, no se presentó una predominancia absoluta de ninguna de las fuerzas políticas del país, la nueva Constitución abrió un camino de mayor inclusión política y social al definir a Colombia como un Estado Social de Derecho y con una democracia participativa.

De acuerdo con Ocampo, el periodo transcurrido a partir de 1980 se caracteriza por un cambio profundo en las relaciones entre el Estado y la economía y, por la transformación de las estructuras productivas y las formas de inserción de nuestro país en la economía internacional. Estos procesos se han desarrollado en medio de una tensión existente entre dos concepciones de Estado. De un lado, posiciones que abogan por eliminar la intervención del Estado en lo económico y que su papel sea estimular la competencia para mejorar la eficiencia e incrementar el crecimiento económico. Y, de otro lado, una contradicción con la Constitución de 1991, que reclama “más Estado como mecanismo para superar la crisis social e institucional” (Ocampo, 2007: 342).

De acuerdo con el profesor Kalmanovitz (2001), el poco desarrollo de una economía capitalista y la situación de violencia del país, se podrían explicar como producto del desarrollo inconcluso o insuficiente de importantes instituciones como la justicia. Es común en el país que muchos agentes no cumplan las reglas establecidas – altos niveles de impunidad, se toleran fenómenos como el contrabando y el narcotráfico, corrupción – lo que provoca incertidumbre entre los actores económicos. El sistema político clientelista, no permite a los ciudadanos

supervisar como se gastan los impuestos, hay restricción para la participación democrática y hay escaso desarrollo de una cultura de lo público. Según el investigador, estos son elementos que no han permitido la construcción completa de un Estado moderno en nuestro país.

De otro lado, la situación de salud a principios de la década de los noventa era delicada. La epidemia del cólera, la cual había azotado a otros países de la región, encontró en las malas condiciones de vida un escenario privilegiado para su propagación; el incremento de patologías como la leishmaniasis, tuberculosis, SIDA y malaria; la crisis de la red pública y la baja asignación presupuestal, estuvieron presentes permanentemente en el escenario del debate sobre la seguridad social en salud y específicamente sobre la reforma de la salud.

Las diferentes posturas frente al papel del Estado en la seguridad social, se empiezan a visibilizar al interior de la Comisión V de la Asamblea Nacional Constituyente ANC, responsable del debate sobre la salud. Si bien inicialmente la Comisión presentó a la plenaria de la ANC una propuesta que incluía la seguridad social y la salud como derechos de los ciudadanos (Gaceta Constitucional, 1991), también es evidente que la Comisión no logró avanzar en acuerdos definitivos, pues delegó la responsabilidad en una Comisión Transitoria que debía elaborar las normas sobre la seguridad social, las cuales serían insumos para que el Congreso de la República elaborara las Leyes correspondientes.

Sin embargo, la ANC deja planteado un debate a través de los artículos 48 y 49. En el artículo 48 declara la Seguridad Social como un derecho irrenunciable de todo ciudadano y, de otro lado, en el artículo 49, define la salud como un servicio público a cargo del Estado y no como un derecho, plantea que su organización debe hacerse con base a los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia. Si bien dejaba sentada algunas bases para el debate posterior, no se logra un consenso que permita una mayor claridad en el mismo.

En medio de este contexto, el reto que tenía la reforma al sistema de seguridad social en salud es garantizar que ésta apunte a fortalecer los procesos de acumulación capitalista de un lado, pero de otro, aporte a construir condiciones de legitimidad política que garanticen a la sociedad colombiana el fortalecimiento de las relaciones sociales y el mantenimiento del orden establecido, en un escenario de reciente incorporación de nuevos actores políticos, fuerzas sociales, de transformación del contrato social hecho a través de la ANC y de deterioro de las condiciones económicas para una parte significativa de la población.

**3.2.2 Sobre el análisis de la situación de salud y seguridad social.** No es posible separar, en el país, el debate sobre el sistema de salud del debate sobre el sistema de pensiones y en general sobre la seguridad social, pues ambos se encuentran íntimamente vinculados y mutuamente determinados.

La situación, tanto de salud como de pensiones, era difícil en el país. Algunos de los elementos centrales de dicha situación y que protagonizaron el debate fueron:

**Bajas coberturas de la seguridad social.** Uno de los puntos más críticos que se expuso durante el debate fue la baja cobertura de la seguridad social en el país. Se estimaba que llegaba al 18%, encontrándose por debajo de países con ingreso per cápita semejante. En 1980 el país ocupaba el 13 lugar en cobertura poblacional, por debajo de países como Bolivia, Paraguay y Perú, el lugar 22 de cobertura de población económicamente activa y el lugar 9 de ingreso per capita (Rodríguez, 1992: 29).

La baja cobertura se explicaba por la composición de la fuerza laboral, pues se estimaba que la población asalariada del país era del 54%, con altos índices de evasión, pues sólo la mitad de los empleados se encontraban efectivamente afiliados a la seguridad social. Así mismo, las coberturas eran diferenciales según ramas de la producción: el 99% de los empleados de los servicios públicos se encontraban afiliados a la seguridad social en tanto para las otras ramas el comportamiento era el siguiente: 47% de trabajadores de la manufactura, 28% de trabajadores de transporte, 27% de los trabajadores del comercio, 25% de los trabajadores de la construcción, 6% de trabajadores agropecuarios y 6% de los trabajadores de actividades extractivas (Rodríguez, 1992).

El afiliado típico era un hombre en edad productiva, con ingreso relativamente alto, residente de las grandes ciudades y con acceso tanto a servicios públicos como sociales; este fue, durante los debates, un fuerte argumento. Se planteaba que los recursos de la seguridad social excluían fundamentalmente a la población más pobre y vulnerable y, por lo tanto no cumplían con el papel redistributivo que se les asigna (Rodríguez, 1992).

Existían otras interpretaciones sobre el problema de las bajas coberturas, especialmente frente al seguro social, el equipo asesor del ISS, coordinado por Jorge Michelsen y Mauricio Restrepo, planteaba que la falta de expansión de la seguridad social se debía a factores relacionados directamente con el ISS, tales como la falta de credibilidad, la cobertura geográfica limitada (268 de los 1009 municipios del país); y a las condiciones socio económicas de las pequeñas empresas y las restricciones de carácter legal, que impedían una flexibilidad frente a las cotizaciones y riesgos cubiertos (ASCOFAME, 1993).

Además del problema de la cobertura de la seguridad social, en conjunto las coberturas de salud también eran bajas, fuera del 18% de población cubierta por la seguridad social, se estimaba que el 7% de los habitantes podían acceder a servicios de medicina privada y el 32% aproximadamente era atendido por el

Ministerio de Salud, a través de la red de hospitales públicos y de beneficencia que operaban.

Sin embargo, la distribución de los recursos existentes se caracterizaba por falta de solidaridad en la asignación, pues “cerca de la mitad de los gastos eran canalizados a través de las entidades de seguridad social, que cubren en forma integral al 20% de la población y la otra mitad es realizado por el subsistema oficial que tendrá responsabilidad sobre el 70% restante de la población” (Ministerio de Salud, 1994: 9). Esta situación daba origen a iniquidades, subsidios cruzados entre la seguridad social y la red pública hospitalaria y a exclusión de grandes grupos poblacionales.

**Fragmentación de la seguridad social.** El panorama de fragmentación de la seguridad social presentado en la exposición de motivos del proyecto de Ley 248, era dramático, planteaba que la seguridad social se encontraba dispersa en múltiples instituciones: cajas de cobertura nacional 12, cajas de carácter departamental 20, entidades de previsión municipal 994, cajas de los territorios nacionales 9, cajas universitarias 4 y el Instituto de Seguro Social (Araujo, 1992).

Así mismo, el Sistema Nacional de Salud estaba conformado por tres subsistemas con baja coordinación: el subsistema de seguridad social, la medicina privada y la red pública. Esta situación no permitía la definición de una política común, limitaba el desarrollo tecnológico, incrementaba innecesariamente los costos, duplicaciones e ineficiencias, se daban formas de contratación y remuneración diferentes y frecuentemente discriminatorias entre los distintos subsectores; y lo más grave, falta de equidad en el financiamiento y en el acceso a los servicios. Los recursos se concentraban en pocos grupos poblacionales, incrementando las iniquidades en salud y la deslegitimidad del sistema (ASCOFAME, 1993).

**Déficit presupuestal en la red pública y déficit actuarial en pensiones.** Uno de los problemas más debatidos durante el proceso de reforma a la seguridad social, fue el déficit actuarial. El proyecto inicial que dio origen a los seguros económicos contemplaba incrementos quinquenales de los aportes y se esperaba que para 1992 fueran del orden del 18% (Rodríguez, 1992), sin embargo esto no se había dado. Otro elemento que se sumaba a la crisis era el fenómeno de transición demográfica, lo que provocó que en el periodo comprendido entre 1986 y 1990, el número de pensionados por invalidez, vejez y muerte se hubiera incrementado en un 11.3% anual en tanto que los afiliados lo hicieron al 6.5%.

En conjunto, las entidades de seguridad social no contaban con reservas para el pago de pensiones, con excepción del seguro social, pero estas eran insuficientes. Existía una gran coincidencia en la lectura que se hizo por parte de todos los actores de las enormes dificultades económicas que tenía el/los sistemas

pensionales del país, “solo hay un punto de consenso sobre el sistema de pensiones del ISS: es insostenible en las condiciones actuales. La tasa de cotización del 6.5% es totalmente insuficiente para cubrir las pensiones de los jubilados actuales y menos aún para crear reservas con miras a asegurar las pensiones de las generaciones futuras. Las reservas necesarias para cubrir las obligaciones del ISS con uno y otros deberían estar en \$7.7 billones, que equivalen a un 24% del PIB del presente año” (El Espectador, 16 de febrero de 1992: 2b).

De otro lado Cajanal no contaba con reservas para la atención a sus afiliados, como aparece en un titular de una noticia: “Cajanal no tiene ni siquiera reservas” el gobierno tiene que transferir el 85% de los recursos que se requieren para el pago de pensiones (El Tiempo, 2 octubre de 1991: Primera Pagina).

Así mismo, la crisis financiera de la red pública era parte de la cotidianidad del país. Durante el periodo comprendido entre diciembre de 1990 y diciembre de 1993, se registraron, en el periódico El Tiempo, problemas financieros en la red pública de los departamentos de: Boyacá, Norte de Santander, Cauca, Santander, Meta, Caldas, Guajira, Atlántico, Antioquia, Bolívar, Casanare, Quindío y Bogotá y en varios momentos se planteó un potencial colapso de la red hospitalaria.

En conjunto, el panorama financiero en salud de la época se empeoraba por los continuos fraudes al ISS, la evasión de aportes y las irregularidades en la entrega de los recursos para salud por parte de las loterías y las licorerías.

**Corrupción e ineficiencia administrativa.** Durante el debate nacional fue muy fuerte la evidencia de corrupción<sup>45</sup>, tanto en el ISS, Cajanal, como en el manejo de los recursos en la red pública. Durante el periodo el Ministro de Salud, Camilo González Posso, lideró una campaña de moralización en la red pública; operación limpieza fue la campaña que presentó la Presidenta del ISS Cecilia López Montaña y el Fondo Nacional Hospitalario implemento proyectos de veedores ciudadanos sobre las inversiones en salud. Así mismo, la Superintendencia Nacional de Salud anunciaba el fortalecimiento de los mecanismos de control interno en todas las instituciones del ramo.

El Ministro de Salud planteaba que los recursos totales usados por el país, para la atención de la salud, serían suficientes para lograr coberturas cercanas a la universalidad, “Hay recursos para la salud, pero la ineficiencia y la decidia impiden que lleguen a la población. Para atender los 6 millones de familias colombianas se requieren \$600 mil millones de pesos. En la actualidad los dineros del sector suman \$680 mil millones y se atiende solo a una pequeña parte de la ciudadanía,

---

<sup>45</sup> La corrupción como un fenómeno que hace uso de la “cosa pública” para el uso privado, configurando un escenario de ilegitimidad de las instituciones estatales.

el 30% de los pobres no tienen ningún tipo de protección” (El Tiempo, 18 de diciembre de 1991: 10c).

Como causas de la ineficiencia en la utilización de los recursos se identificaban: existencia de monopolios, falta de control de los usuarios, centralismo, gran tamaño de las entidades, subsidios a la oferta de servicios y burocratización de los mismos. Adicionalmente se presentaba subutilización de los niveles I y II de atención y la sobreutilización del nivel III de complejidad en el sector público, así como la sobreutilización de servicios como la consulta externa en las instituciones de la seguridad social y medicina privada.

**Calidad inadecuada de los servicios.** Otro argumento fuerte para la reforma de la seguridad social fue la mala calidad de los servicios brindados, lo que se evidenciaba por: largas colas para acceder a los servicios asistenciales en el Seguro Social, falta de oportunidad en la atención en toda la red pública, entre otros.

Sumado a lo anterior se hace una fuerte crítica al modelo de atención. Se argumentó que era fundamentalmente patocéntrico<sup>46</sup>, priorizaba la atención curativa y hospitalaria, limitando las acciones para controlar los llamados factores de riesgo, el autocuidado, etc. Se carecía de sistemas de evaluación de la calidad de la atención y el usuario no contaba con instrumentos ni información suficiente y adecuada para controlar la mala práctica y valorar las intervenciones de las cuales era objeto. Adicionalmente se planteó que existía un estancamiento en el desarrollo tecnológico del país.

**La existencia de poblaciones cautivas.** Finalmente, la última crítica importante al sistema de salud y de seguridad social era la forma de asignación de recursos, tanto en el sector público<sup>47</sup>, como para las instituciones de seguridad social. Esta se hacía de acuerdo a la población asignada, que según los argumentos, no permitía incentivar la eficiencia ni el mejoramiento en la calidad, así lo manifestó Luís Fernando Duque Ramírez: “Una de las características del sistema de servicios de salud en Colombia, de la cual se habla poco, es la de su condición de sistema con poblaciones cautivas. Los afiliados al ISS son cautivos del mismo, tienen que ir a sus consultorios. Los afiliados a la Caja Nacional de Previsión, son cautivos de esta. Las personas carentes de recursos económicos, son cautivas de los centros de salud y de los hospitales del Estado, porque no pueden ir a otra parte.” (La Previsora, 1989:144).

---

46 Hace referencia a que el modelo de atención está más centrado en la atención a la enfermedad que en acciones que apunten a la salud de las personas – promoción y prevención.

47 Esto se ha denominado subsidio a la oferta.

Adicionalmente, se asumía que esta connotación de poblaciones cautivas no ayudaba a mejorar la eficiencia institucional, pues se generaron subsidios cruzados desde la asistencia pública hacia la seguridad social, “el ISS atiende en hospitales públicos y fundaciones el 24% de los servicios con solo el 9.5% del presupuesto” (Cárdenas, 1992: 21).

Con esta lectura de la situación de la salud y la seguridad social se planteó, no sólo como necesaria sino urgente, la reforma al ISS y a la salud. Inicialmente el mayor énfasis se ubicó en el debate sobre la financiación del sistema de pensiones, sobre todo por la fragilidad financiera del mismo y su inminente crisis. Según noticias de la época la situación del sistema pensional podía ser comprendida como una verdadera “bomba de tiempo” (El Tiempo, 30 de junio de 1991: 1c).

El asunto de fondo era ¿cómo avanzar en la reforma a la salud y la seguridad social en un contexto de ajuste estructural, ampliación de la participación política, sin qué esto representará pérdida de la legitimidad y al contrario ayudara a fortalecer la gobernabilidad en el país?.

**3.2.3 Plan del Gobierno del Presidente Gaviria: Apertura de la salud.** El Gobierno del Presidente César Gaviria presentó al país un plan de desarrollo orientado a la apertura de la economía nacional y su modernización, con incremento de la participación de inversión privada y con “innovadoras” estrategias para el gasto social a través de la focalización. Durante su Gobierno el componente de salud se materializó a través del Plan de Apertura de la Salud.

En la primera mitad del Gobierno, el Ministerio de Salud estuvo en cabeza del M – 19, inicialmente con la presencia de Antonio Navarro – quien se retira para participar de las elecciones a la ANC – y posteriormente con Camilo González Posso, que permaneció al frente del mismo durante la primera etapa del debate. La presencia del M – 19 en el Ministerio le da a éste un matiz, en primer lugar, por el trabajo alrededor del acceso al agua potable y, en segundo lugar, un despliegue de la estrategia de Atención Primaria en Salud, que era uno de los objetivos del Plan de Salud.

El plan de desarrollo planteaba como objetivos: mejorar la respuesta de los niveles I de atención a través de APS; reformas institucionales que permitieran servicios eficientes, universales y de buena calidad; municipios y departamentos que asumieran responsabilidad en la dirección, prestación y financiamiento de los servicios de salud; mejorar la gestión y administración de las instituciones para aumentar su eficiencia y uso racional de recursos; aumentar la disponibilidad y calidad de medicamentos esenciales; promover una cultura que estimule cambios en los estilos de vida; fomentar la participación comunitaria en la gestión de las instituciones de salud y mejorar la administración financiera para el sector. Dichas

acciones se desarrollaran con esquemas de medicina prepagada, subsidios a la demanda y criterios de equidad y de redistribución social” (República de Colombia/ DNP, 1991:12).

Dentro de los programas planteados se hizo especial énfasis en el mejoramiento de la eficiencia a partir del fortalecimiento de la descentralización, financiamiento y especialización del Ministerio; programa de sistema de atención de medicina prepaga para subsidiar la demanda de la población de menores recursos y el programa de modernización de la gestión.

Dentro de los lineamientos del plan de salud del gobierno podemos evidenciar claramente algunos de los principales derroteros de la reforma sectorial: focalización, transformación de subsidio a la oferta por subsidio a la demanda, mejoramiento de la gestión en las instituciones de la red pública y de la seguridad social y especialización del ministerio.

#### **3.2.4 El debate en la comisión transitoria de reforma a la seguridad social.**

Después de concluir el trabajo de la Asamblea Nacional Constituyente en julio de 1991, se da inicio al trabajo de la comisión transitoria, la cual comenzó a funcionar el 24 de septiembre de 1991, en ella participaron representantes del gobierno, los sindicatos, los gremios, los movimientos políticos y sociales (Ver Anexo No 1). Las tareas de la comisión fueron divididas en cuatro áreas de análisis: organización, administración y financiamiento de la seguridad social; salud integral, enfermedad general y maternidad, accidentes de trabajo y enfermedad profesional; recreación, asignaciones familiares, abandono del menor y los ancianos y seguros de desempleo y régimen de seguros obligatorios y prestaciones económicas: invalidez, vejez y muerte.

La comisión sesionó hasta finales de enero de 1992. La subcomisión de salud estuvo integrada por:

- León Darío Montoya por la Sociedad de Agricultores de Colombia
- Efrén Escobar por la Confederación General de Trabajadores CGT
- Apecides Alviz por la Confederación de Trabajadores de Colombia CTC
- Germán Bula Escobar por la Asociación Colombiana de Pequeños Industriales
- Antonio Yepes Parra por el Partido Liberal
- Guillermo Olano por el Ministerio de Salud
- Nelcy Paredes por el Departamento Nacional de Planeación

Como se dijo previamente la Constitución, con su nuevo ordenamiento jurídico, institucional y social del país deja planteada una situación que era necesario conciliar: de un lado la definición de la salud como un servicio público y, de otro

lado, la consideración de la seguridad social como un derecho. Para el caso específico de salud, la propuesta debía enmarcarse en los principios de solidaridad, universalidad y eficiencia.

Si bien, los principios clásicos de solidaridad y universalidad son orientadores de los sistemas de salud y seguridad social; el principio de eficiencia, planteado en el marco de la modernización de los estados, resulta un asunto nuevo. Esto implicaba que la implementación del sistema debía garantizar tanto la calidad en los servicios entregados, como el ahorro en los mismos. Así mismo el principio de eficiencia orienta sobre la necesidad de avanzar en la capacidad de gestión y gerencia de las instituciones del sector, asunto que ya había sido planteado en el plan de salud del gobierno.

A nivel de la comisión, el debate se centró inicialmente en el concepto de seguridad social, en este se empieza a evidenciar los diferentes enfoques existentes, el Ministro de Trabajo Francisco Posada de la Peña planteaba “el término de seguridad social se refiere a una serie de mecanismos mediante los cuales los individuos y, por lo tanto la sociedad, adquieren la certeza de que su forma y calidad de vida no se vean afectadas y menoscabadas por ciertas eventualidades, contingencias y siniestros que pueden ocurrir a lo largo de su ciclo vital y que tienen siempre un costo o implicaciones económicas” (Citado en: Cárdenas, 1992: 19).

Mientras que la subcomisión responsable de definir las pautas generales afirma que la seguridad social es un “sistema a través del cual el Estado y la sociedad adoptan mecanismos... de protección... contra las contingencias que menoscaban la calidad de vida” (Citado en: Cárdenas, 1992: 20).

Lo que se encuentra en el corazón del debate, más que un problema técnico, es una discusión política sobre el rol del Estado frente a la seguridad social y con ello frente a la protección de las contingencias que puedan menoscabar la calidad de vida de los afiliados. La diferencia significativa es que la propuesta conceptual del Gobierno delega la seguridad social en los individuos y los mecanismos contruidos por la sociedad, dejando a un lado la responsabilidad explícita del Estado y sus instituciones, lo que es cercano a las propuestas de reducción del Estado; en tanto la comisión involucra desde la misma conceptualización al Estado, que junto a la sociedad construye y garantiza los mecanismos de seguridad social.

En reunión del 5 de noviembre se llega a un acuerdo sobre la definición de la seguridad social: “la seguridad social es un mecanismo a través del cual el Estado y la sociedad adoptan mecanismos para establecer una política de protección para la población contra las contingencias que menoscaban la calidad de vida,

especialmente la salud y la capacidad económica”<sup>48</sup>, en esta definición podemos ver la construcción de un acuerdo que logra que el Estado continúe con responsabilidades explícitas en la protección de los ciudadanos frente a contingencias, especialmente económicas y de salud.

Frente a la definición de acuerdos para la reforma a la seguridad social la comisión estudio las propuestas que se habían presentado:

- De la Federación Médica: “Propuesta de la Federación Médica Colombiana sobre la Seguridad Social” incluida en el acta de octubre 8 de 1991.
- De la CUT: “Proyecto de un Modelo de Seguridad Social” incluida en el acta 5 de octubre 9 de 1991.
- De Álvaro Cardona, delegado de la Unión Patriótica: “Propuesta de Organización de la Seguridad Social en Colombia” y un cuadro que esboza “El sistema único descentralizado de seguridad social – matriz de responsabilidades de seguridad social”.
- De Cecilia López: “La reforma de la seguridad social: algunas de las implicaciones macroeconómicas”.
- Del DNP: “Propuesta de Organización del Sistema de Seguros de Salud en Colombia”.

El debate público frente al tema de la seguridad social fue intenso durante el segundo semestre del 1991, el Ministro de Trabajo presentaba ante la opinión pública, la crítica situación de la seguridad social, así: “la seguridad social en Colombia afronta una crisis preocupante. Las instituciones presentan una disminución de su capacidad financiera para enfrentar las obligaciones existentes... proliferan las cajas de previsión social, los regimenes son diferentes, la edad de jubilación y los tiempos de servicios varían en cada entidad sin apego a ningún criterio unificado” (El Tiempo, 16 de agosto de 1991: 2c).

Tras el debate, la subcomisión de salud de la Comisión Constitucional de Seguridad Social, entrega un memorando al Ministro de Trabajo y Seguridad Social el día 5 de diciembre de 1991 con las siguientes conclusiones (Cárdenas, 1992: 221 – 227):

- Definir un modelo de atención que se considere el más adecuado para las condiciones concretas de Colombia.
- Separar tanto la administración como la prestación de seguros económicos y los servicios de salud.
- Empresalización de las entidades prestadoras de servicios de salud, de manera que se avance a la autonomía administrativa y financiera para poder competir en un escenario de eficiencia y calidad.

---

<sup>48</sup> Contendida en el Acta 10 de noviembre 5 de 1991, disponible en el Ministerio de Trabajo.

- Organizar un Sistema Nacional de Seguros de Salud que debía ser integral, unificado, descentralizado, participativo, con cobertura universal, con administración gerencial, eficiente y eficaz, que ofrezca servicios de calidad y haga un manejo racional de la demanda.
- Garantizar aportes estatales con el fin de subsidiar servicios para aquellos grupos poblacionales que no tienen ninguna capacidad de pago.
- Reorganizar las entidades públicas prestadoras de servicios de salud para que se consolide un sistema único oficial de atención en salud.
- Definir una política de salud única y que obedezca a definiciones de un solo organismo gubernamental para evitar contradicciones y dualidades.
- Definir una política nacional de medicamentos.

Las recomendaciones de la comisión intentan ser síntesis de la discusión adelantada e integrar, en el corazón de la misma, los principios definidos por la Constitución: solidaridad (manteniendo los aportes estatales), universalidad a partir de la ampliación de las coberturas y, eficiencia con la separación de los riesgos y la empresalización de las entidades prestadoras de servicios de salud. Sin embargo, la conclusión más contundente que se percibe es la de reorganizar un sistema único oficial de atención en salud, cercano a la propuesta presentada por el Ministerio de Salud que en ese momento se encontraba en manos del M - 19. Esto fue percibido por el entonces Viceministro de Salud quien afirma “Esta comisión concluye que la mejor propuesta es la del Ministerio de Salud y recomienda su aprobación” (Agudelo, 2006: 2).

**3.2.5 El debate y su resolución: 1991 – 1993.** En el transcurso inicial del debate sobre la reforma a la seguridad social, fue muy claro que el Gobierno no tenía una posición unificada, de un lado, se encontraba la propuesta del Departamento de Planeación Nacional y, de otro lado, la del Seguro Social y el Ministerio de Salud, el presidente Gaviria, ante la imposibilidad de lograr una posición unificada frente a la reforma decide frenarla y autoriza la reestructuración del ISS (El Tiempo, 17 de febrero de 1992: primera página).

¿Qué ocurrió al interior del Gobierno y cómo participaron los diferentes sectores de la discusión de la reforma?, ¿cuál fue la capacidad de incidencia?. A continuación intentaremos mostrar los actores y sus posiciones.

**La palabra de los técnicos. Un saber racional en busca de legitimidad.** El saber técnico gana cada vez más poder en la sociedad contemporánea, la complejidad de los procesos administrativos y de la gestión pública, en aras de la eficiencia y la racionalidad, entregan constantemente más espacios decisorios a los “técnicos”, en ocasiones por encima de los poderes políticos. El país, que se ha caracterizado por un manejo clientelista, en esta etapa incursiona con unos

actores nuevos en el panorama nacional, un conjunto de profesionales jóvenes, de las áreas económicas, formados principalmente en la Universidad de los Andes y con postgrados en Estados Unidos. Este conjunto de jóvenes tecnócratas jugó un papel central en la reforma sectorial de los noventa.

El debate, como dijimos se inició a finales de la década de los ochenta y se hizo mas fuerte a principios de los noventa, logró ubicarse en la agenda pública a través de los medios de comunicación. En ese momento el Ministerio de Salud se encontraba en cabeza del M – 19, el ISS estaba dirigido por una economista del partido liberal, Cecilia López de Montaña, y una joven generación de técnicos se encontraban en DPN, en cabeza de Armando Montenegro su Director Nacional, el Subdirector Nacional Juan Luís Londoño de la Cuesta, personaje poco reconocido aún en el escenario público (Camacho, 2006).

La discusión en el ISS estuvo liderado por Cecilia López<sup>49</sup>, planteaba que el problema de la seguridad social vigente en Colombia era su baja cobertura, provocando iniquidad, solidaridad restringida, paralelismo con el sector público y estratificación en la calidad de los servicios (Cárdenas, 1992).

Las principales conclusiones de la comisión asesora del ISS (Cárdenas, 1992: 47 – 48) fueron:

- El problema identificado para el logro de la universalidad era fundamentalmente de orden técnico y político y no del orden financiero o Constitucional.
- La solución del problema de la universalidad requeriría de una reorganización general de la seguridad social, de manera que se fortalecieran sus elementos dinamizadores y se superarán los obstáculos.
- Se requería separar los seguros de salud y pensiones, pues obedecían a principios diferentes.
- Existía consenso sobre la necesidad de diseñar un seguro universal de salud, como la principal alternativa para mejorar la cobertura y la financiación.
- Sin embargo, se requería la unificación del régimen de seguro social de salud e implementar diversidad de técnicas, métodos y estrategias para captar la afiliación.
- La reforma debía orientarse a resolver la baja cobertura y diseñar, por anticipado, la solución de los principales problemas que enfrentan los sistemas de seguridad social con alta cobertura, especialmente los altos costos y la ineficiencia.
- Para el sistema de pensiones, la directora del ISS, proponía básicamente el incremento en la edad de pensiones a 60 años para las mujeres y 65 años

---

<sup>49</sup> Además contaron con el apoyo de un equipo asesor, coordinado por Jorge Michelsen y Mauricio Restrepo, los cuales exploran las causas de la no expansión de la seguridad social.

para los hombres, así como un incremento gradual de los aportes en los siguientes cinco años (El Tiempo, 24 de agosto de 1991: 2c).

La propuesta del ISS, presentada a la comisión transitoria, proponía avanzar de un sistema de seguro social, que otorgaba beneficios a partir de un vínculo laboral, a uno de seguridad social que involucrara a todos los ciudadanos y, por lo tanto, es una propuesta de ampliación de la ciudadanía social. Como mecanismo de implementación se soportaría en un seguro de salud de carácter público y de afiliación obligatoria, la financiación correspondía a tres fuentes: contribuciones ligadas al nivel de ingreso, por nominas para los asalariados e independientes o fijas para los trabajadores informales; y el subsidio a la demanda para los indigentes. Además contemplaba planes complementarios voluntarios cuya financiación sería individual, con primas ligadas al riesgo.

Para la prestación de los servicios de salud, coincidían con la propuesta de Planeación Nacional. Se abogaba por la creación de un régimen de mercado, bajo el principio de libre elección por parte de los usuarios. Para la administración se contempló una entidad nacional de solidaridad, responsable de reagrupar riesgos, asegurar las eventualidades catastróficas, actuar como centro de información y llevar la actuaría del sistema y, para su operación existirían agencias descentralizadas.

La propuesta del Ministerio de Salud ponía sobre la mesa del debate el Servicio Nacional de Salud – SESANA – que, partiendo de valorar la historia del Sistema Nacional de Salud y algunos de sus principales desarrollos, reconocía la importancia de un proceso de innovación: “esta su historia como organización centralizada, útil en su contexto, que en su etapa anterior se consolidó, igual que en otros países de la región, como un sistema con múltiples esquemas de servicios, fragmentado por clases sociales, estratos de ingresos y con diversas clientelas institucionales. Este sistema cumplió su papel y ha llegado a la crisis y al momento de renovación” (Cárdenas, 1992: 115).

De hecho, los avances del proceso de descentralización, producto de la implementación de la Ley 10 de 1990, presionaban para que el SNS se pusiera en “armonía con el nuevo contexto” (Agudelo, 2006), evidenciando aún más la importancia de un proceso de ajuste coherente con los nuevos requerimientos de modernización del Estado.

En términos generales, la propuesta presentada coincidía con la posición del seguro social: separación de las prestaciones de seguros económicos, de la financiación y prestación de servicios de salud; organización de una estructura flexible y competitiva en un mercado regulado y establecimiento de un sistema de

afiliación universal con subsidio calificado<sup>50</sup>. La financiación se haría vía fiscal, pero en un primer momento se podía financiar con los aportes del Estado – por medio de subsidios – y de las personas con criterios de solidaridad y equidad.

Desde el Ministerio de Salud se planteó un debate con el enfoque privatizador del DNP, al considerar que la rentabilidad privada no era coherente con el principio de solidaridad y que medidas privatizadoras podrían ser negativas para disminuir las desigualdades sociales y no llevarían a la cobertura universal.

En la propuesta presentada, las características del seguro de salud eran: afiliación universal, progresiva, solidaria y garantizada por el Estado, la validez del seguro sería de carácter nacional y debía procurar la cooperación entre el sector público y privado. El paquete básico de servicios incluía promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Las agencias serían: una agencia de seguro de salud nacional y las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Las dos propuestas anteriores no presentan grandes diferencias, “eran propuestas muy parecidas, con un enfoque más social, público y participativo, y su diferencia radica básicamente en el lugar de la dirección, para los seguros en cabeza de ellos y para el Ministerio, en la suya” (Agudelo, 2006).

El Departamento Nacional de Planeación (Cárdenas, 1992) presentaba la propuesta oficial del Gobierno, cuyo núcleo era la configuración de un mercado regulado de servicios de salud a partir de la universalización del aseguramiento, partiendo del enfoque de riesgo de salud. Los riesgos en salud en general son difíciles de prever, pueden generar costos onerosos para el individuo y la familia y la probabilidad de ocurrencia, para una población determinada, se pueda estimar. Los seguros estarían dedicados de manera prioritaria a riesgos mayores, como cirugía y hospitalización. La propuesta consideró para el país la cobertura de riesgos de menor impacto económico para los grupos más vulnerables.

La iniciativa de Planeación Nacional se presentó como un argumento alternativo frente a las propuestas del ISS y del Ministerio de Salud, en el que el punto central del debate es el aseguramiento público. Para Planeación Nacional las imperfecciones del mercado se resuelven con mayor eficiencia en un mercado de competencia, con una regulación estatal.

Algunas de las características del mercado de salud, que lo hacen imperfecto, son: el comportamiento de las poblaciones aseguradas no es conocido anticipadamente, se pueden dar fenómenos como el “moral hazard”<sup>51</sup> y “selección

---

50 De acuerdo con la propuesta el subsidio calificado hace referencia a “subsidiar la demanda de quienes no están en condiciones de cubrir los costos de los servicios de salud”.

51 Moral Hazard: cuando una de las partes del contrato puede modificar su comportamiento relevante sin que la otra pueda controlarlo, para salud es el uso excesivo de los servicios. La solución a este problema consiste en transferir los costos de la desviación del comportamiento a quien toma la decisión (franquicias y copagos).

adversa”, asimetría en la información entre oferentes y consumidores de servicios de salud. Pero así mismo el establecimiento de reglas claras en el funcionamiento del sistema, permitiría el control de estos elementos que distorsionan el mercado de salud. De otro lado, uno de los retos más importantes de la reforma debía ser el aumento efectivo de la cobertura de la seguridad social, en este sentido era necesario eliminar el riesgo del aseguramiento doble, para lo cual se propone la libre elección de los usuarios.

La propuesta de Planeación Nacional, en cabeza de Juan Luís Londoño de la Cuesta<sup>52</sup>, planteó establecer un sistema de seguros de salud, con subsidio a la demanda para la población con menores recursos económicos (lo que otros mencionan como subsidios calificados a la demanda). Se aseguraría la cobertura universal, la eficiencia y la calidad en la prestación de los servicios, a través de la competencia y la libre selección entre varios fondos aseguradores, estos a su vez serían los responsables de contratar con las entidades prestatarias de servicios médicos.

Las características básicas de la propuesta del DNP eran: coexistencia de entidades aseguradoras de carácter público y privado; estandarización de un paquete de prestación de servicios de salud para todas las aseguradoras con mínimos de servicios y calidad, abrió la posibilidad de ofrecer planes complementarios que los usuarios pagarían de su bolsillo; la competencia se daría en términos de eficiencia en la administración del seguro, y el esfuerzo por mantener sana la población; financiación estatal para las primas a población sin capacidad de pago; creación de un fondo nacional de compensación cuyas funciones serían reasegurar las contingencias más onerosas, apoyar la función de solidaridad dentro del sistema y la regulación sería responsabilidad del Ministerio de Salud.

La financiación del sistema estaría garantizada a través de recursos parafiscales – impuestos a la nómina, pagados solidariamente entre empleados y empleadores; cargos fijos de trabajadores independientes y subsidios del Estado. Según DNP su modelo tenía las siguientes ventajas:

- Incrementaría la cobertura en forma eficiente y económica.
- Eliminaría la posibilidad de crear un monopolio, el cual genera ineficiencias, falta de control, corrupción y costos elevados que no son fácilmente cuantificables, y que finalmente son asumidos por los usuarios.

---

*Selección Adversa* resulta de los casos en los cuales una de las partes no revela la información completa a la otra y esta a su vez no puede obtenerla directamente. Por ej. La pob. Con más riesgo de enfermarse adquiere el seguro, como los trabajadores independientes que tomen el seguro cuando tengan una enfermedad de alto costo. El asegurador preferirá a la población de menor costo y excluirá a grupos como adultos mayores.

<sup>52</sup> Juan Luís Londoño de la Cuesta: graduado en Administración de empresas del EAFIT, economista de la Universidad de los Andes donde realizó su 1ª Maestría, posteriormente Magíster y Doctor en Economía de la Universidad de Harvard.

- Aumentaría la eficiencia y la calidad a través de la competencia entre los diferentes entes aseguradores, pues los usuarios tendrán la libertad para escoger el sistema que más les convenga.
- Eliminaría la múltiple afiliación, especialmente por la afiliación que hacían los trabajadores al tradicional sistema de seguridad social y la complementariedad a través de entidades como las cajas de compensación.
- Mejoraría el acceso de la población pobre, pues garantiza la focalización de los recursos estatales para la atención con subsidio a la demanda calificada.

La propuesta tuvo duros cuestionamientos, especialmente del Instituto de Seguro Social, a través del analista Hugo López Castaño de la Universidad de Antioquia, la conveniencia de introducir la competencia a nivel asegurador, específicamente entre aseguradores públicos y privados. El argumento en contra era que, de acuerdo a la distribución de la riqueza, los aseguradores privados se quedarán con las familias de los quintiles 7 a 10, en tanto los aseguradores públicos les correspondería el resto de población, incrementando el riesgo financiero para el sector público y, como consecuencia, éste aparecería como más ineficiente en tanto el sector privado como más eficiente (Cárdenas, 1992)

El núcleo de la crítica a la propuesta de un sistema con competencia en el aseguramiento era que no permitiría la solidaridad, principio básico de la seguridad social, entre grupos sociales ni generacionales y con ello perdería su papel de redistribuidor de la riqueza.

Para el Ministerio de Salud la propuesta de Londoño “sigue los parámetros del Gobierno, propone una privatización total del sistema de salud y de seguridad social, lo cual no existía – como modelo – en ninguna parte del mundo, ni siquiera en los países más capitalistas y neoliberales” (Agudelo, 2006)

Planteado el debate, éste se ubico en los primeros espacios de la prensa nacional. Miguel Urrutia<sup>53</sup>, prestigioso economista del país, opinó a través de la prensa, que se debían separar los riesgos de salud y los de pensiones, trasladar el riesgo de IVM<sup>54</sup> a la compañía previsorora y que el ISS continuara con la atención en salud, era necesario limitar las pensiones futuras del ISS y de las cajas al equivalente de un salario mínimo y cualquier pensión adicional debía depender de cotizaciones adicionales que realizaran los trabajadores (El Tiempo, 29 de septiembre de 1991: 3c). Ocho días después argumenta la necesidad de controlar los costos de la atención en salud. Para él el aseguramiento desestimula el control de costos en salud, para demostrarlo plantea que los médicos recomiendan muchas cosas a sus pacientes aún cuando la efectividad de estas sea baja. En los países industrializados los gastos médicos crecen más que el costo de vida, se han

---

<sup>53</sup> Miguel Urrutia: Economista de la Universidad de Harvard, con Magister y Doctorado en Economía de la Universidad de Berkeley. Para el año de 1991 era miembro de la Junta Directiva del Banco de la República.  
<sup>54</sup> IVM: Invalidez, vejez y muerte.

incrementado los costos en salud “sin que sea claro que en la última década haya disminuido significativamente la tasa de mortalidad ni mejorado la salud de las personas” (El Tiempo, 6 de octubre de 1991: 5c).

En el momento en que se debatía la crisis de la seguridad social y que está sesionando la comisión transitoria, el Ministro de Salud, Camilo González Posso, planteó a la prensa que brindar atención básica a toda la población colombiana costaba \$1.1 billones de pesos, apenas el doble de lo que se gastaba en el sector para cubrir el 20% de la población. Estas cifras eran resultados de la evaluación del ISS y sustentaron la propuesta presupuestal para modificar el sistema de seguridad social (El Tiempo, 26 de noviembre de 1991: 8a).

Ante la falta de acuerdo al interior del Gobierno, el entonces Presidente Gaviria, decide suspender el intento de reforma del Sistema Nacional de Salud y da vía libre a la reestructuración del ISS. El 7 de febrero de 1992 se reunieron en palacio el Presidente Gaviria, el Ministro de Hacienda Rudolf Hommes, Ministro de Trabajo Francisco Posada de la Peña, Ministro de Salud Camilo González, el Director Nacional de DNP Armando Montenegro y el subdirector Juan Luís Londoño y la Directora del ISS Cecilia López; en dicha reunión las posiciones frente a la reforma se radicalizaron y Cecilia López recalcó que la privatización era regresiva para el país. (El Tiempo, 17 de febrero de 1992: primera página).

Para la reestructuración parcial del ISS se diseñaron algunas estrategias como el manejo de medicamentos por parte de entidades como cajas de compensación, servicios médicos prestados por particulares (El Tiempo, 20 de marzo de 1992: 6c) y, aprestamiento institucional para prepararlo a la futura reforma (Yepes, 2007).

A mediados de julio de 1992 se da una crisis ministerial que provocó la salida del Ministro de Trabajo Francisco Posada de la Peña y su relevo por Luís Fernando Ramírez<sup>55</sup>, quien dentro de sus primeras declaraciones dice “la solución de la crisis de la Seguridad Social en Colombia implicará decisiones valerosas que modifiquen en forma estructural el sistema” (El Tiempo, 17 de julio de 1992: 7a). La prioridad era aportar a una solución definitiva del problema de pensiones, pues se estimó que el déficit pensional estaba alrededor de los \$20.000 millones de pesos.

A finales de septiembre de 1992 se presentó el Proyecto de Ley 155 “Por el cual se crea el Sistema de Ahorro Pensional y se adoptan otras disposiciones”, con un mensaje de urgencia y la solicitud de facultades extraordinarias por parte del Gobierno. Entre los meses de octubre y diciembre se debate sobre la base de este proyecto. Desde el mismo momento que se presenta el proyecto de Ley provoca

---

<sup>55</sup> Luís Fernando Ramírez: Contador de la Universidad Jorge Tadeo Lozano, especialista del Centro de Estudios Internacionales de la Universidad de Harvard. Había sido Viceministro de Hacienda en el Gobierno Barco y trabajado en el sector privado con Luis Carlos Sarmiento, de filiación conservadora.

muchas críticas, una de las más fuertes respuestas fue de Cecilia López de Montaña, quien renunció el 8 de octubre de 1992 por desacuerdo con el proyecto de reforma pensional (El Tiempo, 9 de octubre de 1992: primera pagina). Las razones centrales argumentadas por la Directora del ISS en contra del proyecto de Ley fueron: primero, implicaba que el Estado asumiera un costo fiscal gigantesco que no se justificaba, pues tendría que cubrir el costo de la transición para beneficiar solo a un 15% de la población y, segundo, desacuerdo con el desprestigio del ISS que los defensores de la reforma estaban promoviendo.

El debate sobre el proyecto de Ley 155 fue intenso, de un lado, se le acusaba de falta de integralidad por no plantear una reforma a la salud; por otro lado, desató un gran debate nacional, aparentemente de dimensión técnica, sobre el manejo de las pensiones, adicionalmente el Gobierno presionaba por avanzar en el debate y el Senado dijo que no aceptaría el mensaje de Urgencia (El Tiempo, septiembre 29 de 1992: primera pagina).

Para algunos analistas, lo que se debatía centralmente era una ambiciosa operación de corte y con objetivos primordialmente financieros: “según la exposición de motivos, ella aumentaría muy significativamente el tamaño del mercado de capitales, su capacidad y eficiencia;... permitiría a las empresas captar recursos limpios y desarrollaría los inversionistas institucionales. Para 2025 las reservas de los fondos pensionales privados equivaldrían, en concepto de la exdirectora del ISS al 41.5% del PIB. Habría así una transferencia masiva de recursos para su manejo y beneficio” (El Tiempo, 24 de octubre de 1992: 5a).

El debate frente a la reforma de la salud estaba subordinado al debate sobre la reforma pensional, pues una de las preocupaciones del Gobierno era que si se incluía la reforma de salud, sería más difícil aprobar la reforma pensional: “el temor por lo que se había dado ese debate, esa confrontación, es que si se empuja el debate de la reforma de salud se empantana el debate de la reforma económica de la SS y el interés primordial del Gobierno era lo de pensiones, lo de crear los fondos privados y acabar con el esquema de prima media” (Yepes, 2007).

El Gobierno, a través de su Ministro de Trabajo, presentó a los medios el problema pensional así: deuda pensional cercana a los 10 millones de millones de pesos en los sectores público y privado, reservas insuficientes, sistema costoso y confuso, incapacidad estatal para garantizar el pago de las pensiones. Así mismo, la propuesta del Ministro de permitir el manejo de los fondos por parte del sector privado, produciría una sana competencia y mayor rentabilidad (El Tiempo, 1 de noviembre de 1992: 2b, 3b).

La exdirectora del ISS, Cecilia López, argumentó lo siguiente:

- La deuda actuarial del sistema de pensiones vigente no tenía carácter de bomba de tiempo.
- La necesidad de introducir al sistema de pensiones existentes, modificaciones de sus variables básicas (tasa de cotización y sistema de beneficios).
- La propuesta del proyecto de Ley 155 implica una severa reducción en los beneficios pensionales, que se habían adquirido como un derecho por los ciudadanos.
- El Estado asumiría un endeudamiento de proporciones muy considerables, que va a comprometer significativamente el gasto público en el futuro (treinta por ciento del gasto social anual, equivalente a un punto del PIB).
- Identificar las implicaciones financieras y, sobre todo, las implicaciones políticas, que tendrá el hecho de que, en el año 2025, el 41.8% del PIB esté en poder de los fondos administradores de pensiones (El Tiempo, 1 de noviembre de 1992: 3b)

En la columna del Economista José Antonio Ocampo, éste analizaba las dificultades de la propuesta presentada por el Gobierno, la cual tenía cuatro problemas básicos: la privatización era costosa, pues para capitalizar la seguridad social el gobierno debía primero capitalizar un sistema descapitalizado, es decir, “reconocer como deuda pública los ahorros pensionales que nunca se hicieron”; el alto costo fiscal es injustificable porque no resuelve el problema de la cobertura; el nuevo sistema no es solidario, sólo se da en el caso que el Estado reconozca la pensión mínima; el monto de las pensiones puede ser frustrante, pues depende de cuanto rindan los ahorros a lo largo de la vida. La alternativa planteada era que la seguridad social no se encontraba en una crisis profunda, se estaba mostrando una falsa dualidad, de acuerdo al autor la propuesta del Gobierno se convertiría en un suicidio fiscal (El Tiempo, 23 de noviembre de 1992: 3b).

A pesar de que el centro del debate en ese momento era el sistema pensional, la reforma de salud va a tomar un nuevo impulso con la salida del Ministerio de Salud del M – 19 a finales de noviembre, en ese momento en manos de Gustavo de Roux, y en su reemplazo se nombró a Juan Luís Londoño, quien había liderado la propuesta del DNP.

Ante la presión del Congreso por incluir en la propuesta de reforma al sistema de pensiones, la reforma del sector salud, el debate se reaviva. El Gobierno preparó, con el apoyo de un equipo conformado para tal fin<sup>56</sup>, un borrador que contenía una reforma general al sistema de prestación de servicios médicos de las entidades de seguridad social y del subsector público de salud. El grupo presentó la propuesta al presidente y a los Ministros el 15 de noviembre de 1992, pero solo se consideró

---

<sup>56</sup> El equipo estuvo conformado por Mauricio Perfetti por el Ministerio de Trabajo, Iván Jaramillo por el Ministerio de Salud, Eliseo Velásquez por el ISS, Nelcy Paredes por el DNP, Felicia Knaullo Asesora externa de la unidad de Desarrollo Social del DNP como colaboradora.

presentar al Congreso lo correspondiente al sistema de subsidios, que se concentraba en resolver el problema de atención de la población más pobre (Ministerio de Salud, 1994).

La discusión sobre el papel del Estado en los servicios de salud no daba tregua, Miguel Urrutia, en una nueva columna plantea al país el debate, presenta argumentos que favorecen la tendencia que se consolida en el Gobierno y muestra las razones por las cuales se debe dejar a los individuos la responsabilidad de pagar por aquellos servicios que los benefician directamente – bienes privados – para él: el Estado solo debería responder por enfermedades catastróficas, cubrir eventos de bajo costo sería muy oneroso (El Tiempo, 29 de noviembre de 1992: 3c).

En su siguiente columna, argumenta la responsabilidad del Estado frente a los llamados bienes públicos, “la salud es un bien público cuando se trata de enfermedades infecciosas porque afectan a otros miembros de la sociedad ... pero la medicina curativa en general concierne primordialmente al individuo ... para evitar la imprevisión y utilizar mejor el mecanismo de solidaridad, se podría mantener la obligatoriedad del seguro de salud y una cotización mínima para un seguro mínimo, pero dejando que el usuario escogiera la entidad aseguradora. Diferentes entidades podrían ofrecer más servicios y cobertura a mayor costo, pero el pago de ese mayor costo sería voluntario” (El Tiempo, 6 diciembre de 2002: 2c).

Al final de la legislatura no había acuerdo, la iniciativa de presentar el componente de salud fue una de las últimas cartas del Gobierno para salvar la reforma, desde que ésta se presentó había dado lugar a múltiples críticas, finalmente el proyecto de reforma se retira del Congreso nacional (El Tiempo, 20 de diciembre de 1992: 1c).

A partir de 1993, con el inicio del nuevo periodo legislativo, la discusión se ubica nuevamente en la agenda pública, aunque su visibilidad es menor que la del año inmediatamente anterior. Desde marzo se empezó a trabajar en el borrador del nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud, se decidió constituir un grupo coordinado por el Ministerio de Salud, en él participaron representantes de:

- El Ministerio de Salud
- El Ministerio de Trabajo y Seguridad Social
- El Instituto de Seguros Sociales, ahora dirigido por Fanny Santamaría
- Un representante de la Asociación de Cajas de Compensación
- Un representante de la Asociación de Compañías de Medicina Integral Prepaga
- Un representante del Servicio local de Salud – Medellín Metrosalud
- Los coordinadores de ponentes: Senador Álvaro Uribe Vélez (partido liberal) y Representante a la Cámara María del Socorro Bustamante.

La fundación Consenso (Corporación Nacional de Consejería Económica y Social)<sup>57</sup> liderada por la ex – directora del ISS, a partir de una investigación, muestra como los costos de la reforma podrían implicar que en el futuro el Gobierno tuviera que asignar gran parte de sus recursos para cubrir la deuda de seguridad social. Para ellos la alternativa es mantener un fondo público en el que se cotice obligatoriamente una parte de los aportes y un sistema de fondos privados que se nutra de la otra porción de la cotización (El Tiempo, 15 de marzo de 1993: 3b).

El nuevo Ministro de Salud, que lideró el proceso de reforma, logró recursos de crédito internacional, en marzo se anunciaba la negociación de un crédito con el BID por US \$200 millones de dólares para desarrollar iniciativas como las Empresas Solidarias de Salud y el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica en los niveles locales; así mismo se anunciaba otro crédito para el mejoramiento de los servicios de salud en aspectos gerenciales y de gestión (El Tiempo, 26 de marzo de 1993: 8a). En septiembre del mismo año se anunció créditos del BID, Francia y España por US \$274 millones de dólares para prestación de servicios de salud (El Tiempo, 1 de septiembre de 1993: 13b).

Finalmente, la propuesta de reforma se presentaba en los siguientes términos: “El pliego de modificaciones sobre la Seguridad Social que hoy presentamos representa un enorme progreso frente a la iniciativa del Gobierno. En dicha propuesta se presentaban una serie de iniciativas puntuales orientadas al diseño de un sistema de subsidios y a cambios administrativos e institucionales para las entidades existentes. Pero no existía una concepción de Seguridad Social, no se enfrentaba la esencia del problema del sistema contributivo, la financiación de la expansión de cobertura estaba difusa y no se establecía una articulación entre los diversos componentes de la prestación de servicios de salud...El Congreso de la República, tras haber mejorado sustancialmente las propuestas del gobierno a través de un amplio proceso de discusiones y concertación, le está prestando así un enorme servicio al país. Sin lugar a dudas, este paso a la SEGURIDAD SOCIAL, con mayúsculas, es la mejor garantía para que el siglo XXI sorprenda a Colombia con unas instituciones públicas mucho más equipadas para enfrentar los problemas más importantes de los colombianos” (Ministerio de Salud, 1994: 160 – 161).

El objetivo central con el cual fue presentada la reforma era el de aumentar la cobertura del sistema de salud y el instrumento fundamental para garantizar tal incremento era la creación del Régimen Subsidiado, así no se podría discriminar, por razón de capacidad de pago, a ningún usuario (Ministerio de Salud, 1994).

---

57 Creada por la Cecilia López de Montañó después de la renuncia a la dirección del ISS, realizó un trabajo financiado por el PNUD denominado: Análisis de las Alternativas para una reforma pensional en Colombia.

Como vemos, los técnicos del sector de la seguridad social, desde diferentes lecturas del rol del Estado, no sólo asumieron un papel activo sino que jugaron un *rol* determinante en el debate. Los argumentos técnicos sobre déficit actuarial, problemas de cobertura, calidad de los servicios de salud, eficiencia, estabilidad financiera e incluso responsabilidad estatal son parte del lenguaje utilizado con mayor frecuencia. La lógica del debate era la argumentación técnica, pero las posiciones tan distintas, de fondo, más que problemas técnicos contenían posiciones políticas sobre el papel del Estado y la relación de este con la sociedad. A su vez, tenían el reto de presentar un debate cuyas decisiones tuvieran argumentaciones técnicas más que políticas, para garantizar la legitimidad de las decisiones adoptadas.

**Los gremios económicos.** Como antecedente importante a nivel nacional del interés de los gremios económicos en la participación de la seguridad social, está el I Foro de la Previsora “La seguridad social una prioridad nacional” realizado en 1989. Los aseguradores plantearon que compartían con la seguridad social, el interés para liberar al hombre y a su familia de la incertidumbre ante eventos que pueden sobrevenirle, en desmedro de su persona o su bienestar.

Se argumenta que los ciudadanos están dispuestos a la financiación de los llamados bienes privados, es decir el pago por servicios, como la salud, que los benefician directamente: “en la acción humana puede desarrollarse un sentido de previsión gracias al cual se está dispuesto a emplear parte del ingreso con que se cuenta en un momento dado, a fin de cubrir contingencias en el futuro, con la consiguiente generación de flujos económicos de previsión que eviten, al materializarse el evento – enfermedad, incapacidad, jubilación, destrucción de bienes, etc – el tener que conseguir, a partir de la nada y de súbito, sumas de dinero que en ocasiones resultan considerables” (Previsora, 1989: 11).

Las repercusiones e implicaciones que los recursos del sistema pensional tienen para el ahorro interno son consideradas por el sector económico como importantes. Por ello el reto de participar en la seguridad social no está encaminado a sustituir al Estado, sino que al contrario, se argumenta que puede facilitar la orientación del Estado para que este concentre mayores esfuerzos en la población que no tiene capacidad de pago, para protegerse contra las diferentes contingencias.

Dentro de este foro se plantearon como retos para el futuro, que el Estado establezca los marcos para que la política de la seguridad social realmente se democratice, donde se definan los espacios propios de responsabilidad e iniciativa del Estado y de las entidades de la sociedad civil en función de evolucionar hacia un modelo de economía mixta. El concepto de democratización implícito es la ampliación, al sector privado, de la participación en el negocio de la seguridad social y no el de ampliación de una ciudadanía social.

William R. Fadul, Presidente Ejecutivo de la Unión de Aseguradores Colombianos (FASECOLDA) durante este periodo, ubicaba la discusión en un punto clave para comprender la tendencia a la privatización de la seguridad social y el interés del sector privado de participar en ella: “Sería innecesario entrar a cuestionar la ineficiencia macroeconómica que hoy presentan las reservas de los seguros de IVM administrados por el ISS. ... Bastaría sólo, a título descriptivo, imaginarse la fuerza que le daría al desarrollo nacional la dinámica de esos recursos, colocados en manos de corporaciones que los puedan dirigir hacia donde la economía lo requiere, para efectos de su crecimiento y de lograr metas de producción en empresas a tono con las propuestas de apertura que hoy se nos formulan, dentro de un ambiente mundial de globalización, alta competitividad, productividad derivada de un gran avance económico” (Previsora, 1989: 88). De hecho participó en muchos de los escenarios de discusión de la reforma “el estaba muy activo en la reforma” (Yepes, 2007).

Durante el debate de la reforma los gremios económicos, en general, apoyaron la propuesta relacionada con la introducción de mecanismos de competencia a través de la creación de fondos privados de pensiones. Una discusión importante fue el monto que les correspondería asumir a los empresarios con la reforma al sistema de seguridad social. El Presidente de FENALCO Sabas Pretel, afirmaba que el Gobierno había presentado un proyecto de Ley y el Congreso aprobaba otro, mostrando así la posición de los gremios económicos frente al incremento del aporte patronal planteado por el entonces Ministro de Trabajo (El Espectador, 21 de julio de 1993: 2b).

Así mismo la ANDI no aprobó algunas de las modificaciones realizadas al proyecto inicial, como el incremento de las cotizaciones para los empleadores y la persistencia de privilegios para el ISS en materia pensional. El principal argumento era que el incremento de las cotizaciones para empleadores significaría pérdida de la competitividad internacional para la producción nacional (El Espectador, Agosto 4 de 1993: 1c).

El sector financiero planteó que el proyecto de Seguridad Social corría el peligro de convertirse en una “colcha de retazos”, pues “ante los múltiples puntos de vista que ha rodeado su discusión, el Gobierno ha tenido que ceder en muchos aspectos para atender las sugerencias de trabajadores, pensionados, empresarios y congresistas” (El Tiempo, 8 de octubre de 1993: 1b).

Las exigencias al Gobierno para contar con el apoyo de los empresarios:

- Mantener la proporción entre los aportes patronales y de los trabajadores (66.6 y 33.3% respectivamente).
- Gradualidad en el alza de los aportes.

- Equilibrar los requisitos para las personas que coticen en el ISS y en los fondos privados, las diferencias previstas provocan iniquidad y no permiten la regulación del mercado (El Tiempo, 8 de octubre de 1993: 1b).

Como se ve, el debate de los gremios estuvo centrado en el componente de pensiones, específicamente en el incremento de los niveles de impuestos (vía contribuciones a la nómina). Los gremios estaban de acuerdo en la introducción de mecanismos de mercado para mejorar la eficiencia tanto en salud como en pensiones.

A finales de octubre se introduce una nueva variación al proyecto de Ley, relacionada con las inversiones que podían realizarse con los recursos de los fondos de pensiones, “los fondos de pensiones podrán invertir no sólo en títulos emitidos por el Banco de la República y el Gobierno, sino también en acciones y bonos de empresas ... según el ponente de la iniciativa, el Senador liberal Álvaro Uribe Vélez, con la nueva formula se pretende diversificar el portafolio de inversiones de los fondos y, que estos puedan invertir en papeles de renta variable (acciones y bonos privados)” (El Tiempo, 16 de septiembre de 1993: 2b), la propuesta fue abalada por el entonces Ministro de Trabajo Luís Fernando Ramírez y el Ministro de Hacienda Rudolf Hommes.

De otro lado, para la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Prepaga, el interés era que se debía garantizar un mercado libre y abierto, regulado por la libre competencia. Evitar la intervención estatal en el aseguramiento y la prestación de servicios de salud era la estrategia para garantizar la calidad, oportunidad y el desarrollo del sector (Ministerio de Salud, 1994). ACEMI abogaba por semanas mínimas de cotización, exclusión de preexistencias, no incluir la obligatoriedad de recibir a todos los solicitantes – pues debe tenerse en cuenta las limitaciones logísticas y geográficas – y descartar tratamientos onerosos, para garantizar la estabilidad financiera del sistema.

**La academia y las ONG del sector.** Realmente no se percibió un papel fuerte y activo de la academia ni las ONG, más bien su rol fue marginal, sin embargo cabe llamar la atención sobre algunos elementos claves. La fundación FES de liderazgo, con su grupo de macropolíticas, del que hacían parte reconocidos académicos del sector<sup>58</sup>, decide participar como sociedad civil en el debate suscitado por la reforma. Se comprometieron a aportar a la discusión a través de la llamada Declaración de Quirama, producto de la reunión realizada el 27 y 28 de enero de 1993, en esta invitaron al Ministro de Salud Juan Luís Londoño, al Ministro de Trabajo, a los parlamentarios de la Comisión VII, algunos expertos y a

<sup>58</sup> Jaime Arias Ramírez, David Bersh, Rodrigo Bustamante, Gabriel Carrasquilla, Luis Fernando Cruz, Luis Fernando Duque, Jorge Gómez, Rodrigo Guerrero, Wolfgang Munar, Miryam Orostegui, Luz Elena Sánchez, Antonio Yepes Parra, Francisco José Yepes.

la academia “yo diría que hasta donde yo recuerdo allí se acuerdan muchos elementos básicos de lo que después se incorpora en la Ley” (Yepes, 2007).

El grupo de macropolíticas continua haciendo monitoreo y seguimiento al proceso de debate de la reforma “en junio o julio, cuando sale aprobado el proyecto de Ley por las comisiones y antes de que vaya a plenarios, nosotros convocamos una segunda reunión en Llanogrande, invitamos a la misma gente ... y en esa reunión lo que hacemos es revisar el proyecto de Ley, hacerle críticas al proyecto de Ley y hacemos algunas sugerencias pongamos una de las propuesta que yo recuerdo que se incorporo a la ley es que haya un porcentaje de la UPC destinado a promoción y promoción” (Yepes, 2007)

La Federación Médica Colombiana, en presentación del 20 de mayo de 1993, aprueba la reforma al considerar que cumple con los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia (Ministerio de Salud, 1994), su único reparo fue abolir las preexistencias, carencias y exclusiones.

La Academia Nacional de Medicina siempre se mostró de acuerdo con el proyecto de Ley, algunas de las principales críticas tenían que ver más con la amplitud del plan y los tiempos requeridos para garantizar la universalidad de la cobertura. En carta del 20 mayo se refieren así al proyecto de Ley: “es un proyecto audaz, bien concebido, y que tiende a utilizar una enorme capacidad de atención médica, hoy subutilizada. Crea la obligatoriedad de afiliación, una sana competencia entre las instituciones encargadas de administrar los recursos y la atención de nuestros compatriotas. La afiliación a las entidades promotoras de salud crea la posibilidad de conformar un fondo que amparé a quienes tienen menos recursos económicos. Se logrará, ojala a corto plazo, cubrir las necesidades médicas de la población” (El Tiempo, mayo 24 de 1993: 9a). Igualmente la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas y la Federación Medica Colombiana ratifican su apoyo al proyecto el 20 de agosto de 1993 (Ministerio de Salud, 1994: 267).

Las facultades de medicina del país agremiadas en ASCOFAME, el 17 de mayo de 1993, plantean frente al proyecto que “después de tres o cuatro décadas de reformas parciales de los servicios de salud, el país ha alcanzado un grado de evolución y desarrollo que hace viable política, económica y técnicamente un cambio más amplio y de mayor profundidad en este campo. El contexto nacional y el sector salud están maduros para hacer el transito de la asistencia pública a la Seguridad Social, universal, equitativa y solidaria... El proyecto de ley que analizamos se orienta en este sentido. Sin embargo al preconizar dos regímenes, uno contributivo (trabajadores) y otro subsidiado (pobres), con diferentes planes de atención, representa una solución intermedia, y con el riesgo de perpetuar o consolidar las diferencias y desigualdades tradicionales, que es justamente lo que se pretende y se requiere corregir” (Ministerio de Salud, 1994: 265).

**Los sindicatos: el desconcierto y la sorpresa.** La crisis crónica que vivía el sector salud había hecho que los sindicatos de la salud fueran relativamente activos en el contexto nacional. Entre enero de 1991 y diciembre de 1993 se registraron 14 movilizaciones vinculadas con la salud, el 70.6% (Ver tabla No 1) de ellas ocurridas en la red pública y la mayoría por condiciones laborales – generalmente pago de salarios atrasados – que alcanzaron a representar el 76.5% de las movilizaciones realizada (ver taba No2).

**Tabla No 1.**  
**Número de movilizaciones colectivas por la salud registradas en la prensa nacional.**  
**1991 – 1993.**

	1991	%	1992	%	1993	%	Total	%
<b>Sector Público</b>	7	77.8	2	66.7	3	60.0	12	70.6
<b>ISS</b>	0	0.0	1	33.3	1	20.0	2	11.8
<b>Otros Actores</b>	2	22.2	0	0.0	1	20.0	3	17.6
<b>Total</b>	9	100.0	3	100.0	5	100.0	17	100.0

Fuente: Revisión El Tiempo y El Espectador 1991 – 1993

**Tabla No 2.**  
**Tipo de argumento frente a las movilizaciones realizadas por la salud.**  
**1991 - 1993**

<b>Tipo de Movilización</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
<b>Condiciones laborales</b>	13	76.5
<b>Defensa de entidades de salud</b>	2	11.8
<b>Rechazo a la reforma</b>	2	11.8
<b>Total</b>	17	100.0

Fuente: Revisión El Tiempo y El Espectador 1991 – 1993

Sin embargo, a medida que avanzaba la discusión de la reforma en el Congreso las movilizaciones fueron disminuyendo, pero el sector sindical se hacía más visible a través de los medios masivos de comunicación, específicamente comunicados en periódicos de circulación nacional.

Durante este periodo las principales evidencias colectivas de inconformidad frente al proceso que se vivía en el país ocurrieron en dos momentos: el primero, los sindicatos del ISS amenazaron con un paro por la salida de la Directora de la entidad –Cecilia López de Montaña – ante su desacuerdo con la propuesta de reforma pensional y el segundo, en 1993 cuando se invita y realiza una gran

marcha en contra de la reforma a la seguridad social a todas las centrales obreras, representando solo el 11.8% del total de acciones registradas.

Desde un principio, las centrales obreras, agrupadas a través de la Central Unitaria de Trabajadores CUT, fueron uno de los más importantes contradictores de la propuesta gubernamental de reforma a la seguridad social y la salud. La CUT, en memorando presentado a la Comisión Constitucional de Reforma a la Seguridad Social el 10 de diciembre de 1991, manifiesta su desacuerdo argumentando que no existían suficientes estudios que demostrarán la pertinencia de un modelo de aseguramiento, dilución de las responsabilidades en múltiples actores lo que impediría la construcción de una verdadera política de salud, pero apuntaban que el mayor riesgo era la mercantilización de los servicios de salud (Cárdenas, 1992).

Sin embargo, la prioridad de las centrales obreras estuvo ubicada en el debate de la reforma pensional “en principio se pensaba que iba a ser una ley únicamente de pensiones y en algo de riesgos profesionales, no se pensó nunca en principio que el tema de la salud fuera a ser incluido dentro de esa discusión. A última hora, cuando los debates en el Congreso empezaron, se planteó que el tema de la seguridad social tenía que ser integral y el tema de la salud no podía ser excluido” (Camacho, 2006).

En la etapa en que aún sesionaba la comisión transitoria establecida por la CP se ubicó en el debate público la propuesta de incrementar la edad de jubilación en cinco años, a la cual se opusieron los sindicatos argumentando: “las expectativas de vida son de 67 años y un incremento significaría que se condena a los trabajadores a morir laborando” (El Espectador, 27 de agosto de 1991: 10a), un primer llamamiento de las centrales obreras “No a la Privatización y el Desmembramiento de la Seguridad Social” se hizo en diciembre de 1991.

Así mismo, se intentó un proceso de coordinación para enfrentar la reforma, pero se reitera que los esfuerzos estaban centrados en la reforma pensional “estaban los compañeros del Sindicato del Seguro Social, ASMEDAS, ANEC, bueno todos los sindicatos agrupados en FENTRASALUD, realmente el papel fue muy difícil, todo el mundo estaba muy pendiente del tema de las pensiones entonces el tema de la salud era como un aspecto secundario muy pegado al tema de las pensiones, obviamente el gobierno estaba interesado en crear unos negocios, por eso la ley 100 se dividió en tres partes siendo tres negocios básicos, un negocio de pensiones que aspiraba a desmontar lo del Seguro Social, nadie pensó que la salud podía ser también un negocio muy lucrativo, en el cual se podía manejar mucha plata.... Nosotros empezamos en ese momento a advertir que el tema de la salud iba a caminar hacia el mismo tema de las pensiones y se empezó a hablar del famoso aseguramiento y se empezó a hablar de los seguros privados de salud, de los seguros privados de pensiones y los seguros privados de riesgos profesionales, es decir que el proyecto que presento Juan Luís Londoño de la

Cuesta era absolutamente coherente con el tema de las pensiones y se dirigía a lo mismo y era orientado a la misma” (Camacho, 2006).

Además, reconocen los mismos sindicatos, el debate no logra convocar a otros sectores sociales, la resistencia fue específicamente del sector sindical: “Nadie más, únicamente el sector sindicalizado. La comunidad, desafortunadamente no alcanzaron a dimensionar la magnitud de lo que eso iba a representar en sectores campesinos, sectores indígenas, sectores populares, los mismos sectores estudiantiles no alcanzaron a dimensionar cual era la magnitud del problema. ¿Ustedes lo dimensionaron? Si, es decir no en toda su dimensión, pero si alcanzamos a percibir que esto iba encaminado hacia una política de ajuste estructural que iba a lesionar al conjunto de la población ... aparte de toda la política de ajuste estructural nosotros alcanzamos a denunciar lo planteando en los convenios con el Banco Mundial, lo que posteriormente se convirtió en los convenios con el Banco Interamericano de Desarrollo, todo lo que significaba la política de ajuste y que el gobierno la supo presentar de una manera muy populista” (Camacho, 2006).

A partir de junio de 1992, a través de la prensa escrita, se empieza a hacer más visible la posición de los sindicatos frente a la reforma, ASMEDAS en comunicado del 7 de junio de 1992 plantea el rechazo frente a las políticas del Gobierno Gaviria, pero especialmente denuncia la intención de desmembrar el ISS, “ellos estaban muy claramente defendiendo al seguro social porque defendían con eso los intereses de los profesionales de la salud que el seguro les daba el bien, les pagaba mejor, entonces ese era el papel, era reivindicativo y protector de unos derechos laborales de los médicos fundamentalmente más que oponerse a otras cosas” (Yepes, 2007).

Las centrales obreras intentaron un proceso de coordinación nacional sindical para la defensa de la seguridad social, pero algunas diferencias al interior del sindicalismo, así como acuerdos entre sindicatos específicos y el gobierno, no permitieron avanzar e impactar significativamente la reforma: “Nosotros hacia finales de 1993 convocamos un paro nacional de la salud, en el cual desafortunadamente únicamente participamos los trabajadores del sector hospitalario y hubo algunos sectores, por lo menos el sindicato del ISS, Caprecom, Cajanal, algunos sectores no nos acompañaron en ese paro, ... por eso no logró tener todas las repercusiones que el paro tenía que generar. Desafortunadamente encontramos que mucha gente empezó a acomodarse, por ejemplo los Indígenas empezaron a buscar como les daban a ellos el manejo de la salud y crearon las ARS Indígenas administradas por ellos mismos, algunos otros sectores que se suponía podían participar en la pelea como sector médico y otros se pusieron a buscar como les daban participación en el negocio y esto ocasiono una división muy grande y por eso la respuesta no fue la esperada ante una agresión tan grande” (Camacho, 2006).

El Gobierno negocia con algunos sectores sindicales importantes, por ejemplo, la nivelación salarial para los trabajadores de la salud del sector público (Yepes, 2007), se mantienen los regímenes especiales de los sindicatos que eventualmente tenían mayor capacidad de acción como ECOPETROL, educadores. Esta estrategia debilita más la capacidad de movilización social y con ello la de incidir integralmente en la reforma por parte de los sindicatos y en cambio, permite mantener ciertas ventajas logradas en el pasado a través de la lucha sindical.

A pesar de que el debate tuvo difusión a través de los medios de comunicación, los sectores organizados no estaban preparados para la contrargumentación en el terreno de lo técnico, no dimensionaron la privatización del sector salud, ni lograron procesos de coordinación a su interior y, en cambio negociaron con el gobierno de manera independiente, especialmente aquellos sindicatos y sectores con mayor capacidad de movilización – ECOPETROL, educadores, ASMEDAS, sindicatos del ISS, sector indígena (Agudelo, 2006. Camacho, 2006).

**Los políticos y la construcción de alianzas.** Desde el principio del debate de la reforma a la seguridad social, en 1991, los partidos políticos jugaron un papel importante. En general la Unión Patriótica, la AD M – 19, un pequeño sector liberal (especialmente la Representante a la Cámara Maria Cristina Ocampo) y grupos de independientes estuvieron en desacuerdo con la reforma, pues planteaban la defensa de lo público y la responsabilidad del Estado frente a la seguridad social.

En la Comisión transitoria de reforma a la SS, La Unión Patriótica, a través de su representante el Dr. Álvaro Cardona, presentó la propuesta de organización de un Seguro Nacional de Salud, cuyo objeto era: que todos los colombianos tengan derecho a recibir atención integral, según un régimen único de aseguramiento que tenga vigencia en todo el territorio nacional. Se desarrollaría a partir de tres componentes: un sistema de recaudo de los aportes que fuera descentralizado, eficiente y de responsabilidad pública; un sistema de prestación de servicios de salud integrales con participación de entidades públicas y privadas, y un sistema de financiamiento en el que participarían todos los colombianos de acuerdo a su capacidad económica y con una entidad única recaudadora en cada departamento o región del país. Esta propuesta, era conceptualmente muy cercana, a la del entonces Ministro de Salud Camilo Gonzáles Posso.

Durante el segundo semestre de 1991, mientras el M – 19 hacia parte del Gobierno, éste no logró definir una posición única sobre la Reforma, como lo describí anteriormente, hacia febrero de 1992 las posiciones al interior del Gobierno se encontraban tan polarizadas que el Presidente Gaviria opta por suspender la discusión sobre la reforma de la salud. Posteriormente, durante el segundo semestre de 1992, se ubica todo el esfuerzo en la reforma al sistema de

pensiones – que era el centro del esfuerzo del Gobierno en ese momento – (Yepes, 2006 y Gonzáles, 1993).

Sin embargo, fue el mismo Congreso de la República, el que criticó el Proyecto de Ley 155 por falta de integridad y presionó al Gobierno para incluir también la reforma al sector salud. Para ese momento del Ministerio de Salud había salido la AD – M 19, pues no se logró conciliar las diferencias con el Gobierno en torno al tema de Declaratoria de Estado de Comoción Interior. La salida del M – 19 de la coalición gubernamental fue un elemento facilitador para el Gobierno en su empeño de sacar la reforma de la salud y la seguridad social.

A partir de abril de 1993 se reinició el debate en las Comisiones VII de Cámara y Senado<sup>59</sup>, desde el principio el debate estuvo centrado en la reforma al sistema de pensiones, pero las presiones a quienes controvertían el proyecto se empezaron a denunciar (El Tiempo, abril 21 de 1993: 4b).

Los argumentos para reformar el sistema de salud y de seguridad social en el país, se daban por identificados y se planteó, a partir de ello, que la dificultad era de carácter político: “Un año después de haber puesto sobre el tapete la urgencia de una reforma radical en salud y pensiones, el tema llegó a un punto de máxima saturación. Al extremo de que el Congreso de la República no tiene otra alternativa que someter la reforma a una votación que tiene un alto contenido político” (El Espectador, 3 de mayo de 1993: página económica).

El Senador Jaime Arias Ramírez decía: “lo que corresponde ahora es tomar decisiones. Si el proyecto se hunde, se hunde”. Álvaro Uribe (Senador Ponente de la reforma) decía que el Congreso estaba a punto de convertirse en un circo que traslada su espectáculo de un lugar a otro, pero sin variar de espectáculo (El Espectador, 3 de mayo de 1993: página económica).

Antes de finalizar el mes de mayo el Gobierno de Gaviria logró firmar un acuerdo político con Julio Cesar Turbay Ayala, Director Nacional del Liberalismo; Jaime Arias Ramírez, Director Nacional del Partido Conservador; y, Maristella Sanin Posada, de la Nueva Fuerza Democrática. El M – 19 no descartó completamente firmar el pacto y, la Unión Patriótica y los representantes de grupos cristianos no estuvieron de acuerdo (El Tiempo, 14 de mayo de 1993: 6a).

El acuerdo suscrito contempló:

---

59 Ponentes de la Comisión VII del Senado: Dr. Fernando Botero Zea, Presidente de la Comisión; Dr. Álvaro Uribe Vélez, Coordinador de Ponentes; Dra. Maristella Sanin Posada, Dr. Rodrigo Bula, Dr. Alfonso Angarita Baracaldo; Dr. Fabio Valencia Cossio y Dr. Hernán Echeverri Coronado. Ponentes de la Comisión VII de la Cámara de Representantes: Dr. Gustavo Silva Presidente de la Comisión, Dra. Maria del Socorro Bustamante Coordinadora de Ponentes, Dr. Jaime Arias Ramírez, Dr. José Arístides Andrade, Dr. Roberto Cano Zuleta, Dr. Álvaro Benedetti, Dr. Carlos Celis, Dr. José Humberto González, Dr. Héctor Dechner Borrero.

- Mayores beneficios para el manejo de las pensiones en el seguro social, con el fin de evitar un éxodo masivo de trabajadores a los fondos privados. Los beneficios concedidos fueron: menor tiempo de cotización para los afiliados al ISS, pensión mínima con menor tiempo de aportes y el monto de la pensión no dependería de las tasas de interés (El Tiempo, 14 de mayo de 1993: 6a).
- Fortalecimiento, por parte del Gobierno nacional, del Instituto de Seguros Sociales y de las instituciones del Sistema Nacional de Salud, para mejorar su competitividad en el nuevo escenario de mercado. Esto sería un imperativo de especial atención para el Gobierno (El Tiempo, 25 de mayo de 1993: 4b).
- Además, se presentó ante la opinión pública, la reforma al sistema de salud y seguridad social y el pacto político logrado como el gran salto en materia de seguridad social (El Espectador, 17 de mayo de 1993: 13a).

El 25 de mayo de 1993, en el diario El Tiempo se publicó el documento acordado entre el Gobierno Nacional y los partidos políticos en el que se suscribe el gran pacto social y, se contempla, que la seguridad social debe ser un fundamento básico del mismo.

A pesar de la firma del pacto político, el ritmo de debate de la reforma no iba al paso que el Gobierno esperaba, así que continúa buscando alianzas con los distintos sectores políticos, por ejemplo, desayunos con congresistas del partido liberal, etc. (El Tiempo, 28 de mayo de 1993: 2b).

Posteriormente se publica que “A cambio de que las reformas en pensiones y salud sean aprobadas antes del 20 de junio el Gobierno estaría dispuesto a concertar las diferencias... la idea es evacuarla de las comisiones séptimas en dos semanas con lo cual la iniciativa virtualmente estaría salvada y proseguiría su trámite en plenarias a partir del 20 de julio” (El Espectador, 10 de junio de 1993: pagina económica). La estrategia utilizada para avanzar en el debate fue la declaración de suficiente ilustración, a lo que dijeron los partidos opositores que se “violaba el derecho a disentir y se volvía al viejo congreso de pupitrazo” (El Espectador, 14 de julio de 1993: 6a).

A partir de la forma como se aprueba la reforma por parte de las Comisiones séptimas, se generan dudas sobre los resultados “la reforma de la seguridad social entro en un diagnóstico reservado, toda vez que quedaron aspectos frágiles, por la carrera contra reloj con que fue aprobada” (El Espectador, 16 de junio de 1993: paginas económicas). Igualmente lo definió el Dr. Agudelo “El parlamento cumple un papel decisivo, pues maneja los mecanismos legales y jurídicos que legitiman y conducen los procesos de reglamentación” (Agudelo, 2006)

A finales de julio, en comunicado en El Espectador el Congreso Programático Conservador declaraba: “El Gobierno Nacional, a través del señor Presidente de la República, en un inusitado activismo de las últimas semanas, promete inversiones de millonarios recursos sin fundamento en el presupuesto nacional” (El Espectador, 23 de julio de 1993: 5b).

Por tratarse de un año con proceso de elecciones presidenciales, los precandidatos empezaron a presentarse en el escenario público, mas como demagogos, por ejemplo Ernesto Samper decía: “He ordenado que el proyecto quede suspendido en su discusión mientras se realiza un foro para escuchar todas las opiniones ... le he pedido al ponente Álvaro Uribe, que a nombre de nuestro movimiento decrete un receso porque no se trata de sacar un proyecto contra la voluntad de todo el mundo” (El Espectador, 20 de agosto de 1993: 2b). Finalmente la Ley es aprobada el 2 de diciembre de 1993 a “Pupitrazo Limpio” (El Espectador, 2 de diciembre de 1993: Primera página).

**3.2.6 Síntesis.** Aunque no podemos decir que para el caso colombiano se hubiera desarrollado plenamente un modelo de Estado benefactor, si podemos hablar de un Estado que intervenía activamente en áreas como la economía y la prestación de servicios sociales de salud y educación, entre otros.

En términos de la política de salud, el país no había asumido una legislación que garantizará el derecho a la salud como un derecho fundamental. A pesar de ello, el Estado colombiano durante el siglo XX logró importantes avances en la institucionalización de mecanismos que permitieran el acceso a los servicios de salud para ciertos grupos poblacionales: la creación del Instituto Colombiano de Seguro Social y de un conjunto de instituciones de seguridad social para la atención a la población trabajadora y la organización del Sistema Nacional de Salud que atendía a la población pobre que no ingresaba al mercado laboral formal. Sin embargo, la fragmentación de la prestación de servicios (lo que Hernández denomina la fractura originaria) no permitió el desarrollo de un modelo integral de prestación de servicios de salud con la subsecuente ampliación de la ciudadanía.

A finales de la década de los ochenta, la evaluación que hacen diferentes actores de la situación de salud en el país, coincide y refleja el debate internacional sobre la intervención de los Estados. Estos argumentos serán los más importantes para justificar la reforma sectorial y los podemos sintetizar en los siguientes puntos críticos: ineficiencia estatal, que se evidenciaba por las bajas coberturas de la seguridad social y del sistema nacional de salud e inadecuada calidad en la prestación de los servicios por parte de la red pública hospitalaria. Burocratización, producto de la fragmentación del sistema de seguridad social en múltiples entidades y la falta de articulación con el Sistema Nacional de Salud. Y, finalmente, la deuda sanitaria entendida como la persistencia de mortalidad y

morbilidad evitable, a la vez que inequidades de género, regionales y de clases sociales en términos de perfil epidemiológico. Ante este panorama el discurso de la banca internacional encontró respaldo de la dirigencia nacional, para disminuir el ya escaso papel del Estado en la provisión de servicios sociales.

El informe del Banco Mundial de 1993 plantea algunos de los elementos centrales de nuestra reforma de salud: cambio de subsidio a la oferta por subsidio a la demanda; construcción de un mercado reglamentado de salud (denominado también mercado regulado): reglas de juego expedidas desde el Estado cuyos elementos centrales fueron de un lado, la estandarización de un paquete de servicios de salud y de un pago por capitación independiente del riesgo y, de otro lado, la transformación del rol estatal que debía limitarse a la modulación, entendiendo esta como el establecimiento de las reglas claras de juego, y la vigilancia y control para el cumplimiento de dichas reglas de juego.

En la propuesta el rol del Estado debía orientarse por tres principios que corresponden a la teoría neoclásica: la concepción de bienes públicos como aquellos que generan grandes externalidades para la sociedad, por los cuales los individuos no están dispuestos a pagar, y por lo tanto conciernen al Estado. La concepción de bienes privados, como aquellos que benefician directamente a los individuos y por los cuales se está dispuesto a pagar. Y, la necesidad de garantizar que los escasos recursos del Estado se concentren en permitir que los grupos de población sin recursos, puedan acceder al mercado, a través de subsidios directos. El rol del Estado sería el de modulación, vigilancia y control del sistema.

Las características generales del proyecto de Ley que se aprueba recoge, con diferente intensidad, el debate suscitado. Los principios de la Ley 100 incluyen un concurso entre las propuestas más radicales de privatización de la salud y aquellas vinculadas a un Estado Social, ellos son: descentralización administrativa, autonomía de las instituciones, eficiencia y libre elección, de cohorte neoliberal; equidad, obligatoriedad, protección integral, participación comunitaria, más vinculados a los principios tradicionales de los sistemas de seguridad social y, la calidad como un principio innovador.

Se logra independizar los negocios básicos de la seguridad social: manejo de los riesgos económicos con fuerte participación del sector privado a través de los fondos de pensiones, riesgos de salud atendidos a través de un sistema de aseguramiento y los riesgos de enfermedades profesionales.

Así mismo, la separación de los diferentes negocios en el sector salud: el aseguramiento, la prestación de los servicios, la empresarialización de la red pública hospitalaria, la transformación del subsidio de oferta por subsidio a la demanda, la libre escogencia por parte de los usuarios de su prestador de servicios de salud,

son los resultados de la incorporación práctica de una estrategia de mercado de salud, poco presente hasta ese momento en el país.

Como elemento regulador del mercado, para evitar la “chilenización” del proceso, se planteó un paquete igualitario de beneficios, independiente del régimen de salud. Este paquete de servicios denominado POS (Plan Obligatorio de Salud), permitiría que la competencia se centrara en la calidad de la atención, pues todos los ciudadanos tendrían derecho a los mismos planes de beneficios, independiente de su capacidad de pago.

Las principales características de la reforma al sistema de salud aprobada en los noventa fueron:

- Definición de la modalidad de aseguramiento para la provisión de servicios de recuperación, partiendo de la concepción de bienes públicos y privados. Para ello se reglamenta un Plan Obligatorio de Salud, que adicionalmente será diferencial para los habitantes y mediado por la capacidad individual de pago.
- Definición de un área específica de competencia estatal dada por aquellos servicios considerados como bienes públicos, éste tipo de servicios deben ser la prioridad para la inversión de los recursos del Estado. Para su desarrollo en la normatividad se plantea el Plan de Atención Básica que es un paquete de servicios de promoción y prevención, de carácter universal, gratuito y que apunta a controlar los principales factores de riesgo sobre la salud.
- Construcción de un mercado de salud regulado, con la primicia que para mejorar la calidad de los servicios de salud y la eficiencia es necesario que los usuarios de los servicios de salud puedan elegir libremente quien o quienes proveerán dichos servicios.
- Focalización de los recursos del Estado en el Plan de Atención Básica y en mecanismos que permitan la integración de la población sin capacidad de pago a los seguros (papel compensatorio del Estado): bien sea a partir de que éste asuma el total del subsidio o, como ha ocurrido recientemente, la creación de subsidios parciales para la atención de ciertas patologías.
- Transformación de la red pública hospitalaria en empresas prestadoras de servicios de salud, en este sentido se plantea que es necesario para mejorar la eficiencia y la calidad de los prestadores de servicios de salud, además, al plantearse como principio de la norma la libre elección, estos deben competir por segmentos del mercado para asegurar sus recursos y con ello su permanencia.
- Definición de un modelo de salud que prioriza la recuperación sobre la anticipación, al cimentar la construcción de empresa sobre aquellos servicios más rentables, los bienes privados. Por lo tanto, las acciones

propias del área de promoción de la salud y prevención no son prioritarias en la definición de portafolios de servicios institucionales.

- Legitimación de ciudadanía estratificada: al no garantizar los servicios de salud como parte integral del derecho a la vida, sino como servicio público y dejarlo en manos de un mercado regulado. Se definen formas diferenciales de ciudadanía, de un lado, ciudadanos de primera con acceso a los servicios de salud vía mercado; ciudadanía regulada al acceder a servicios de salud estandarizados vía contrato laboral o subsidios del Estado, y ciudadanía invertida al acceder, por cierta forma de caridad pública, a los servicios de salud (a través de los subsidios a la demanda que aún subsisten en el sistema), a este grupo se denominó vinculados.

La restricción del Estado a las funciones de regulador del mercado, controlador de que las normas se cumplan y financiador de dos actividades prioritarias: una canasta básica de servicios de salud con altas externalidades; y, el acceso a grupos poblacionales con incapacidad de acceder independientemente al mercado de salud, lo que se denominó régimen subsidiado en salud, evidencian la limitación del rol del Estado y la materialización de los llamados procesos de modernización, enfoques ambos dominantes en el neoliberalismo.

De otro lado, la permanencia, tanto del seguro social, Cajanal y Caprecom como aseguradores públicos y de los Regímenes especiales de ECOPETROL, docentes, universidades y ferrocarriles, son producto de la necesidad de disminuir el conflicto potencialmente generado a partir de la reforma, especialmente con los sindicatos que tenían mayor capacidad de movilización.

#### 4. CONCLUSIONES

El control por el poder del Estado es por excelencia un escenario en disputa para los diferentes actores socio políticos, mas que un instrumento de una clase social. El análisis del proceso que se dio en Colombia frente al debate, formulación y promulgación de la reforma al sector de la salud y la seguridad social, en la década de los noventa, nos aproxima a comprender la lucha que hay al interior del Estado por el control del poder estatal.

Esta investigación evidenció la conformación de distintos actores que se configuraron alrededor de la formulación de la ley 100 de 1993. Los diferentes actores sociopolíticos que se constituyeron representaban intereses clasistas específicos, cada uno de ellos tuvo capacidad distinta de movilización e ingerencia en el proceso de toma de decisiones. La posibilidad de incidir en la formulación de la ley, por parte de los actores sociopolíticos, estuvo relacionada con los recursos disponibles, la capacidad de movilización y la negociación de sus intereses específicos como grupo.

Los actores nacionales que se configuraron durante los tres años del debate representaban y defendían intereses particulares de clase, sin embargo, no podemos decir que los intereses clasistas respaldados hayan sido homogéneos.

Los gremios económicos defendieron una reforma que garantizara la apertura al sector privado de los servicios de salud y pensiones, a través de la creación de mercados de libre competencia. Sin embargo, las posiciones más radicales fueron de la asociación de empresas de medicina prepaga y del sector de aseguradores, representado por Fasescolda. Estas asociaciones gremiales veían una oportunidad importante para fortalecer su capital, especialmente el capital financiero. La ANDI y FENALCO también defendieron ampliamente la creación de un mercado de servicios de salud y pensiones, con la condición de no alterar la proporción financiada, para la seguridad social, por parte de los empleadores y los empleados. Los gremios económicos contaban con la representación de sus intereses a través de los partidos tradicionales y con formación de cuerpos burocráticos, quienes defendieron técnicamente estas posiciones desde altos cargos del gobierno.

Los obreros, organizados a través de los sindicatos, tenían intereses gremiales particulares, los cuales representaron fracciones de clase. Una fracción correspondió a los trabajadores de la red de hospitales y los trabajadores del seguro social; ellos defendieron el mantenimiento de las instituciones propias del Estado del Bienestar, el Seguro Social y la red pública de hospitales. Otra fracción del sector sindical fueron los trabajadores de sectores tradicionalmente fuertes de

la economía nacional, defendieron las garantías alcanzadas a través de sus luchas, con las cuales habían logrado sistemas de salud y pensiones ventajosos, con relación al conjunto de los asalariados colombianos, está fue la situación de los sindicatos del sector educativo y petrolero. La negociación que hizo el Gobierno nacional con los sindicatos más importantes al mantener sus regímenes especiales, nos evidencia que primó, para los sindicatos, la protección de los intereses gremiales sobre una idea de salud como derecho de todos los ciudadanos.

Otros sectores sociales, en general, estuvieron ausentes del debate nacional, con excepción de los pueblos indígenas quienes siempre habían estado excluidos de los servicios de salud. La reforma al sistema de salud en Colombia fue valorada como una oportunidad para acceder a recursos y servicios de salud, por parte de la organización indígena. La protección de las instituciones propias del Estado del Bienestar, era una prioridad fundamentalmente de la misma clase trabajadora, quienes veían el riesgo de perder o retroceder en los avances alcanzados. Otros actores sociales no participaron en el debate, probablemente producto de su exclusión crónica de los servicios de salud. Defender o no un conjunto de instituciones del Bienestar no estaba en sus agendas.

Sin embargo y a pesar de la capacidad de negociación de algunos actores a nivel nacional, lo que se demostró es que prevalecieron los intereses de los gremios económicos, respaldados por el debate técnico internacional, que en ese momento lideraba la banca multilateral, frente a la disminución de la intervención estatal en los servicios sociales. La reforma a la salud y la seguridad social permitió que se generaran condiciones para fortalecer prioritariamente la reproducción del capital, a través de garantizar un flujo importante de recursos económicos hacia el sector privado, por su incursión en el manejo de los nuevos mercados de salud y pensiones.

Adicionalmente, el debate nacional logró cuestionar la capacidad misma del Estado para la implementación de las políticas sociales, abriendo camino para la vinculación del sector privado a esta área de la economía y, por esta vía, proteger la percepción de legitimidad del Estado. Los principales defensores de las instituciones de salud existentes fueron los funcionarios públicos, específicamente trabajadores sindicalizados del sector salud; sus principales detractores – banca multilateral, gremios económicos, aseguradores, técnicos – fueron quienes se beneficiarían directamente de la liberación de significativos recursos económicos para la inversión del capital.

Los sectores sindicales, a lo largo de la discusión de los distintos proyectos de ley, no se mostraron fuertes. Se centraron en luchar por la “no privatización” del sistema pensional y no lograron dimensionar el desmonte estatal de los servicios de salud. Ellos no imaginaban que fuera posible la creación de un mercado de servicios de salud. Además, el lenguaje técnico, en el que se ubicó el debate,

desbordó la capacidad de comprensión y con ello de contra argumentación de los líderes sindicales.

Los sindicatos, además de no comprender el lenguaje técnico, no lograron construir una plataforma unificada de lucha que permitiera su cohesión a partir de intereses comunes. Por el contrario, los sindicatos más importantes del país como los educadores y los trabajadores de Ecopetrol, negociaron con el Gobierno del Presidente Gaviria, para mantener algunos de los privilegios alcanzados en el pasado. Esto provocó una menor capacidad de movilización por parte del conjunto del sector sindical y, con ello, se demostró poca cohesión del mismo frente a las luchas por la salud.

Así mismo, podemos decir, que la ausencia de otros sectores sociales, en el debate de la reforma a la salud y la seguridad social, fue producto de una pobre vinculación de los intereses sindicales a los intereses populares. En ese momento el sector sindical no logró vincular a otros grupos sociales para la movilización por el respaldo a las instituciones públicas de la salud. Probablemente, la exclusión de amplios grupos poblacionales de los beneficios directos de los servicios de salud, hacía más distante los intereses de los sectores populares al de los sectores sindicales. Incluso algunos sectores sociales, como el movimiento indígena, defendieron en su momento la propuesta ya que les abría la posibilidad para el manejo autónomo de recursos y servicios de salud; y las organizaciones comunitarias, quienes tenían la posibilidad de participar en la creación de empresas solidarias de salud.

En el curso del debate, es fundamental el papel que cumplieron los cuerpos técnicos del Estado. Para garantizar la legitimidad de las instituciones estatales el debate fue mostrado, ante los diferentes sectores sociales y los medios de comunicación, por parte de los técnicos de Planeación y los respectivos Ministerios, como un problema administrativo y financiero. Esta estrategia pretendió ubicar la discusión, aparentemente, por fuera de la agenda política y se presentó a la sociedad con un llamado de urgencia por el inminente colapso del sistema pensional y la total ineficiencia del sistema de salud.

El papel que jugaron los técnicos en este debate, demuestra la creciente importancia de los cuerpos profesionales en la administración del Estado. Los técnicos, con el poder del conocimiento, mostraron la situación de salud y pensiones como producto de la ineficiencia estatal y lograron centrar los debates en asuntos de cálculo financiero y de riesgo. A partir de esta argumentación defendían el papel de la participación privada en el aseguramiento y en la prestación de los servicios de salud, como la principal alternativa para mejorar la calidad y la eficiencia de los mismos. Así mismo, mostraban el valor de que el Estado dedicara los escasos recursos existentes a la financiación del acceso a los servicios de salud para aquella población sin capacidad de pago, pues según los argumentos centrales, la mayoría de los recursos del Estado no estaban

dedicados a las poblaciones más necesitadas y estas continuaban excluidas del sistema de salud.

Este discurso técnico en la práctica encubría un asunto central del debate: ¿cuál era la responsabilidad del Estado frente al bienestar de sus ciudadanos? Y ¿cómo debía asumirse en el marco del Estado?. Los técnicos del equipo de Gobierno del Presidente Gaviria, tenían posiciones ideológicas frente al papel del Estado en el bienestar colectivo y su énfasis fue garantizar el fortalecimiento del capital manteniendo el conflicto social en márgenes controlables. El control del conflicto social es el que nos permite comprender porque se mantuvieron los regimenes especiales de los sectores cuyos sindicatos tenían la mayor capacidad de movilización.

Es importante llamar la atención que en esta investigación se encontró que el Gobierno no es homogéneo. En el periodo inicial del Gobierno de Gaviria el Ministerio de Salud se encontraba en manos del recién desmovilizado M – 19, quien por hacer parte de la coalición de gobierno, no permitió que avanzara la propuesta de Planeación Nacional. En el ISS se encontraba una economista de filiación liberal, que fue siempre una de las principales oponentes de la privatización en el aseguramiento de los servicios de salud así como de la creación de los fondos privados de pensiones.

Esta tensión al interior del gobierno no permitió que la reforma avanzara ni en la Comisión Transitoria creada por la Asamblea Nacional Constituyente, ni en los debates iniciales. Sólo pudo ser superada, una vez el M – 19 se retira del equipo de Gobierno y en su lugar se ubicaran funcionarios que compartían la perspectiva de que prevalecía en el Gobierno central.

El manejo político que se hace, para lograr el respaldo de la reforma legislativa, a partir de la negociación de intereses con grupos particulares, da razón de las formas clientelistas que asume la negociación política y con ello de la capacidad de cooptación de los potenciales contradictores. Por esta vía, se negocia la permanencia del ISS y condiciones “ventajosas” para su ingreso a los negocios de salud y pensiones, la persistencia de los regimenes especiales de salud – ECOPETROL, educación – y el mejoramiento de las condiciones salariales para los trabajadores del sector.

Este acuerdo político, publicitado por los principales medios de comunicación, permitió que avanzara el proyecto de Ley y que la reforma a la seguridad social fuera presentada ante los ciudadanos como el principal avance en términos de política social. Sin embargo, y a pesar del acuerdo político, el manejo de la reglamentación del Congreso y la dilatación en la aprobación de la reforma, hacen que el Congreso adquiera mayor protagonismo, lo que induce a retomar viejas formas de manejo clientelista para lograr la aprobación de la reforma. Muchos actores en su momento lo manifestaron, el Gobierno promete inversiones

millonarias y recursos del presupuesto nacional. Así mismo por tratarse de un año electoral la reforma a la Seguridad Social se presentó como una excusa privilegiada para aparecer en la agenda pública por parte de algunos de los más importantes candidatos de la época.

En el proceso de formulación de la Ley 100 tiene mayor fuerza una posición neoliberal sobre el Estado, cuyo principal representante a nivel internacional es la Banca Multilateral y a nivel nacional los técnicos de Planeación Nacional. Por ello la reforma define como ejes centrales la creación de un mercado de servicios de salud, la participación privada en el manejo de los recursos de pensiones y en la provisión del aseguramiento de los riesgos de salud, el pago de aranceles para el acceso a los servicios de salud, la limitación de la responsabilidad directa del Estado a la financiación y provisión de un paquete mínimo de servicios con altas externalidades y, la focalización de los recursos estatales en la población incapaz de acceder a los servicios de salud a través del mercado.

Podemos decir que con la reforma al Sistema General de Seguridad Social se dan pasos hacia la disminución de la responsabilidad estatal en el acceso a los servicios de salud y pensiones y se sientan las bases para la disminución del papel del Estado en cualquier área de la política social, permitiendo a mediano plazo el desmonte de las instituciones públicas, el fortalecimiento del capital por el incremento del flujo de recursos procedente de salud y pensiones y la reducción pausada del tamaño del Estado y de la responsabilidad directa de este para con sus afiliados. Así mismo, esta propuesta de Estado implica una restricción de la ciudadanía social y regulación de la misma mediada por la capacidad económica individual.

Al supeditar la entrega de subsidios estatales a condiciones de alta vulnerabilidad social (indigencia y extrema pobreza), incrementa las condiciones de incertidumbre social para amplios grupos poblacionales, ubicados especialmente en las clases medias y pobres de las sociedades, que durante el siglo pasado habían podido acceder a un conjunto de servicios sociales a través de las instituciones y los recursos del Estado y, que de acuerdo a los nuevos límites de la intervención del Estado, ya no serían sujetos de su atención.

Finalmente, es importante decir que esta investigación ha sido una oportunidad para poner en juego diferentes aportes teóricos. La teoría ayuda a comprender los procesos sociales, pero no puede ser usada de manera restrictiva y excluyente, es decir dogmática, sino que algunos enfoques teóricos se pueden usar de manera complementaria, para aproximarse a un fenómeno social, en nuestro caso, la negociación que se hace al interior del Estado, entre diferentes grupos de interés, para incidir en una política pública.

## BIBLIOGRAFIA

### FUENTES PRIMARIAS

AGUDELO, Carlos. (1991). Filosofía de la Política del Ministerio de Salud. Para que Viva la Vida. Santa Fe de Bogota. Septiembre 13 y 14.

(1992). Viceministro de Salud. Un Nuevo Sistema de Salud. El reto del Siglo XXI. Santa fe de Bogota.

(2006). Entrevista realizada por Yadira Borrero. Santa Fe de Bogotá. Agosto

ARAUJO, Noguera, Álvaro. (1992). Proyecto de Ley No 248 de 1992. Diciembre.

ASOCIACION COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA, ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA, FEDERACION MEDICA COLOMBIANA y ASOCIACION COLOMBIANA DE SOCIEDADES CIENTIFICAS. (1993) Un Nuevo Sistema de Seguridad Social para los colombianos. Aporte a los debates de la reforma de la Seguridad Social. Santa Fe de Bogota. Abril.

BANCO MUNDIAL. (1987) "El Financiamiento de los Servicios de Salud en los Países en Desarrollo. Una Agenda para la Reforma". En: Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Número especial sobre Economía de la Salud. Vol. 103 No 6. Diciembre. Washington.

(1989). Oficina Regional de América Latina y el Caribe. Colombia, Programas Sociales y erradicación de la Pobreza: Evaluación de las Iniciativas del gobierno. 20 de Enero.

(1991). Apertura, Liberalización del Comercio Exterior en los Países en Desarrollo. Fondo Editorial Legis. Washington.

(1993). Informe Sobre el Desarrollo Mundial: "Invertir en Salud". BM. Washington D.C. Julio. 1ª Ed.

BERNAL, Maria Elisa. (1989) "La Reestructuración del Sistema Nacional de Salud". Rev. Fedesarrollo No 1. Julio.

BOTERO Zea, Fernando. (1991) "Es Urgente Reformar el Sistema de Seguridad Social". En: Eduardo Lora Editor. Apertura y Modernización. Las Reformas de los Noventa. Tercer Mundo Editores, Fedesarrollo. Santa Fe de Bogota.

BUSTAMANTE García, Everth, (1992) Senador. Ponencia para Primer Debate al Proyecto "Por el cual se crea el Sistema Integral de Seguridad Social y se dictan otras disposiciones". Comisión VII Congreso de la República. Santa Fe de Bogota.

(1993). "El costo de la Reforma. Pregunta de los Millones". En: El Tiempo. Lecturas Dominicales. Septiembre 19.

BUSTAMANTE, Fernando y Portales, Carlos. (1988) Consultores OPS/OMS. "Política de Salud en América Latina. Aspectos Institucionales de su Formulación, Implementación y Evaluación. En OPS/CL 7D. Washington OPS / CLAD.

CARDENAS, Miguel Eduardo y Olano, Guillermo. (1992) Coordinadores. Reforma de la Seguridad Social en Salud. Editorial. Fundación FESCOL, Fundación Corona, Fundación Restrepo Barco. Santa Fe de Bogota. Abril.

CAMACHO, Yesid. (2006). Entrevista realizada por Yadira Borrero. Julio. Santa Fe de Bogotá.

CONGRESO DE LA REPUBLICA. (1993a). Ley 100. Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Santa fe de Bogota.

(1993b) Ley 60 de 1993. Distribución de Competencias y Recursos. Santa fe de Bogota. Enero.

CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL. (1996a) Acuerdo No 23 "Por Medio del Cual se Define la Forma y Condiciones de Operación del Régimen Subsidiado del Sistema de Seguridad Social en Salud". Santa Fe de Bogota. Enero.

(1996b) Acuerdo No 49 "Por Medio del Cual se Modifica y Adiciona el Acuerdo No 23 del CNSSS". Santa Fe de Bogota. Noviembre.

DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACION. (1991) Apertura a la Salud. Lineamientos del Plan de Acción 1991 – 1994, Resumen Ejecutivo. Doc. DNP 2531-UDS-Ministerio de Salud. Santa Fe de Bogota, Mayo.

(1993) Oficina de Prensa. Reporte No 19 de Empresas Solidarias de Salud. Marzo.

DEULIN, Robert. Las Privatizaciones y el Bienestar Social. Revista de la CEPAL No 49. Abril de 1993.

DIAZ Uribe, Eduardo. (1989). Ponencia de Instalación Presentada por el Señor Ministro de Salud, el 12 de Julio de 1989 en el Primer Debate: "El Sistema Nacional de Salud de Urgente Alternativa de Reforma".

EQUIPO PREPARATORIO II FORO POR LA SALUD DEL PUEBLO. (1990) "Por Una Vida Digna para la Población". Ponencia Central Presentada al II Foro por la Salud del Pueblo. Santa Fe de Bogota. Noviembre.

ESCUELA de Salud Pública. Universidad de Harvard. La Reforma de Salud en Colombia y el Plan Maestro de Implementación. Informe Final. Abril de 1996  
Facultad Nacional de Salud Pública. "Memorias del Seminario Nacional de Seguridad Social". Medellín. Junio de 1992

FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA. (1992). Memorias del Seminario Nacional de Seguridad Social. Medellín.

FEDESARROLLO, FESCOL. (1989) Sistema Nacional de Salud. Debates. No 1. Editorial Presencia Ltda. Santa Fe de Bogota.

FRENK, Julio y Londoño, Juan Luís. (1997) Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo. Oficina de Economista Jefe. Documento de Trabajo No 353.

FUNDACION FORO NACIONAL POR COLOMBIA. (1993) "La Política Social, los Pobres Contra la Pared". En: Revista Foro. No 20, Mayo. Santa Fe de Bogota, D.C.

GACETA CONSTITUCIONAL. (1991). Informe Ponencia para Primer Debate en Plenaria: Finalidad Social del Estado y la Seguridad Social. Santa Fe de Bogota. 21 de Mayo. Imprenta Nacional. Santa Fe de Bogota.

GONZALES, Camilo. (1993). "Privatización de la Seguridad Social". Carta Universitaria No 52. Julio.

GONZALES, Camilo; Agudelo Carlos y Cardona Álvaro. (1993). "Comentarios al Proyecto de Seguridad Social en Salud". En: Cuadernos de Salud y Desarrollo. Corporación Salud y Desarrollo. Septiembre. Santa Fe de Bogota.

GUERRA DE MACEDO, Carlile. (1987). Mensaje del Director Equidad y Eficiencia. En: Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Número especial sobre Economía de la Salud. Vol. 103 No 6. Diciembre. Washington.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. (1993). División de Investigaciones Especiales. "Indicadores de Salud y sus Tendencias". Santa Fe de Bogota. Febrero.

LA PREVISORA SA. (1989). La Seguridad Social. Una Prioridad Nacional. Memorias del I Foro de la previsora. La previsora SA. Compañía de Seguros. Santa fe de Bogota.

MINISTERIO DE SALUD. (1989). Proyecto de Ley No 120. "Por el Cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones". Bogotá.

(1990a). Decreto No 1416. Julio. "Por el cual se dictan normas para la organización y establecimiento de las modalidades y formas de participación comunitaria en la prestación de servicios de salud"

(1990b) Documento de Trabajo: Organización de los Servicios de Salud de I Nivel de atención para los Colombianos. Fortalecimiento y Ampliación. Santa fe de Bogota. Impreso.

(1990c) Ley 10 de 1990 "Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones". Santa Fe de Bogota.

(1991a) Dirección de Participación de la Comunidad. Programa de Consolidación del SNS. "Lineamientos Generales sobre la participación social comunitaria en el proceso de descentralización del sistema de salud. Aportes para la discusión". Santa Fe de Bogota. Mayo 21.

(1991b). Plan de Atención Primaria en Salud 1991 – 1994, "Familia Sana en Ambiente Sano". Fortalecimiento de la Relación Comunidad – Instituciones para la Prestación de Servicios en el Municipio. Santa Fe de Bogota, Mayo 29.

(1992a). Plan para el Mejoramiento de la Gestión de la Salud. Santa Fe de Bogota. Marzo.

(1992b). Resolución No 2421 de Abril. "Por el cual se dictan normas para el cumplimiento de las funciones de los Comités de participación Comunitaria". Santa Fe de Bogota.

(1992c). Decreto No 412. "Por el Cual se reglamentan los Servicios de Urgencias y se Crean Otras Disposiciones"

(1992d) Documento de Trabajo. Proyecto de Ley "Por el cual se organiza el Sistema de Salud Publica". Santa Fe de Bogota.

(1994). La Reforma de la Seguridad Social en Salud. Tomo I, II y III. Anexo Documental. Santa Fe de Bogota.

MINISTERIO DE SALUD/ACOMSAP. (1992). Reorganización del Sistema Nacional de Salud. Una Respuesta al Cambio Social. Memoria Analítica. Tomo I y II. Bogota.

MINISTERIO DE SALUD y DNP. (1990). Estudio Sectorial de Salud. "La Salud en Colombia". Documento General. Tomo I y II. Dirección: Francisco José Yépez. Santa Fe de Bogota.

(1993). Empresas Solidarias de Salud. Documento CONPES Social 001-DNP/UDS/ Ministerio de Salud. Santa Fe de Bogota. 23 de Febrero. Versión para discusión.

MUSGROUE, Philip. (1986). "Repercusiones de la Crisis Económica sobre la Salud y sobre la Atención Sanitaria en América Latina y el Caribe. En: Crónicas de la OMS, 40 (4).

OMS. (1986a). Carta de Ottawa. La Promoción de la Salud. I Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud.

(1986b). Foro Mundial de la Salud. Revista Internacional de Desarrollo Sanitario. Vol. 7, No 1. Ginebra

(1988). Foro Mundial de la Salud. Revista Internacional de Desarrollo Sanitario. Vol. 9, No 1. Ginebra.

OMS/UNICEF. (1978). Atención Primaria en Salud. Alma Ata 1978. Ginebra.

OPS. (1988a). Documento CD 33/14, Resolución XV – XXXIII del Comité Directivo. Desarrollo y Fortalecimiento de los SILOS en la Transformación de los Sistemas Nacionales de Salud. Washington DC, Septiembre.

(1988b). Grupo de Trabajo del Comité Regional. El Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la Transformación de los Sistemas Nacionales de Salud. Doc. CE 101/25. 101ª reunión. Washington DC. Junio / Julio.

(1989a). Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 106, No 1. Enero. Washington. D.C.

(1989b). Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 107, No 1. Julio. Washington. D.C.

(1989c). Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 107, No 2. Agosto. Washington. D.C.

(1989d). Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 107, No 3. Septiembre. Washington. D.C.

(1990a). Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 108, No 1. Enero. Washington. D.C.

(1990b). Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 109, No 1. Julio. Washington. D.C.

(1990c). Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 109, No 2. Agosto. Washington. D.C.

(1990d). Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 109, No 3. Septiembre. Washington. D.C.

(1990e). Boletín Epidemiológico. Vol. 10 No 4. Washington DC.

(1991). "Teoría y Práctica de la Salud Pública. Una propuesta para su desarrollo en América Latina". En: Boletín Epidemiológico. Vol. 12 No 4. Diciembre. Washington DC.

(1992a). La Crisis de la Salud Publica: Reflexiones para el Debate. Publicación Científica No 540. Washington.

(1992b). Serie de Desarrollo de Recursos Humanos, No 95. Salud Internacional un Debate Norte Sur. Washington DC.

(1994). Las Condiciones de Salud en las Ameritas. Vol. II. Publicación Científica No 549. Washington. 1994.

(2002). La OPS y El Estado Colombiano: 100 años de historia 1902 – 2002. Bogotá. Octubre.

OPS/CEPAL. (1991) Salud, Equidad y Transformación Productiva en América Latina y el caribe. Versión Preliminar del documento que se presento en la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana. Santiago de Chile. Publicación de Naciones Unidas. Septiembre.

OPS/CLAD (1988). Políticas de Salud en América Latina. Aspectos Institucionales de su Formulación, Implementación y Evaluación. Washington

OPS/OMS. (1964) Reunión de Ministros de Salud. Grupo de Estudio. Washington D.C. Abril 15 – 20 de 1963. Washington: Documento Oficial No 51.

(1985). Consideraciones acerca de la situación y tendencias de los servicios de salud en América Latina y el Caribe. Belice. Noviembre de 1985.

(1989). Salud y Desarrollo. Repercusiones de la Crisis Económica. 103ª Reunión en Washington D.C. Doc. CE 103/7. Junio / Julio.

(1990). Los Sistemas Locales de Salud. Conceptos, Métodos y Experiencias. Publicación Científica No 519. Washington. 1990.

(1993). Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Temas de Discusión. Washington DC.

PERFETTI, Mauricio. (1993) "Algunas precisiones en cuanto a la reforma de la Seguridad Social y Régimen Actual". En: Revista Universidad Javeriana. El Pensamiento Cristiano en Dialogo con el Mundo: El Debate de la Seguridad Social. Bogota. Marzo.

REPUBLICA DE COLOMBIA. (1991). Constitución Política de Colombia. Santa Fe de Bogota.

(1993) "Ley 100 de 1993 'Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones'." Diario Oficial, jueves 23 de diciembre.

REPUBLICA DE COLOMBIA / DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACION. (1991). Apertura a la Salud. Lineamientos del Plan de Acción 1991 – 1994. Resumen Ejecutivo. Documento DNP - 2531UDS - MinSalud. Bogota.

SANTAMARIA Tavera, Fanny. (1993) "La Reforma del ISS: Los Colombianos tienen la Palabra". En: Revista Universidad Javeriana. El Pensamiento Cristiano en Dialogo con el Mundo: El Debate de la Seguridad Social. Bogota. Marzo.

SENADO DE LA REPUBLICA. (1992). Proyecto de Ley No 120/92 "Por el Cual se Dictan Normas sobre Distribución de Competencias y Recursos conforme a los artículos 356 y 357 de la Constitución". En: Gaceta del Congreso, 28 de Agosto. Imprenta Nacional. Santa Fe de Bogota.

(1993) Proyecto de Ley 108/93 "Por el Cual se Establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo". En Gaceta el Congreso, 19 de Octubre de 1993. Imprenta Nacional. Santa Fe de Bogota.

YEPES Lujan, Francisco. (2007). Entrevista realizada por Yadira Borrero. Febrero.

## **REVISTAS**

Revista Semana (Diciembre de 1990 – Diciembre de 1993)

## **PERIODICOS:**

El Tiempo (Diciembre de 1990 – Diciembre de 1993)

El Espectador (Diciembre de 1990 – Diciembre de 1993)

## **FUENTES SECUNDARIAS**

ABEL Cristopher. (1988). Salud, Sociedad y Política en la Colombia Actual: una perspectiva general. Ponencia presentada en el Foro de Salud, Sociedad y Política. Departamento de Ciencia Política, Universidad de los Andes. Bogotá, 23 de septiembre. (Mimeografiado).

(1996). Ensayos de la Historia de la Salud en Colombia 1920 – 1990. Instituto de Estudios Políticos y Relaciones Internacionales de la Universidad nacional – CEREC. Santa Fe de Bogota.

AGUILAR, Luís F. (1993). Problemas Públicos y Agendas de Gobierno. Miguel Ángel Porrúa Grupo Editorial. México.

AHUMADA, Consuelo. (1996) "La ideología Neoliberal: Una Justificación Teórica del Predominio de los Poderosos". En: Revista Papel Político No 3. Marzo. Universidad Javeriana de Bogota.

(1988). "Política Social y Reforma de Salud en Colombia". En: Revista Papel Político No 7. Abril. Universidad Javeriana de Bogota.

ARANGO, Luz Gabriela. (1997). Compiladora. La Crisis Socio Política Colombiana: un Análisis no Coyuntural de la Coyuntura. Observatorio Socio Político y Cultural. Centro de Estudios Sociales y Fundación Social. Santa Fe de Bogota. Bogota.

ARBELAEZ Rudas, Mónica. (2002). La Protección a la Salud. Línea Jurisprudencial y Notas Constitucionales. CINEP – Diakonia. Santa Fe de Bogota. Noviembre.

ARELLANO, Oliva López y Blanco Gil, José. (1993). La Modernización Neoliberal en Salud. México en los Ochenta. Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad de Xochimilco. México.

BARRETO de Oliveira, Francisco. (1994). Sistemas de Seguridad Social en la Región Problemas y Alternativas de Solución. Red de Centros de Investigación Económica Aplicada. BID. Washington DC.

BECK, Ulrich. (1997). ¿Que es la Globalización?. Falacias del Globalismo, Respuestas a la Globalización. Ediciones Paidós Ibérica. Barcelona.

BEJARANO, Jesús Antonio. Historia Económica y Desarrollo. La Historiografía Económica sobre los siglos XIX y XX en Colombia. CEREC. Santa fe de Bogota. Marzo de 1994.

BELL, Daniel, (1977) .Las contradicciones culturales del capitalismo, Alianza Universidad, Madrid

BEVERIDGE, William. (1987). Las Bases de la Seguridad Social. FCE. 1ª Ed. Biblioteca de la Salud. México DF.

BOBBIO, Norberto. (1986). El Futuro de la Democracia. FCE. México.

(1989a). Estado, Gobierno y Sociedad. Por una Teoría General de la Política. FCE. México.

(1989b). Liberalismo y Democracia. FCE. 1ª Edición. México 1989.

BORJA, Jordi. (1989). Estado, Descentralización y Democracia. Colección Ciudad y Democracia. Ediciones Foro Nacional por Colombia. Bogota.

BORJA, Jordi y Castells, Manuel. (1998) Local y Global. La Gestión de las Ciudades en la Edad de la Información. Grupo Santillana Editores. 3ª Edición.

BOURDIEU, Pierre. (1998) "La Esencia del Neoliberalismo". En: Le Monde Diplomatique, No 528, Marzo.

(2003). Las Estructuras Sociales de la Economía. Editorial Anagrama, S.A., Barcelona.

BRESSER, Carlos. (1995). Reformas económicas y crecimiento económico: eficiencia y política en América Latina. En: Las reformas económicas en las nuevas democracias. Alianza editorial. Madrid.

CARDONA, Álvaro y otros. (1992). Sociedad y Salud. Zeus Editores Ltda. 1ª Edición. Santa Fé de Bogotá.

CASTEL, Robert. (1997) La Metamorfosis de la Cuestión Social. Una Crónica del Salariado. Ed. Paidós. Estado y Sociedad. 1ª Edición. Barcelona.

(2004). La Inseguridad Social. ¿Qué es estar protegido?. Ediciones Manantial SRL. Buenos Aires Argentina.

CRISTANCHO Parra, J. Leopoldo. (1986). Colombia y los Modelos de Seguridad Social en el Mundo. Ed. Tercer Mundo. Santa Fe de Bogota.

DE SWAAN, Abram. (1992) A Cargo del Estado. Ediciones Pomares – Corredor S.A. Barcelona.

DEUTSCH, Kart. (1998). Política y Gobierno. FCE. 1ª Edición en español. México DF.

DURKHEIM, Emilio. (1995). La División del Trabajo Social. Ediciones Akal, S.A. 3ª Edición. Madrid España.

(1974). Lecciones de Sociología. Física de las costumbres y el derecho. Colecciones Tauro Schapire Editor. Buenos Aires, Argentina.

FERGUSON, Guillermo. (1983) Esquema Crítico de la Salud en Colombia. 2ª Edición. Fondo Editorial CIEC. Santa Fe de Bogota.

FLEURY, Sonia y Molina, Carlos Gerardo. (2000). Modelos de Protección Social. Impreso. Septiembre.

FRANCO, Saúl. (1999). El Quinto: No Matar. Contexto Explicativo de la Violencia en Colombia. T.M. Editores y IEPRI (UN). 1ª Edición. Febrero. Santa Fe de Bogota Colombia.

GARCIA, Juan Cesar. (1994). Pensamiento Social en Salud en América Latina. OPS/Interamericana McGraw – Hill. Washington.

GIDDENS, Anthony. (1999) “El Futuro del Estado Benefactor”. En: Estudios Públicos. 74.

GOUGH, Ian. (1982). Economía Política del Estado de Bienestar. H. Blume Ediciones. Madrid.

HERNANDEZ Álvarez, Mario. (1995). Proceso Socio Político y Salud en Colombia 1958- 1993. Ponencia presentada a; IV Congreso Latinoamericano de Historia de la Ciencia y la Tecnología. Sociedad latinoamericana de la Ciencia y la Tecnología, Cali, Enero 24 – 27.

HOBBS, Thomas. (1968). Leviatán. O la Materia, Forma y Poder de una República, Eclesiástica y Civil. Editorial de la Universidad de Puerto Rico. 5ª Edición Española. San Juan de Puerto Rico.

JARAMILLO Pérez, Iván y Otros. (1994). Comentarios a la Reforma de la Seguridad Social. Ediciones Rosaristas. 1ª Edición. Medellín.

KALMANOVITZ, Salomón. (1994). Economía y Nación. Una Breve Historia de Colombia. 4ª Edición, TM Editores. Santa Fe de Bogotá 1994.

(2001). Las Instituciones y el Desarrollo Económico en Colombia. Grupo Editorial Norma. Santa Fé de Bogotá.

LAURELL Asa, Cristina. (1992). Estado y Políticas Sociales en el Neoliberalismo. Fundación Friedrich Ebert. México.

LEAL Buitrago, Francisco. (1989). Estado y Política en Colombia. Ed. Siglo XXI y CEREC. 2ª Ed. Bogotá.

LECHNER, Norbert. (1977). "Tres Formas de Coordinación Social". En: revista de la CEPAL No 61. Abril.

LONDOÑO, Juan Luís. (1997) "Brechas Sociales en Colombia". En: revista de la CEPAL No 61. Abril.

LOPEZ, María Victoria y Cardona Acevedo, Marleny. (2000). "Marco Explicativo de los efectos del modelo de desarrollo en América Latina: cinco tesis sobre las políticas de salud". En: curso Internacional Itinerante: La Salud Colectiva a las Puertas del Siglo XXI. Memorias. Vol. I. Universidad Nacional de Colombia, sede Medellín y Universidad de Antioquia. Medellín.

LORA, Eduardo y Lanceta, Cristina. (1995). Coordinadores: "El Salto Social en Discusión. Políticas Sociales 1994 - 1998". T.M. Editores, PNUD, Fedesarrollo. Julio. Santa Fe de Bogotá.

MARX, Carlos. (1959) El Capital. Crítica a la Economía Política. Tomo I. FCE. México 2ª Edición en Español.

(2003). El 18 Brumario de Luís Bonaparte. Fundación Federico Engels. 1ª Edición. Madrid.

MARX, Carlos y Engels, Federico (1997). Manifiesto Comunista. Ediciones Akal SA. Madrid - España

MESA LAGO, Carmelo. (1986) La Crisis de la Seguridad Social y la Atención a la Salud. Experiencias y Lecciones Latinoamericanas. FCE. México.

NAVARRO, Vincent. (1997). Neoliberalismo y Estado del Bienestar. Ed. Ariel Sociedad Económica SA. Barcelona.

OCAMPO, José Antonio. (Comp.) (2007). Historia Económica de Colombia. 1ª Ed revisada y actualizada. Santa Fe de Bogotá. Editorial Planeta Colombiana SA.

OFFE, Claus. Contradicciones en el Estado de Bienestar. Alianza Editorial S.A. Madrid. 1990.

OPS. Estructura y Comportamiento del Sector Salud en la Argentina, Chile y Uruguay. Estudio de casos y modelos Histórico Evolutivos

OPS/OMS. (1990). Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. La Participación Social. Estudios de Caso. Washington.

(2005). Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Americas. Borrador para Discusión 12 de Julio.

OQUIST, Paul. (1978). Violencia, Conflicto y Política en Colombia. Talleres Gráficos Banco Popular. Bogota.

PECAUT, Daniel. (1987). Orden y Violencia: Colombia 1930 – 1954. Vol. I. Siglo XXI Editores. Santa Fe de Bogota.

POULANTZAS, Nicos. (1975). Poder Político y Clases Sociales en el Estado capitalista. Siglo XXI Argentina Editores SA. 11ª Edición.

(1979). Estado, Poder y Socialismo. Siglo XXI Editores, SA. 1ª Edición en español. Buenos Aires - Argentina

PUYANA, Yolanda y Gonzáles Posso, Camilo. (1994). Departamento de Trabajo Social UN e Indepaz. La Política Social en los noventa. Análisis desde la universidad. Ed. Presencia. Santa Fe de Bogota.

QUEVEDO, Emilio y Otros. (1993) "Ciencias Medicas, Estado y Salud en Colombia 1886 - 1957". En: Historia Social de la Ciencia en Colombia. Tomo VII y VIII. Colciencias. Santa Fe de Bogota. Marzo.

REPUBLICA DE COLOMBIA. Ministerio de Salud. Programa Universidad de Harvard. (1996). La Reforma de Salud en Colombia y el Plan Maestro de implementación. Informe Final. Santafé de Bogotá, abril.

RESTREPO, Guillermo y Villa, Agustín. (1980). Desarrollo de la Salud Pública Colombiana. Universidad de Antioquia. Escuela Nacional de Salud Pública. Medellín.

RODRIGUEZ, Oscar y Arévalo, Decsi. (1992) Estructura y Crisis de la Seguridad Social en Colombia 1946 – 1992. Centro de Investigaciones para el Desarrollo. Universidad Nacional de Colombia. Santa Fe de Bogota. 1992.

ROSANVALLON, Pierre. (1995). La Nueva Cuestión Social. Repensar el Estado Providencia. Ediciones Manantial. Buenos Aires.

ROUSSEAU, Juan Jacobo. (1992). El Contrato Social o Principios de Derecho Político. Editorial Porrúa SA. 9ª Edición. México, D.C.

SARMIENTO Anzola, Libardo. (1993). “Elecciones presidenciales 1944. Balance de la política social y programas electorales”. En: Revista Foro No 23. Noviembre.

SEM, Amartya. (1999). "La Salud en el Desarrollo". Discurso Inaugural ante la 52ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra. Martes 18 de Mayo.

SOJO, Ana. (2001). Reformas de Gestión: Salud en América Latina. En: Revista de la CEPAL No 74. Agosto.

TOURAINÉ, Alain. (1997). ¿Podremos Vivir Juntos?. La Discusión Pendiente. FCE de Argentina, SA. Buenos Aires.

VALENCIA Gutiérrez, Alberto. (1998). Violencia en Colombia años ochenta y Reforma Constitucional. Ed. Universidad del Valle. Santiago de Cali.

VASCO U., Alberto. (1988). Estado y Enfermedad en Colombia. Ed. Universidad de Antioquia. Medellín Colombia.

VELASQUEZ, Fabio. (1996). Ciudad y Participación. Editorial Universidad del Valle. Santiago de Cali, Abril.

VILAS, Carlos. (1995) Coordinador. Estado y Políticas Sociales Después del Ajuste. Debates y Alternativas. UNAM y Nueva Sociedad. México.

WEBER, Max. (1964) Economía y Sociedad. Esbozo de Sociología Comprensiva. FCE. 2ª Edición en español México.

(1994). La Ética Protestante y el Espíritu del Capitalismo. Ediciones Península. 13ª Edición. Barcelona.

**TESIS:**

BARRAZA Consuegra, José Luís y Fadul Malkun, Antonio. (1992). "Relación del Banco Mundial con la Formulación de Políticas de Salud en Colombia durante los años ochenta". Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Estudios Interdisciplinarios, Unidad de Desarrollo de los Sistemas de Salud. Maestría en Administración de Salud. Santa Fe de Bogota. DC. Septiembre.

HERNANDEZ Álvarez, Mario. (1999). "La Fractura Originaria en la Formación del Sistema de Salud en Colombia 1910 – 1946". Maestría de Historia. Universidad Nacional de Colombia.

## **Anexo No 1. Participantes de la Comisión Transitoria para la Seguridad Social**

En representación del Gobierno:

- Ministerio de Trabajo y Seguridad Social
- Ministerio de Hacienda y Crédito Público
- Ministerio de Salud
- Departamento Nacional de Planeación
- Instituto de Seguros Sociales
- Superintendente de Subsidio Familiar
- Director CAJANAL

En representación de los Sindicatos:

- Presidente de la CUT
- Delegado de la CTDC
- Presidente de la CTC.
- Presidente de la CGT
- Presidente de la Confederación Nacional de Pensionados de Colombia

En representación de los gremios:

- Presidente de la Asociación Bancaria
- Presidente de ACOPI
- Delegado de FENALCO
- Delegado de la ANDI

De los Movimientos Políticos y sociales:

- Representante de la Unión Patriótica
- Representante de la Alianza Democrática M – 19
- Movimiento de Salvación Nacional
- Representante del partido social conservador
- Representante del partido liberal
- Representante de los trabajadores informales
- Representante del sector de los campesinos.