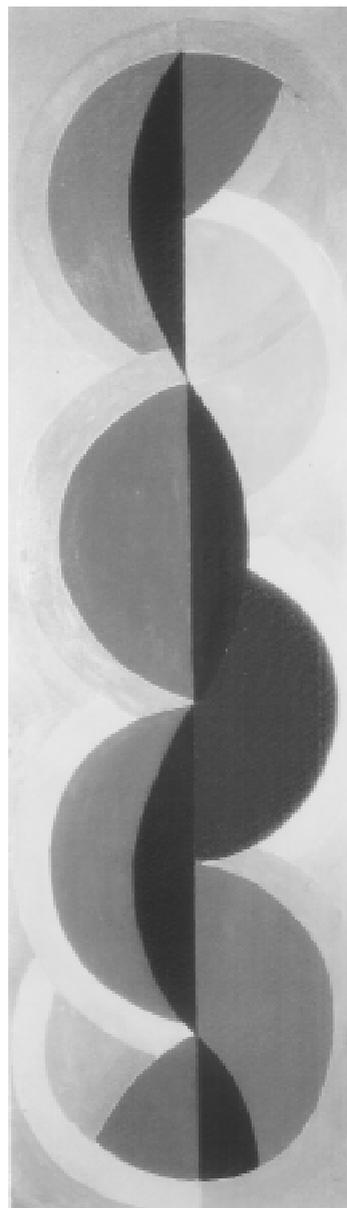

**Década de los noventa: discurso
de la focalización de subsidios
en salud**

Román Vega Romero

María Inés Jara Navarro

**Trabajos de grado de la Maestría
en Administración de Salud**

**Trabajos de práctica
de la Especialización
en Administración de Salud**



Década de los noventa:

DISCURSO DE LA FOCALIZACIÓN DE SUBSIDIOS EN SALUD*

Román Vega Romero. Investigador principal

María Inés Jara Navarro. Coinvestigadora

Resumen

El objetivo de este subproyecto fue analizar la emergencia, consolidación y crítica del discurso de focalización de subsidios en salud y del Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales en Colombia durante la década de los noventa. Se utilizó un análisis histórico de los discursos de las décadas del setenta al noventa siguiendo el método de Foucault, el cual permite el análisis de las diferentes posiciones de las disertaciones de donde emergió y se hizo hegemónica la política de focalización.

El discurso propiamente dicho surge en los noventa en el contexto de un estilo neoliberal de gobierno que da mayor espacio al mercado en los sistemas de salud, asume la focalización como estrategia para el aseguramiento de los pobres y promueve instrumentos como el Sisben para la selección de los beneficiarios.

Se concluye que tanto la focalización de subsidios para el aseguramiento en salud como el Sisben, generan exclusión de la población pobre, son un obstáculo para el acceso y uso equitativo de los servicios de salud y atentan contra el derecho a la vida y a ser atendido cuando se está enfermo.

Palabras clave: Focalización de subsidios, subsidios a la demanda, aseguramiento de los pobres.

* Este artículo es el resumen del primer subproyecto de la investigación “Evaluación de los efectos de la política de focalización de subsidios en salud y del Sisben sobre la población vinculada, sin capacidad de pago, de las localidades de Bosa, Kennedy, Fontibón y Puente Aranda de Bogotá”, realizada

mediante convenio suscrito entre el Fondo Financiero Distrital de Salud, el Hospital del Sur, ESE, y la Pontificia Universidad Javeriana. La asistencia de investigación fue adelantada por Alejandro Perdomo.



Abstract

The objective of this first subproject is to analyze the emergency, consolidation and discourse criticism of the focalization of subsidies in health and the Selection System of Beneficiaries of Social Programs, Sisben, in Colombia during the nineties

A historical analysis of the discourse of the seventies and nineties is applied, following Foucault's method which allows for the analysis of the different positions held by the dissertations from which the policy of focalization emerged and became hegemonic.

The discourse proper emerges in the nineties within the context of a neoliberal governmental style that gives more participation to the market in the health systems, assuming focalization as the strategy for insuring the poor, and promoting instruments like the Sisben for beneficiary selection

In conclusion not only does the focalization of subsidies for health insurance like the Sisben generate the exclusion of part of the poor population, they are also an obstacle to the access and equitable use of health services and threatens the right to life and to be cared for when ill.

Key words: Focalization of subsidies, demand subsidies, insuring the poor.

Introducción

Las políticas públicas de extensión de la cobertura de los servicios de salud hacia los pobres y demás grupos vulnerables se iniciaron en Colombia en el período comprendido entre las décadas del cuarenta y del sesenta (Quevedo, 1990; Hernández Álvarez, 2000). Durante este período las políticas y estrategias de ampliación de la cobertura combinaron un conjunto de acciones fragmentadas desarrolladas desde distintos espacios institucionales: seguridad social, como cajas de previsión social e Instituto Colombiano de los Seguros Sociales, sector público y privado, e instituciones de caridad privada.

De acuerdo con Quevedo (1990), las políticas públicas de ampliación de la cobertura de los servicios de salud hacia los campesinos tomaron fuerza durante el gobierno de Guillermo León Valencia en 1965 con la estrategia de promotoras voluntarias de salud que ofrecían servicios médicos mínimos y a

bajo costo en zonas rurales del país. De manera simultánea se hicieron formulaciones, sin mucho éxito, orientadas a lograr la integración de los servicios de atención médica curativa de tipo occidental, en gran parte a cargo de las beneficencias, con los servicios de prevención, bajo la responsabilidad del Estado y a escala departamental.

Pero los dos grandes hitos históricos de la política de ampliación de la cobertura de los servicios de salud en Colombia lo han constituido la creación del Sistema nacional de salud en 1975 y la del Sistema general de seguridad social en salud en 1993. Es a partir de estos dos eventos que podría analizarse el carácter de las racionalidades que han gobernado las políticas, estrategias y métodos de intervención de los gobiernos para la ampliación de la cobertura de los servicios de salud hacia el conjunto de la población, en particular hacia los pobres, campesinos, indios, negros, grupo materno-infantil, ancianos, discapacitados, y otros grupos vulnerables o desprotegidos.



Este trabajo propone la tesis de que mientras los gobiernos formalmente han proclamado su intención de universalizar la cobertura de los servicios de salud a toda la población, en la práctica lo que ha primado ha sido la focalización a los grupos más vulnerables y a los más pobres. La focalización se ha convertido de medio en fin de las políticas públicas de extensión de la cobertura. Esto ha sucedido mediante dos formas distintas: primero, por vía de subsidios a la oferta de servicios de salud por parte del Estado, del sector privado y de las beneficencias durante el período del Sistema nacional de salud y, segundo, a través de subsidios públicos a la demanda dentro de una estrategia de mercado que propicia una creciente participación del sector privado tanto en el aseguramiento de la población subsidiada como en la entrega de los servicios a partir de la emergencia del Sistema de seguridad social en salud.

La práctica de la focalización de subsidios en Colombia ha tenido el inconveniente de generar exclusión de amplios grupos de la población necesitada y sin capacidad de pago sobre la base de la conjunción de posturas utilitaristas de justicia social y de medición de la pobreza, que han imposibilitado el logro de la universalidad del acceso al sistema de salud y evitado el uso de los servicios según necesidad.

1. Objetivo

Este estudio tiene como objetivo analizar la emergencia, consolidación y crítica del discurso de focalización de subsidios en salud y del Sisben en Colombia durante la década del noventa. Con el objetivo de entender mejor la emergencia y el curso de este fenómeno en el presente, se hará un recuento de los objetivos y fundamentos de las políticas de los sucesivos gobiernos en este campo y se mostrará sus conexiones con las racionalida-

des políticas impulsadas por agencias internacionales como el Banco Mundial y OPS/OMS en el campo de la salud.

2. Fundamentos teóricos

Desde el punto de vista teórico esta investigación se apoya en la concepción que señala que históricamente la lógica de las racionalidades y prácticas de las políticas de salud ha sido expresión de relaciones cambiantes entre poder y saber (Foucault, 1980a, 1988a, 1988b, 1990, 1991a). En la cultura occidental, estas relaciones han ensamblado complejos de poder, conocimiento y moralidad que en el plano del discurso y de la manera de gobernar lo social (la población, la pobreza, los cuidados de la salud, entre otros), han constituido distintas estrategias globales de intervención tales como la noso-política y la policía social durante los siglos XVII y XVIII; el bio-poder, la bio-política y el Estado de bienestar durante el final del siglo XIX y parte del siglo XX, y el neoliberalismo, a finales del siglo XX (Donzelot 1991; Rose, 1996; Bunton, 1997; Osborne, 1997).

3. Método

Esta investigación se hizo de acuerdo con un procedimiento metodológico crítico e histórico de análisis del discurso escrito de los principales agentes comprometidos con la formulación de esta política. Tal perspectiva fue posible mediante el uso del método de Foucault (1991b; véase además 1972, 1982, 1991a y 1999) que, según el curso de las confrontaciones discursivas de los actores sociopolíticos que participan en la formulación de una política, permite descubrir y examinar sus distintas perspectivas estratégicas y la influencia que las relaciones entre saber y poder en que se apoyan tiene en la emergencia y sentido de la política hegemónica.



Las racionalidades políticas que marcaron tales períodos se observaron con base en los siguientes eventos: los postulados del Banco Mundial y de la OPS/OMS, los planes de desarrollo de los gobiernos, los debates de la Asamblea Nacional Constituyente, la controversia legislativa y pública para la ley 100 de 1993, y los referentes normativos y teóricos para el diseño del Sisben.

Los actores sociopolíticos se descubrieron con base en el curso de la lucha entre los discursos objeto de análisis: agencias como la OPS/OMS y el Banco Mundial; el gobierno y sus instancias; los partidos y movimientos políticos que se expresaron a través de las comisiones y plenarias de la Asamblea Nacional Constituyente de 1991 y en los debates del Congreso de la República entre 1992 y 1993; los de la Comisión Transitoria de 1991 creada por la Asamblea Nacional Constituyente; los gremios económicos, los sindicatos, algunas organizaciones no gubernamentales, instituciones de investigación de políticas sociales y de salud; e intelectuales.

La técnica de investigación usada fue la inspección de documentos: se revisaron los archivos que contenían los discursos emitidos por los distintos actores. Para el desarrollo de esta tarea se tomaron como elementos de análisis los documentos más pertinentes para el caso de las agencias internacionales mencionadas, los planes de desarrollo de los gobiernos colombianos y, en particular, los que evidencian el contenido de los debates que dieron origen a la actual Constitución Política de Colombia de 1991 y a la ley 100 de 1993.

Las fuentes primarias utilizadas fueron: archivos de la Asamblea Nacional Constituyente conservados por distintas bibliotecas públicas y privadas, instituciones del gobierno, Congreso de la República, Corte Constitucional; la publicación *La reforma de la*

seguridad social del Ministerio de Salud (Anexo documental, tomo 3), Departamento Nacional de Planeación-Misión Social; investigaciones, documentos de agencias, reuniones y conferencias internacionales; libros de texto, entre otras. Como fuentes secundarias se utilizaron informes emitidos en foros y reuniones, libros y artículos de periódicos y revistas, e investigaciones nacionales sobre el tema.

Los textos objeto de análisis fueron seleccionados teniendo en cuenta su pertinencia para explicar el contexto socioeconómico y político, la emergencia, especificidad y sentido de la política de focalización de subsidios para aseguramiento en salud y su instrumento de selección de beneficiarios el Sisben. Se trabajó con una muestra de los discursos conectados entre sí a través de sus referencias a la focalización del gasto social, en particular de la focalización del subsidio para aseguramiento en salud en Colombia, y los alcances de la noción de universalidad en la cobertura de los servicios de salud.

El análisis se hizo con base en los distintos discursos en su expresión cronológica, estableciendo sus conexiones con los de otros ámbitos distintos del nacional y las condiciones externas que hicieron posible la emergencia del planteamiento discurso de focalización. La información fue compilada de manera directa.

4. Resultados

4.1 La década de los setenta: salud y pobreza-crecimiento económico y satisfacción de necesidades básicas

Las políticas y programas de los gobiernos sobre salud, pobreza y vulnerabilidad han estado muy influidos por los discursos y prácticas del Banco Mundial y de la OPS/OMS.



La visión que estas agencias han tenido en cada período histórico sobre estos asuntos ha determinado en gran parte el sentido de los procedimientos de intervención y de los métodos para seleccionar a los beneficiarios reconocidos por los gobiernos.

Desde el final de la Segunda Guerra Mundial y hasta el inicio de la década del setenta nuestra cultura sobre la pobreza y la salud de los más necesitados estuvo asociada con las ideas de subdesarrollo y de bajos ingresos y esa era la visión dominante en el Banco Mundial. Consustancial a ese esquema de pensamiento se desarrollaron en el Tercer Mundo políticas y programas de reducción de la pobreza con base en la promoción del crecimiento económico, aumento de los ingresos, inversión en formación de capital (maquinarias, tecnologías, etcétera), ayudas para el desarrollo (construcción de infraestructura física y social, hospitales y universidades) y asistencia pública.

Treinta años después la pobreza y la salud de los más pobres y su reducción continúan siendo asociadas a esas mismas ideas. Sin embargo, ha habido no sólo algunos cambios en el pensamiento dominante sino también en las versiones alternativas del subdesarrollo sobre la visión de ella y de la salud de los menos favorecidos, así como de los enfoques y procedimientos para su estudio y superación.

Desde mediados de la década del setenta, si bien la pobreza se seguía identificando con subdesarrollo y su superación con crecimiento económico, sin embargo se concebía que el logro de éste y la consecuente reducción de aquella, pasaba por poner en práctica una concepción de desarrollo que hacía funcional del crecimiento económico la inversión en recurso humano y en la formación de capital. Para adecuar el recurso humano era imperativo satisfacer necesidades básicas de

alimento, vivienda, vestido, suministro de agua, saneamiento, transporte público, atención médica y educación básicas. Para el efecto se diseñaron políticas de desarrollo rural, de infraestructura urbana y de provisión de servicios básicos de salud y educación, instrumentos de intervención como los programas de desarrollo rural integrado, y ayudas y préstamos para la ejecución de proyectos específicos basados en esas lógicas. El discurso hegemónico logró articular discursos alternativos que sostenían que la satisfacción de las necesidades básicas no podría darse sin enfoques participativos que permitieran una mejor identificación y solución de las mismas con la participación de los pobres. En esta concepción se buscó una mejor interacción entre lo económico y lo social y en ello el Estado debería jugar un importante papel interventor (Brock, Cornwall y Gaventa, 2001).

A partir de ese enfoque, el Banco Mundial (1975) concibe la salud como un factor que contribuye al desarrollo económico y al bienestar humano y social. Parte del supuesto de que los principales problemas de salud de los países en vías de desarrollo son debidos a la pobreza. Por tanto, la acción de los gobiernos y de los servicios de salud debería servir para promover el crecimiento económico y, particularmente, para intervenir un conjunto de factores (crecimiento demográfico, contaminación del agua, alimentos, tierra y aire, insalubridad de las viviendas y la malnutrición), factores a los que se les atribuía, en su conjunto, la responsabilidad de las enfermedades y muertes más comunes.

Las políticas públicas de salud deberían tener como objetivo a los grupos pobres urbanos y rurales; como medios de acción, programas de atención primaria; y como fines, promover el crecimiento económico y, a través de éste, el bienestar humano y social (Banco



Mundial, 1975). Los sistemas de salud deberían ser reformados en dos sentidos: por un lado, mejorar los servicios básicos para realizar programas de atención primaria financiados con fondos públicos y ejecutados por personal paramédico a bajos costos. De otro lado, facilitar el cobro de aranceles a la población más próspera para acceder a los servicios de salud de alta complejidad y a los sistemas de tarifas subsidiadas en los servicios públicos para los pobres.

El Plan decenal de salud para las Américas formulado en este mismo período consideraba la salud como un derecho igual para todos, un producto fruto de la acción intersectorial, a la vez dependiente y determinante del desarrollo (OPS/OMS, 1973). Esta postura dio pie a políticas y estrategias de extensión de la cobertura, ya fuese por la vía de la creación de servicios nacionales únicos de salud sostenidos desde la década del sesenta, o mediante la coordinación funcional de los servicios de seguridad social, privados y públicos.

Sin embargo, la IV Reunión especial de Ministros de Salud de las Américas de 1977 (OPS/OMS, 1978) se inclinó porque la atención primaria y la participación de la comunidad constituyeran las estrategias centrales para la extensión de la cobertura de los servicios de salud. Además de reafirmar que la “salud es un derecho esencial del hombre”, los ministros definieron que la cobertura de servicios de salud debía tener el carácter de “universalidad, accesibilidad (geográfica, socioeconómica y cultural) y continuidad” (p. 4)¹. A partir de esa formulación se redu-

jo la universalidad del derecho a la salud a la atención primaria y a promover el uso de los recursos propios de la comunidad (los sistemas tradicionales o comunitarios de servicios) mediante el estímulo de su participación. En la práctica esta estrategia reduciría la noción de derecho a la salud a la atención primaria y ésta a la noción de servicios básicos de salud (OPS/OMS, 1991).

A pesar de que en la década de los setenta algunos gobiernos de América Latina asumieron la posición de conformar servicios nacionales únicos de salud o sistemas de seguridad social universales en Colombia, la política de ampliación de la cobertura durante los gobiernos de Pastrana (Departamento Nacional de Planeación, 1972), López (República de Colombia, Departamento Nacional de Planeación, 1975) y Turbay (Departamento Nacional de Planeación, República de Colombia, 1979) no fue más allá de asignar al Estado un moderado papel de intervención materializado en la constitución y consolidación de un Sistema nacional de salud entendido como coordinación funcional del conjunto de los servicios de seguridad social, públicos y privados para llegar, mediante mecanismos de regionalización e integración vertical por niveles de atención, a las poblaciones de bajos ingresos, vulnerables y excluidas de las áreas rurales y urbanas.

Sin embargo, fue en la década de los ochenta cuando tanto la OPS/OMS (1980 y 1980a) como los gobiernos de Betancur (1982-1986) y Barco Vargas (1986-1990) pusieron en práctica, bajo la concepción de servicios básicos y del proceso de consolidación del Sistema nacional de salud, los programas de atención primaria en forma sistemática no sólo para llegar a los grupos más pobres y vulnerables (República de Colombia, Departamento Nacional de Planeación, 1983; República de Colombia, Ministerio de Sa-

1 El balance al comienzo de la nueva década (OPS/OMS, 1980a) mostraría los avances en la adopción de ciertos elementos del espíritu de *La declaración de alma Ata* (OPS/OMS, 1980), programa de avanzada en materia de atención primaria que la colocaba como un elemento de una visión integral del derecho a la salud, por parte de los gobiernos de las Américas.



lud, 1982/1986), sino como encarnación única de la universalidad del derecho a la salud (Presidencia de la República, Departamento Nacional de Planeación, 1987).

4.2 La década de los ochenta: surgimiento de las políticas y prácticas neoliberales en salud

En esta década se inicia en firme la política neoliberal de gobierno orientada a solucionar la crisis económica de la época mediante programas de ajuste estructural y reducción del gasto fiscal, así como disminución del impacto de éstos en la población a través de los llamados fondos sociales (Brock, Cornwall y Gaventa, 2001). El discurso enfatiza el crecimiento económico como desarrollo pero disminuyendo el papel del Estado en la economía y fortaleciendo las fuerzas del mercado. Los gobiernos perdieron autonomía para adelantar sus agendas y programas de política económica y social y cayeron bajo el condicionamiento de las políticas establecidas por los prestamistas internacionales. Los pobres fueron considerados agentes económicos racionales cuyo comportamiento debería garantizarles el aprovechar las oportunidades del mercado y de la prosperidad económica futura.

Los discursos alternativos hicieron énfasis en que la diversidad humana no podía ser reducida a la de un *homo economicus* instrumento del desarrollo capitalista, y en la participación como mecanismo para conquistar derechos y fines autónomamente definidos. Si embargo, este discurso fue en gran parte asumido por el dominante en la forma del eje fondos sociales y *alianzas* entre gobiernos locales, sector privado, organizaciones no gubernamentales y *comunidad* para responder, con un enfoque *participativo* orientado por el señuelo de la demanda, a

las necesidades y prioridades de las poblaciones locales en la reducción de la pobreza.

En su propuesta sobre la salud de los pobres, las agencias continuaron promoviendo la atención primaria como estrategia de intervención. Sin embargo, además de éste, tres planteamientos fueron relevantes: primero, la transformación de los sistemas nacionales de salud por la vía de la consolidación de los sistemas locales de salud (OPS, 1988); segundo, la puesta en práctica de los fondos y programas de compensación social (OPS/OMS, 1992); y tercero, la propuesta de reformar el financiamiento de los sistemas de salud impulsada por el Banco Mundial (1987). Los tres elementos correspondían a una misma concepción de las élites para enfrentar la crisis económica, reducir el gasto fiscal y aliviar los efectos de la pobreza.

El desarrollo de los sistemas locales de salud se hizo por resolución del Comité directivo de la OPS (1988), y por mandato de la resolución XXI de la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana de 1986. Se consideró que éste era un instrumento adecuado, aún dentro del esquema de subsidios a la oferta, para “*lograr la participación social, la acción intersectorial, la efectiva descentralización y el control de las decisiones y el uso de métodos más efectivos de planificación y gestión en función de las necesidades de cada grupo de población*” (p. 5) en las condiciones de la crisis económica y de la reducción de recursos.

Lo segundo fue parte de una política asistencialista transitoria, orientada especialmente a los pobres crónicos, mientras duraba la crisis económica y se ponían en práctica las políticas y programas de ajuste estructural y restricción del gasto fiscal recomendadas por el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial para salir de la crisis y garantizar el pago de la deuda exter-



na (OPS/OMS, 1992 y OPS/OMS, 1995a). Estos programas tomaron la forma de focalización de sus beneficios en los grupos de más bajos ingresos, en pobreza crónica o estructural, identificados mediante mediciones de sus necesidades básicas insatisfechas de vivienda, educación y servicios sociales. En muchos casos de manera simultánea propiciaron la exclusión de los llamados pobres transitorios, aquellos cuyas condiciones de vida desmejoraban por la pérdida de empleos y de ingresos como consecuencia de la crisis y del ajuste. Pero lo que surgió como un programa transitorio, en países como Colombia se convirtió en una estrategia de largo plazo que ha restringido el acceso a servicios limitados de salud a los más pobres.

La respuesta del Banco Mundial (1987) a las demandas de la población para acceder a los servicios curativos de mayor nivel de complejidad fue la de promover una reforma del financiamiento de los sistemas de salud que los equiparó a bienes privados por los cuales todos deberían pagar, mientras los servicios de atención primaria se asimilaban a bienes públicos bajo la responsabilidad del Estado. Esta política se inscribe también en la lógica de restricción del gasto público pero, más allá de ello, en la de creación de condiciones para la inversión de capital privado en el sector salud, y de servir a los objetivos de optimización de la economía de mercado. Como instrumentos de esta política el Banco recomendó fijar aranceles para acceder a los servicios públicos de salud, promover mecanismos de aseguramiento privado y público de riesgos, descentralizar los servicios públicos de salud para facilitar la fijación de aranceles, estimular la participación del sector privado en la prestación de los servicios, al igual que promover la asignación y uso eficiente de los recursos mediante el mercado y la competencia.

Mención particular en este discurso tienen las orientaciones para garantizar el acceso de los pobres mediante subsidios parciales o totales, que aún no rompen totalmente con la concepción de subsidio a la oferta, materializables a través de mecanismos como tarifas subsidiadas, certificados de pobreza, encuestas para medición de grados de ésta, y sistemas de referencia de pacientes con bajo o cero aranceles en el primer nivel de complejidad.

La mejor expresión en Colombia del espíritu de la política de las agencias internacionales durante la década de los ochenta fueron los programas de los gobiernos de Betancur (1982-1986) y de Barco (1986-1990). El primero hizo énfasis en el desarrollo de acciones focalizadas en la población más pobre y vulnerable, "*grupos de población de las áreas marginadas urbanas y rurales, con énfasis en el grupo materno infantil, los trabajadores, los indígenas, los habitantes de zonas de desastre y de aquellas áreas afectadas por la subversión y el enfrentamiento armado*" (República de Colombia, Ministerio de Salud, 1982/1986p. 17), que recibiría subsidios a la oferta en instituciones de salud del sector público y a través de programas de compensación familiar, rehabilitación, mientras de manera simultánea los servicios básicos de salud se descentralizaban y se desconcentraban. El segundo, bajo la consigna de crecimiento económico con función social, impulsó un programa de extensión de la atención primaria básica a los indigentes, pobres y clase media, y la promoción del acceso a los servicios de mayor complejidad mediante el desarrollo e integración de los seguros públicos y privados, tarifas subsidiadas para los más pobres, la participación, la descentralización y la eficiencia.

En su conjunto, la política de ampliación de cobertura del gobierno Barco se materializó en la reorganización del Sistema nacio-



nal de salud mediante la ley 10 de 1990, que obedecía: i) al empeño de empequeñecer el Estado central, trasladando a los municipios y departamentos responsabilidades y funciones del Ministerio de Salud como el saneamiento básico, la construcción y mantenimiento de obras sanitarias y de instituciones de salud; ii) trasladar a los individuos, a las familias y a la comunidad, la responsabilidad por el cuidado de su salud; iii) descentralizar los servicios para responder a las demandas locales de participación en la toma de decisiones políticas; iv) garantizar a los pobres el derecho a la salud a través del acceso a los servicios básicos del sector a cargo de los municipios por vía de un programa de atención primaria de bajo costo; y v) el acceso a los más altos niveles de complejidad según la capacidad de pago de las personas (Ministerio de Salud, Acomsap, 1990).

4.3 La década de los noventa: consolidación del neoliberalismo y emergencia de la focalización

En este periodo el discurso neoliberal de la pobreza se fundamentó en los enfoques macro-económicos y macro-políticos de buen gobierno y atención al sector social. *Buen gobierno* significó manejo monetario saludable, liberalización económica, democratización y mejoramiento de los derechos humanos. *Atención al sector social* hacía referencia al alivio de la pobreza mediante crecimiento económico, pero ahora enmarcando éste en una versión del desarrollo que haría énfasis en el fortalecimiento del trabajo intensivo, inversión en capital humano y provisión de redes de seguridad para los más vulnerables. El crecimiento económico se lograría con políticas de estabilidad macroeconómica, liberalización del comercio y de la inversión de capital, privatización y desregulación, ejes del Consenso de Washington.

El gobierno, sin dejar de estar sometido a los condicionamientos de los organismos multilaterales, tendría un mayor rol en el diseño de las políticas sociales pero encomendaría al sector privado y a las organizaciones no gubernamentales, mediante contratos, su puesta en práctica. El diseño de las políticas se apoyaría en la producción de información e investigación, al principio con métodos ortodoxos de medición de perfiles de la pobreza como las encuestas de hogares y, luego, por presión de enfoques alternativos, con metodologías que estimularían la participación de los pobres.

El Banco Mundial conjugó esas orientaciones en los Informes de desarrollo mundial de 1990 y de 1993. El primero hizo más énfasis en los enfoques de reducción de la pobreza mediante políticas macroeconómicas orientadas a garantizar el crecimiento económico como mecanismo para aumentar el ingreso de los pobres, de tal forma que les permitieran gozar de las oportunidades del mercado, al tiempo que se les aseguraría educación y salud básicas en función del objetivo de promover el recurso humano. El segundo tuvo dos elementos centrales: por una parte mantener la política de atención primaria como responsabilidad del Estado bajo la versión de servicios clínicos esenciales, es decir, un paquete mínimo de servicios básicos eficaces en función de los costos; por otro, incentivar la inversión de capital privado y desarrollar el mercado en el sector de servicios médicos curativos y de aseguramiento en salud, uso de las tecnologías de aseguramiento para promover el acceso mediante pago a estos servicios, descentralización y privatización de los servicios públicos de salud, y entrega de subsidios a la demanda para garantizar el acceso de la población sin capacidad de pago. Es lo que en términos de justicia social configura lo que en la actualidad se denomina como el *nuevo universalismo*.



Si en el documento de 1987 el Banco Mundial insinuó una forma de intervención para la asignación de subsidios muy cercana a la focalización, en su informe de 1993 propuso un conjunto de mecanismos de medición de la pobreza para la selección focalizada de los más pobres. Algunos de estos mecanismos incluirían los métodos ortodoxos de evaluación de los individuos y de las familias de acuerdo con sus ingresos, condiciones nutricionales y demográficas; auto-selección mediante dispositivos de racionamiento como las colas y la diferenciación en comodidad y calidad de los servicios; y oferta en forma gratuita o subvencionada de aquellos servicios que más demandaran los pobres. De acuerdo con esa lógica, el Banco sugirió que el gobierno sólo debería subvencionar en su totalidad a aquellos pobres que certificarán, mediante procedimientos de selección apropiados, no disponer de capacidad de pago.

La nueva política de salud de la OPS/OMS y de los gobiernos de la región se inspiró en el espíritu neoliberal y en los planteamientos del Banco Mundial para el sector. De acuerdo con los lineamientos estratégicos y programáticos definidos por la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana de 1994 (OPS, 1995), la acción de la OPS se encaminó a contribuir a la reducción de las iniquidades sociales por medio de la reorganización de los sistemas y servicios de salud dentro del marco estratégico de las políticas de modernización del Estado, apertura económica, globalización y ajuste fiscal. Este planteamiento ya no sólo fue expresión de los gobiernos de América a través de la OPS, sino del Programa general de trabajo para el período 1996-2001.

A diferencia de las dos décadas anteriores, la estrategia política actual de ampliación de la cobertura de los servicios de salud no se caracterizaría por su carácter integral sino

por su orientación a “*asegurar el acceso de toda la población a un conjunto determinado de servicios básicos de salud de calidad aceptable, recalcando los elementos esenciales de la atención primaria*” (OPS/OMS, 1995, p. 17), aunque teniendo en cuenta no solo los problemas de edad, pobreza y división urbano rural de los asentamientos poblacionales sino otras características tales como sexo, grupo étnico, ingreso, lugar de residencia y grado de instrucción. Uno de los aspectos más llamativos de la nueva racionalidad política asumida por la OPS/OMS, es que tal ampliación de la cobertura no se materializaría apoyándose fundamentalmente en la intervención directa del Estado sino en el comando del proceso por relaciones de mercado regulado, lo que aparece mucho más evidente para el conjunto de servicios de asistencia médica curativa de niveles de complejidad superiores a los servicios básicos, con lo cual se buscaría que el Estado en lo esencial restringiera su tarea a funciones normativas y reguladoras. Además, junto con otras agencias de la región (BID, BIRF, Cepal, OEA, OPS/OMS, UNFPA, Unicef, Usaid, 1995), la OPS impulsó la estrategia de universalización mediante focalización del gasto público “*en la atención a grupos desprotegidos o con mayor riesgo por su condición socioeconómica o biológica*” (p. 12).

En el plano nacional, es el gobierno de Gaviria Trujillo (1990-1994) el que mejor logra definir un marco de referencia claro, basado en esos postulados, para orientar los cambios constitucionales y legales que legitimarían la adopción de la nueva racionalidad política. En efecto, la *nueva teoría* del desarrollo del Plan Gaviria (Presidencia de la República, Departamento Nacional de Planeación, 1991) hizo énfasis en una concepción del crecimiento y de la equidad basada en la redefinición del papel del Estado en el ámbito económico y social.



En el campo económico la intervención del Estado debería favorecer la promoción del mercado en nuevos espacios de la economía y de los servicios sociales, la apertura hacia el mercado mundial, la inversión de capitales extranjeros y la corrección de los fallos del mercado para fortalecer la competencia. El Estado sólo debería intervenir para corregir las distorsiones del mercado buscando su complementación antes que su sustitución. Para justificar esta postura se argumentó que la intervención extensa del Estado generaba fallos del mismo, los que anulaban las posibilidades del desarrollo que el mercado propiciaba. La nueva concepción de intervención se orientó también a estimular inversiones públicas en los llamados bienes públicos y en actividades que generaran *externalidades* positivas, que corrigieran las negativas, o que propiciaran retornos crecientes a la inversión privada.

Como consecuencia de esta postura teórica la política social se desarrollaría a partir del criterio de que la intervención del Estado se justificaría desde una perspectiva económica que defendiera la inversión pública en aquellos servicios y consumos con mayores *externalidades*, lo que garantizaría que esa intervención se realizara en función del mercado mismo. Por eso en lo social las acciones del Estado se orientarían por cierta concepción de la equidad más de índole retributiva que igualitaria, a través de políticas y estrategias que prioritariamente sirvieran para desarrollar capacidades de pago en la población pobre y fortalecer el capital humano para actuar como factores de producción eficaces y como demandantes racionales de servicios dentro de una sociedad de mercado.

La generación de capacidades de pago y la inversión en capital humano le permitiría a los pobres y a los trabajadores aprovechar las oportunidades económicas y sociales

creadas por el mercado y la prosperidad económica que generaría el modelo para aumentar sus ingresos y de esta forma acceder, mediante el pago, a los servicios sociales. Los sectores más pobres y vulnerables de la sociedad, incapaces de beneficiarse de tales oportunidades por sí mismos, serían apoyados con la entrega focalizada de subsidios para acceder a programas de educación y salud básicas, nutrición infantil, agua potable y vivienda social.

La relación dialéctica entre esos pilares de la nueva política social debería hacer que los pobres y los trabajadores no sólo mejoraran sus ingresos con base en su propio esfuerzo sino también que, de carambola, se produjera una distribución equitativa, en función de las leyes del mercado, tanto de los ingresos como de los bienes de consumo. Es dentro del marco de esa lógica de mercado como son pensadas la descentralización, la participación comunitaria y la extensión de la seguridad social, que servirían como estrategias para legitimar y garantizar el éxito de las nuevas políticas en salud: privatización, libre escogencia, competencia regulada, nuevos esquemas de gerenciamiento de la entrega de servicios, universalización de la atención básica, reducción del papel del Estado a la regulación del mercado de la salud y al manejo de los bienes públicos, focalización de subsidios a la demanda en los más pobres, y desarrollo de sistemas de selección de beneficiarios de los subsidios de acuerdo con sus niveles de ingreso².

4.4 Reforma Constitucional de 1991

El proceso de la Asamblea Nacional Constituyente de 1991 despertó multitud de vo-

2 Esos lineamientos de política se apoyaron en trabajos como los de Becker (1964) y Mincer (1958), el Banco Mundial (1990 y 1991) y el PNUD (1990 y 1991).



ces anónimas, individuales y colectivas (grupos e individuos marginados rurales y urbanos, hombres y mujeres, jóvenes y ancianos, obreros y campesinos, negros y blancos), que con todo tipo de quejas y de reclamos quisieron hacer oír sus propuestas para solucionar sus angustias y problemas en materia de salud y de atención médica (Hernández Álvarez, 1991; Presidencia de la República, Centro de información y sistemas para la preparación de la Asamblea Nacional Constituyente, Comisión Quinta, sesión mayo 14 de 1991, p.16). Sin embargo, esas voces no tuvieron espacio para su expresión directa en el debate de la Asamblea.

Sus demandas, angustias y propuestas fueron interpretadas y respondidas desde la perspectiva, lenguaje y racionalidad de aquellos que con su poder conformaron el espacio de interlocución de la Asamblea. En efecto, de setenta constituyentes con voz y voto, la mayoría la constituían miembros de distintas fracciones de los partidos políticos Liberal y Conservador y de la Alianza Democrática M-19³, y la minoría, representantes de la Unión Patriótica, de la Unión Cristiana y de los movimientos indígenas (Lleras de la Fuente y Tangarife Torres, 1996). Fueron invitados a exponer sus puntos de vista en las comisiones respectivas sólo altos funcionarios del gobierno de César Gaviria Trujillo (especialmente el Ministro de Salud y la directora del Instituto de los Seguros Sociales), los gremios económicos, y la Central Unitaria de Trabajadores, CUT, una de las varias centrales obreras del país.

La Asamblea Nacional Constituyente de 1991 tuvo su origen en la necesidad de establecer y legitimar un nuevo pacto de convivencia entre las fuerzas insurgentes que en

ese período abandonaron la lucha armada (el M-19, una fracción del EPL, el PRT y el Movimiento Quintín Lame) y las fuerzas del establecimiento tradicional, liberal-conservador. Una de las condiciones de la insurgencia para su desmovilización y reinserción a la vida civil fue la convocatoria de una Asamblea Nacional Constituyente y su participación en el gobierno del período (particularmente el M-19), lo que se hizo a través del Ministerio de Salud, primero en cabeza de Antonio Navarro Wolf y luego con los ministros Camilo González Posso y Gustavo Ignacio de Roux.

Las fuerzas mayoritarias en la Asamblea proclamaron la seguridad social en salud como un derecho universal y obligatorio basado en la capacidad de pago y la solidaridad, y organizado a través de la competencia, la libre elección y la regulación estatal. Ellas no modificaron en forma substancial la racionalidad política asumida por los gobiernos de Barco y de Gaviria frente al modelo económico, la noción de derecho a la salud, la organización y financiamiento del sistema de salud. En la práctica la reforma sólo garantizaría acceso universal a los servicios básicos (atención primaria), a los niños menores de un año no cubiertos por otro tipo de protección y a los indigentes.

Este resultado se expresó en la propuesta de consenso de las Subcomisiones Primera y Tercera de la Comisión Quinta, encargadas de la discusión de los asuntos de seguridad social y salud. Ésta fue la base de la discusión y aprobación, en las plenarios de la Comisión Quinta y de la Asamblea en su conjunto, de la normatividad constitucional que rige.

La propuesta de las Subcomisiones ubica la seguridad social como uno de los fines sociales del Estado, bajo los principios de “universalidad, continuidad y solidaridad”. La

3 Muchos de quienes fueron elegidos por las listas de la AD-M19 eran también liberales o conservadores.



finalidad social del Estado se refiere a actividades para promover el logro del bienestar y calidad de vida de la población, relacionadas primordialmente con salud, educación y saneamiento básico. El concepto de seguridad social incluía los derechos, los deberes y la racionalidad organizativa y de gobierno del sistema, incluidos los servicios de salud.

La seguridad social se elevó a la categoría de derecho constitucional, el cual se haría efectivo por dos vías: primera, mediante el pago de contribuciones. Segunda, mediante subsidios del gobierno a las personas sin capacidad de pago, para lo cual la asistencia pública pasó a la categoría de derecho articulado a la seguridad social. (Presidencia de la República, Centro de información y sistemas para la preparación de la Asamblea Nacional Constituyente/Comisión Quinta, sesión mayo 14 de 1991, p. 16).

El alcance de la noción de *derecho a la salud* puede colegirse de las aclaraciones hechas por Antonio Yepes Parra⁴ a inquietudes de Antonio Navarro Wolf⁵ sobre la posibilidad de darle techo constitucional a un sistema único de salud para garantizar la universalización de la cobertura de los servicios:

Por un lado, en su sentido amplio, la noción de derecho a la salud toma un nuevo carácter que supera el de asistencia pública vigente hasta entonces, al incluirlo dentro de la noción de *finalidad social del Estado*, que se refiere a salud, educación y saneamiento básico, significado que se le da a la noción de *seguridad social integral*.

Por otro lado, en su sentido estrecho, el derecho a la salud se identifica con acceso a servicios de atención médica garantizable mediante un sistema de seguros de salud financiado por cotizaciones de empleadores, empleados y aportes del Estado, así como por subsidios públicos para los incapacitados de poder trabajar y carentes de medios para vivir.

La racionalidad (Presidencia de la República, Centro de información y sistemas para la preparación de la Asamblea Nacional Constituyente, Comisión Quinta, sesión mayo 14 de 1991) que orientará el gobierno, cobertura, organización y financiamiento de la seguridad social puede resumirse de la manera siguiente:

El Estado, en concurrencia con los particulares, se responsabilizará de la organización y desarrollo de la seguridad social bajo un régimen de aportes tripartito que incluye a los trabajadores, a los empresarios y al Estado. La seguridad social incluirá un paquete de beneficios constituido por “*servicios asistenciales y prestacionales, cuidado integral de la salud, protección en los casos de muerte, vejez, enfermedad, maternidad, accidentes de trabajo e invalidez*” (Idem), y otros servicios que no se enuncian de manera explícita. Será administrada y prestada por entidades públicas y privadas en competencia, y bajo regulación y vigilancia del Estado. Ésta se referirá a la organización, reglamentación y vigilancia del funcionamiento de los servicios, a la concurrencia de la iniciativa privada, a la determinación del régimen de aportes de la nación y de las entidades territoriales, así como a las cargas de los empleadores y de los asegurados, la creación de subsidios para garantizar el principio de la solidaridad, la descentralización administrativa territorial y funcional, y la participación ciudadana. La concurrencia del sector privado, la competencia, y la participación de la comunidad y de los trabaja-

4 Antonio Yepes Parra fue, tal vez, el más preclaro constituyente del Partido Liberal en la discusión sobre derecho a la salud y seguridad social.

5 Dirigente del Movimiento 19 de Abril, M-19.



dores, se presuponen como un antídoto contra la mala administración y la corrupción, y para propiciar el control, la vigilancia y la eficiencia. La cobertura se ampliará a toda la población en forma progresiva. La solidaridad se entenderá en dos sentidos: primero, como redistribución de cotizaciones desde los que más aportan en relación con los que menos lo hacen, de los jóvenes a los viejos, de los sanos a los enfermos y, segundo, como asistencia pública garantizada por subsidios públicos y recursos parafiscales.

Las propuestas de las voces minoritarias en la Asamblea que en lo fundamental se orientaban a proponer participación decisiva de la comunidad en la gestión, vigilancia y control del sistema; un modelo de seguridad social y de salud más amplio, incluyente y con mayor peso de la intervención del Estado; un mecanismo de financiamiento y distribución de los beneficios más en consonancia con la máxima de *cada cual según su capacidad a cada cual según su necesidad*; y el cambio del modelo económico neoliberal, entre otros, fueron derrotadas por la coalición discursiva y sociopolítica que en últimas se constituyó. Es de notar que el modelo que emerge va más allá de las propuestas iniciales del gobierno Gaviria (Presidencia de la República, 1991) pero no rompe con el espíritu de la racionalidad política neoliberal que lo enmarca.

En cuanto a justicia social, no parece haberse creado un nuevo sistema sino ajustado el viejo modelo, que venía rigiendo desde mediados del siglo pasado. Lo nuevo es la introducción de un horizonte de universalidad y solidaridad que se deja al vaivén de las contingencias del futuro comportamiento del crecimiento económico, de los ingresos, del empleo y de la política tributaria y fiscal, pero que mantiene intacta la vieja estructura que determina el disfrute de este derecho limitado: la capacidad de pago dada por el trabajo y la asistencia pública. Lo que sí

aparece claro y urgente para los reformadores es abrir el sector a la inversión de capital, posibilitar la privatización, la introducción de relaciones de mercado y la disminución de la intervención del Estado.

Hacia el futuro, la Constitución de 1991 despejó el camino para que las fuerzas en confrontación se articularan, ya fuese a partir de una noción de justicia social concebida como la dispensación de beneficios sobre la base del pago de cotizaciones proporcionales a la capacidad económica de los contribuyentes y la restricción del papel del Estado a subsidiar a los grupos más pobres de la población con impuestos no progresivos, o sobre la base de una noción más amplia y universal de derecho a la igualdad con respecto a los medios de salud que podría favorecer el desarrollo de normas y políticas de redistribución de la riqueza y de los ingresos de carácter progresivo y de distribución de los beneficios con base en la necesidad.

Muchos han sostenido que la Carta de 1991 está impregnada de una ambigüedad que podría describirse como una *pendulación* entre neoliberalismo y social democracia (Navarro Wolf, 2001). Sin embargo, otros (Uribe Celis, 2001) señalan que la Constitución Política de 1991 está envuelta en una ideología conservadora (racionalidad neo-política y neo-liberal) cuyo peso es tal que arrastra el barco en su totalidad hacia una postura que empequeñece el papel social y económico del Estado y mercantiliza la política social.

4.5 Ley 100 de 1993

Al tomar como referencia las propuestas de reforma que emergieron desde la Comisión Transitoria creada por la Asamblea Nacional Constituyente, las preparadas por órganos del gobierno como Planeación Nacional, las agencias aseguradoras, cajas de previsión y compensación familiar, organizaciones no



gubernamentales y sindicatos, puede decirse que previo al debate en el seno del Congreso de la República se configuraron cuatro tendencias que, de manera general, pueden caracterizarse así:

- La posición defendida por el gobierno (Gaviria Trujillo, 1991 y 1993; Presidencia de la República, 1991; Presidencia de la República, Departamento Nacional de Planeación, 1991) y por el Grupo de macro políticas de salud y seguridad social (Instituto FES de Liderazgo, 1994) que propugnaba por la creación de un sistema de seguros de horizonte universal integrado con dos grandes regímenes, uno contributivo y otro subsidiado integrados, solidario, financiado con recursos fiscales y parafiscales, que admitía la competencia entre aseguradores y prestadores públicos y privados con un papel regulador del Estado.
- La defendida por Arias Ramírez (1994), Acemi (1994) y Fedecajas (1994), que pretendía la creación de tres regímenes separados: uno de seguros privados o voluntarios prepagados para personas de altos ingresos, otro de seguros contributivos para trabajadores asalariados y un régimen subsidiado para trabajadores informales e indigentes.
- La propuesta de Cardona (1992) defendía un seguro público de salud financiado con contribuciones obrero-patronales y subsidios públicos y admitía la competencia entre prestadores de servicios de salud pero no al nivel de la administración del aseguramiento.
- La posición que abogaba por la ampliación del actual Instituto de los Seguros Sociales, defendida por la CUT, los sindicatos de trabajadores del ISS, Asmedas, entre otros (Araújo Noguera, 1994; *El Tiempo*, 1991c).

En general, todas las anteriores posiciones, con excepción de la de Cardona y los sindicatos que no favorecían la competencia entre instituciones públicas y privadas tanto para la prestación de servicios de atención médica como para la administración del aseguramiento, impulsaban la constitución de un sistema de atención de salud cuyo acceso estaba mediado por el pago directo de sus beneficiarios, ya fuese a través de cotizaciones obligatorias o voluntarias, o mediante subsidios totales o parciales otorgados por el Estado. En la mayoría de los casos el modelo estaba pensado para minimizar la intervención del Estado e incentivar relaciones de mercado, y dentro de esa lógica, promover relaciones de competencia entre las instituciones como mecanismo para generar rentabilidad, eficiencia y calidad.

La racionalidad propuesta por las posiciones dominantes, particularmente la del gobierno, para solucionar el problema de acceso de los pobres al sistema de seguridad social puede resumirse en lo siguiente: creación de un subsistema subsidiado separado del contributivo financiado con aportes de solidaridad fiscal y parafiscal, entrega de subsidios a la demanda focalizados entre los más pobres de los pobres, selección de los beneficiarios mediante criterios de medición de aspectos estructurales de la pobreza y de la capacidad de los hogares para generar ingresos, recursos de solidaridad administrados por múltiples aseguradoras privadas y públicas en competencia, entrega de servicios por entidades públicas y privadas también en competencia, libre elección de aseguradores y prestadores; y entrega de un plan de beneficios que por lo menos brindara acceso a un paquete de atención básica.

4.5.1 Debate público

El curso del debate llevó a un reacomodamiento de las fuerzas y discursos en contien-



da creándose dos polos: uno encabezado por el gobierno, los gremios privados y los partidos tradicionales que defendían una tendencia privatizadora tanto en los aspectos pensionales como de salud, y otra de resistencia a las anteriores fuerzas porque veían en sus propuestas una estrategia para abrir las puertas de la seguridad social al capital financiero y deteriorar las condiciones laborales de los trabajadores sin garantías de una adecuada solución a los problemas de pensiones y salud (*El Tiempo*, 1992a y 1992b; Gaceta del Congreso 1993a, 1993b y 1993c; Urdinola, 1992).

La relación de fuerzas a favor de una u otra posición, aunque ya se había manifestado en términos de la racionalidad política que aprobó la Asamblea Nacional Constituyente de 1991, terminaría por definirse en los ámbitos extraparlamentarios en 1992, y en el seno del parlamento en 1993. Los resultados de la Constitución Política de 1991 fortalecieron las posiciones privatizadoras, lo que se percibe con claridad en la ampliación de la movilización y expresión de distintos actores afectos a esta posición, y en la actitud de resistencia de sus contrarios.

Para enfrentar la resistencia y lograr sus objetivos el gobierno propició un *pacto social* con las direcciones de los partidos Liberal y Conservador, la Nueva Fuerza Democrática y el Movimiento de Salvación Nacional (*El Tiempo*, 1992j, 1992k y 1993; Ramírez Acuña, 1993), y articuló a su propuesta las aspiraciones de las instituciones financieras y aseguradoras privadas (*El Tiempo*, 1992e, Ocampo, 1992), ciertos prestadores de servicios (*El Tiempo* 1992n), e instituciones de investigación (*El Tiempo*, 1991, 1992a). Estas fuerzas se aliaron en torno al proyecto de ley 155 del Senado y 204 de la Cámara de 1992, aspecto pensional y de salud de reforma a la seguridad social.

4.5.2 Debate en el Congreso

Una vez definida la racionalidad global en que debía inscribirse la reforma del sistema de salud y de seguridad social, el debate en el seno del Congreso se referiría a la filigrana jurídico-política, de justicia, laboral, económica y técnica que le daría textura a la reforma. Este debate permitió descubrir no sólo los actores políticos en confrontación y sus conexiones con las fuerzas gubernamentales, económicas y sociales, sino sus articulaciones con las racionalidades políticas en juego.

Las fuerzas y discursos se confrontaron en aspectos relacionados con el papel del Estado y del mercado, el carácter de servicio público esencial del sistema y el derecho a la huelga, la noción de derecho a la seguridad social y a la salud, el principio de justicia que orientaría la distribución de los beneficios, la forma que tomaría la entrega de subsidios a los pobres, la identificación de las causas de la crisis pensional, entre otros. Su relación se definió a favor de las propuestas del gobierno en correspondencia con el *pacto social* establecido al principio del debate, lo que conformó la mayoría del Congreso, quedando en oposición un sector minoritario constituido por la Unión Patriótica, el M-19, los indígenas, el Movimiento Laicos por Colombia, el Movimiento Unitario Meta-político, y Esperanza, Paz y Libertad, EPL.

En cuanto a la interpretación de la formulación constitucional sobre el derecho a la seguridad social, el debate se centró alrededor de su naturaleza jurídico-política: la discusión importaba para las fuerzas en confrontación en el sentido de definir si éste era un derecho fundamental, es decir, de primera generación, de aplicación directa o ejercido de manera directa por la persona al serle reconocido constitucionalmente, o si era de



segunda generación, es decir, un derecho-prestación que requeriría de desarrollos legislativos posteriores y su ejercicio estaría mediado por la concesión del Estado, que podría optar por múltiples formas para su prestación.

Tanto en las Comisiones Séptimas (*Gaceta del Congreso* 1993i) como en la plenaria del Senado (*Gaceta del Congreso*, 1993j; Motta Motta, 1993a) las fuerzas mayoritarias impusieron que la interpretación que debería hacerse del derecho a la seguridad social y del derecho a la salud era la de un derecho-prestación, a pesar de que éste también pudo haber sido interpretado como un derecho fundamental (República de Colombia, Corte Constitucional, 1992).

A pesar de que el debate sobre este punto estuvo relacionado con un aspecto procedimental (el carácter estatutario o no de la legislación a desarrollar), tenía repercusiones estratégicas en términos de si éste debía considerarse o no un derecho fundamental, de la efectiva consagración de los derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos, particularmente del derecho a la igualdad (Constitución Política de Colombia de 1991, art. 13), y en cuanto al alcance del papel del Estado en su materialización.

En efecto, para las fuerzas del establecimiento se trataba de darle curso a un nuevo modelo de gobierno fundamentado en la participación del sector privado y del mercado, para ellos los factores más capaces de solucionar la crisis, garantizar el crecimiento económico, el empleo, la apertura y la ampliación de la cobertura (Ramírez Acuña, 1993, p. 12). Para la oposición, se trataba de construir salidas a los problemas detectados a partir de un modelo público que preservara las instituciones y formas de gobierno experimentadas en la tradición del

Instituto de los Seguros Sociales, reformándolo (Corsi Otálora, 1993 y 1993a).

En cuanto al principio de equidad financiera y distributiva, las fuerzas mayoritarias sostuvieron e impusieron el postulado “*cada quien contribuye según su capacidad y recibe lo necesario para atender sus contingencias*” (República de Colombia, Ministerio de Salud, 1993, literal d, artículo 2º), en tanto que las fuerzas minoritarias, aunque en últimas se plegaron a la posición mayoritaria, sugirieron como principio orientador “*cada persona contribuirá según capacidad y recibirá según su necesidad*” (Corsi Otálora, 1993). Hay una enorme distancia entre uno y otro principio de distribución. Distribuir según contingencias es hacerlo sobre la base de un contrato de aseguramiento, por ejemplo, hasta el límite del Plan Obligatorio de Salud, POS, del régimen contributivo o del Plan Obligatorio de Salud, POSS, del régimen subsidiado, mientras que al distribuir según necesidad se podría trascender esos límites y no se requeriría de un contrato para hacerse titular de los beneficios posibles, y de acuerdo con los recursos económicos y culturales disponibles⁶.

El punto de si la solidaridad debía materializarse en la forma de subsidios a la oferta o subsidios a la demanda también fue de debate. Para las fuerzas mayoritarias, el siste-

6 Según la Real Academia Española (1992), recibir según contingencias tiene implicaciones muy distintas a recibir según necesidad porque lo primero supone que se distribuye de acuerdo a las contingencias o riesgos cubiertos por un contrato de seguro, en tanto que lo segundo se refiere a la cobertura de toda carencia, riesgo o peligro que puede amenazar la vida (Real Academia Española, 1992) sin la condición de estar asegurado. El primero necesariamente supone un sistema de aseguramiento por el cual hay que pagar para hacer efectivo el derecho que otorga el contrato pero el segundo no exige necesariamente esa condición.



ma de salud anterior era no sólo inequitativo e ineficiente sino también no solidario en la medida en que importantes sectores de la población no accedían o no usaban los servicios ya que sus costos recaían excesivamente en la población con menores recursos. La vía para corregir tales defectos de capacidad de demanda dentro de una concepción de mercado era la organización de otro modelo fundamentado en dos elementos: primero, que entregara a los más pobres subsidios a la demanda en vez de subsidios a la oferta y, segundo, que ampliara la oferta de los servicios a los que acudían los pobres (el sector público) estimulando la concurrencia del sector privado tanto en el aseguramiento como en la prestación; es decir, que se creara un sistema de mercado de entidades prestadoras de servicios, públicas y privadas, de libre elección y en competencia, regulado por el Estado, pero al que pudiera acceder y utilizar por lo menos una fracción de la población pobre.

La idea de entregar subsidios a través de la demanda, promover la participación del sector privado con ánimo de lucro, y definir un criterio de distribución con base en *contingencias* en vez de necesidades, no obedecía sólo ni fundamentalmente a una estrategia orientada a ampliar la cobertura de los pobres en la medida en que se conocía que eso se podía hacer en forma más eficaz por vía de subsidios a la oferta a través de un sistema público de salud (por ejemplo, Feldstein, 1973), sino que expresaba un cálculo estratégico para ampliar la demanda y fortalecer la concurrencia del sector privado a través del mercado de seguros y servicios de salud.

4.6 Emergencia de la normatividad en focalización en salud

Las alternativas que encontrarían las fuerzas del establecimiento frente a la magnitud de las proyecciones de incremento del

gasto fiscal para garantizar la ampliación de la cobertura de los pobres, y frente a la probable destrucción inmediata del sector público como consecuencia de la competencia con el sector privado, serían las siguientes:

Por un lado, regular normativamente la asignación de subsidios a la demanda para la ampliación de la cobertura mediante su focalización en los más pobres y vulnerables; reducir el plan de beneficios de los pobres constituyendo un POSs (transitorio) diferente del POS del régimen contributivo; mantener la vieja estrategia de ampliación gradual de la cobertura de la población de bajos ingresos; y entregar a los municipios una mayor carga en el financiamiento de los servicios de salud. Por otro lado, mantener cierto nivel de subsidios a la oferta para atender una parte de las personas de bajos ingresos no seleccionados para ser incluidas en el régimen subsidiado (*El Tiempo*, 1992l y 1992m; *Gaceta del Congreso* 1993g). Esto les daría cierto respiro a las instituciones públicas de salud frente a la competencia con el sector privado, y permitiría establecer un proceso gradual y regulado de transición hacia la competencia entre instituciones públicas y privadas.

La última estrategia fue parte de las concesiones hechas a la oposición sindical y política que amenazó con la realización de protestas sociales, o de abstenerse de aprobar la reforma, en oposición a aspectos álgidos del proyecto de ley (*Gaceta del Congreso*, 1993c).

Es llamativo que los más radicales representantes de la oposición tampoco se percatarían de las implicaciones que la focalización y el conjunto de la racionalidad neoliberal que se impondría en la reforma del sector salud tendría en materia de exclusión de amplios sectores de la población de bajos ingresos. Ellos en lo fundamental respalda-



rían el mecanismo de focalización de la asignación de subsidios en los más pobres (Corsi Otálora, 1993a, p. 11; Motta Motta, 1993; Uribe Vélez, 1993b).

En efecto, al discutirse el literal c del artículo segundo sobre el principio de solidaridad que rezaba: “*Solidaridad es la práctica de la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades, garantizada por la participación del Estado*” (*Gaceta del Congreso* 1993d, p. 13), Motta Motta (senador por la Unión Patriótica) hizo una proposición aditiva que decía:

La solidaridad proveniente de los recursos del Estado sólo se aplicará a los grupos de población más vulnerables’. Esto obviamente, señor Presidente, va dirigido a favorecer a la población con más escasos recursos, a la población más desprotegida y, por lo mismo, a la que menos llega la ampliación de la cobertura (1993, p. 13).

Uribe Vélez (1993b), ponente del proyecto de ley, al vuelo respondió:

La aditiva que propone el honorable Senador Motta al principio de solidaridad, salvo mejor opinión de los colegas, a mí me parece que mejora el proyecto, que interpreta muy bien el sentido. Lo que quiere hacer el proyecto es orientar los recursos del subsidio progresivamente, a favor de los sectores más vulnerables (...). Por eso yo daría mi voto gustoso a la adición del honorable Senador Motta (p. 13).

Se contrastan esos dos puntos de vista para llamar la atención sobre el hecho de la coincidencia en la focalización de los subsidios de dos actores con posturas valorativas y racionalidades políticas de manera recono-

cida distintas. El hecho de la coincidencia no indica que los intereses a los que apuntan los actores sean necesariamente los mismos. Cada uno tiene un cálculo estratégico diferente que se infiere de la distinta carga semántica de sus discursos, del sentido de los valores y de las racionalidades desde las cuales hablan. El primero asume una posición frente a la focalización desde una postura socialista. El otro, desde una posición más afín al pensamiento neoliberal. Para el primero la universalidad del derecho a la seguridad social y a la salud debe ser garantizada por el Estado, sin exclusiones, aún dentro de un modelo de seguridad social. Para el segundo, el Estado debe restringirse a ayudar a los más pobres y los demás ciudadanos deben garantizar su acceso a los servicios de salud mediante el pago, aún a través de un modelo de seguridad social.

Tampoco podría sostenerse que el artículo 13 de la Constitución Política de 1991 consagraba la focalización de los recursos en los más pobres al indicar que, en la tarea de promover condiciones para que la igualdad sea real y efectiva, el Estado “*adoptará medidas a favor de grupos discriminados o marginados*”, o que “*el Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan*” (Constitución Política de Colombia de 1991, p. 13). Interpretar este artículo en el sentido que debe seleccionarse sólo a los más pobres de los pobres para hacerlos merecedores de la solidaridad es una vulgarización del espíritu de la norma constitucional en este punto. En efecto, Cepeda (1997) señala que “*para los miembros de la Asamblea, el Estado no solamente debía evitar que se siguieran presentando discriminaciones sino que además debía corregir las situaciones de desigualdad, especialmente en*



el campo económico, que impedían la efectividad de este derecho” (p. 65).

Pero a partir de la legitimación por la oposición de los conceptos “más pobres y vulnerables”, éstos serían usados en nuevos artículos de la ley 100 de 1993 como el 159 (Gaceta del Congreso, 1993e, p. 20), y mantenidos o desarrollados en otros como el artículo 162, (Op. cit. p. 22-24), el inciso segundo del artículo 210 (Op. cit. p. 31) que pasó sin discusión (Gaceta del Congreso, 1993f), los artículos 156 y 157 Cámara (Gaceta del Congreso, 1993g), entre otros, para completar el arsenal normativo que en este campo se desarrolló en la ley 100 de 1993.

Junto con otras normas legales como la ley 60 de agosto de 1993⁷ y posteriores reglamentaciones metodológicas de focalización de la selección de beneficiarios como el Sisben, el anterior conjunto normativo ha servido a los gobiernos para excluir de subsidios a gran parte de la población pobre y necesitada en el interés de obligarla a pagar contribuciones para aseguramiento en salud con el objetivo de disminuir al máximo el gasto fiscal, garantizar el pago de la deuda externa, y disminuir los riesgos de políticas impositivas progresivas para el financiamiento de la salud, aún a costa de desmejorar los niveles de bienestar alcanzados por la población de ingresos medios y bajos.

7 La ley 60 de 1993, en el artículo 30, define como focalización de subsidios para servicios sociales “al proceso por el cual se garantiza que el gasto social se asigna a los grupos de población más pobres y vulnerables. Para esto el Conpes Social definirá cada tres años los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios y para la aplicación del gasto social por parte de las entidades territoriales” (Ley 60 de 1993, art. 30, p. 31).

La ley 100 de 1993 (República de Colombia, Ministerio de Salud, 1993) incluye normas que han servido para desarrollar las estrategias y métodos de la focalización. En efecto, el artículo 213 (antiguo artículo 210 de la ponencia para debate que pasó sin mayores modificaciones ni discusión) establece:

Será beneficiaria del régimen subsidiado toda la población pobre y vulnerable, en los términos del artículo 157 de la presente ley. El gobierno nacional, previa recomendación del Consejo nacional de seguridad social en salud definirá los criterios generales para definir los beneficiarios del Sistema, según las normas del régimen subsidiado. En todo caso, el carácter del subsidio, que podrá ser una proporción variable de la unidad de pago por capitación, se establecerá según la capacidad económica de las personas, medida en función de sus ingresos, nivel educativo, tamaño de la familia y la situación sanitaria y geográfica de su vivienda.

Las personas que cumplan con los criterios establecidos por el Consejo nacional de seguridad social en salud como posibles beneficiarios del régimen subsidiado se inscribirán ante la dirección de salud correspondiente, la cual calificará su condición de beneficiario del subsidio, de acuerdo con la reglamentación que se expida para el efecto.

Parágrafo: El gobierno nacional, bajo los lineamientos del Consejo nacional de seguridad social en salud, establecerá un régimen de focalización de los subsidios entre la población más pobre y vulnerable del país, en el cual se establezcan los criterios de cofinanciación del subsidio por parte de las entidades territoriales.

El Gobierno Nacional reglamentará la proporción del subsidio de que trata el



inciso anterior para aquellos particulares, en los cuales los artistas y deportistas merezcan un reconocimiento especial (p. 99-100).

A su turno, el artículo 157 estableció, entre otras cosas, que

Los afiliados al Sistema mediante el régimen subsidiado de que trata el artículo 211 de la presente ley son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. Será subsidiada en el Sistema general de seguridad social en salud la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana. Tendrán particular importancia, dentro de este grupo, personas tales como las madres durante el embarazo, parto y posparto y período de lactancia, las madres comunitarias, las mujeres cabeza de familia, los niños menores de un año, los menores en situación irregular, los enfermos de Hansen, las personas mayores de 65 años, los discapacitados, los campesinos, las comunidades indígenas, los trabajadores y profesionales independientes, artistas y deportistas, toreros y sus subalternos, periodistas independientes, maestros de obras de construcción, albañiles, taxistas, electricistas, desempleados y demás personas sin capacidad de pago.

Los participantes vinculados son aquellas personas que por motivos de incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado tendrán derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contratos con el Estado.

A partir del año 2000, todo colombiano deberá estar vinculado al sistema a través de los regímenes contributivo o subsidiado, en donde progresivamente se unificarán los planes de salud para

que todos los habitantes del territorio nacional reciban el Plan obligatorio de salud de que habla el artículo 162 (p. 73-74).

Y el artículo 211 establece que

El régimen subsidiado es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema general de seguridad social en salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad de que trata la presente ley (p. 99).

4.7 Sisben: metodología para la focalización de subsidios para programas sociales

Una de las tareas centrales que desarrolló el gobierno una vez fijado el sentido de la política y la normatividad de focalización del gasto social fue la de diseñar la herramienta con la cual debería garantizarse la identificación de los más pobres entre los pobres para la entrega de subsidios para programas sociales. Esta tarea fue encomendada a la Misión Social⁸ del Departamento Nacional de Planeación que diseñó y adoptó el Sisben, Sistema integrado de selección de beneficiarios, (Castaño y Moreno, 1994) mediante resolución 65 de marzo 25 de 1994 del Conpes Social (Departamento Nacional de Planeación, 1997). En desarrollo de tal mandato a partir de enero de 1995 se adoptó la ficha actual del Sisben para la identificación de hogares y personas pobres. Este instrumento fue recomendado por el Consejo nacional de seguridad social en salud para la selección de beneficiarios para aseguramiento en el régimen subsidiado de seguridad social en salud por acuerdo n. 23 de diciem-

8 Misión Social significa Misión de Apoyo a la Descentralización y Focalización de los Servicios Sociales.



bre de 1995 (Departamento Nacional de Planeación, 1997).

El Sisben forma parte de un conjunto de herramientas gerenciales diseñadas por expertos que trabajan con el Banco Mundial y puestas al servicio de los gerentes y responsables de decisiones políticas para entregar servicios sociales subsidiados y focalizados en los más pobres. Tradicionalmente, el Banco Mundial ha privilegiado la entrega de subsidios focalizados en vez de subsidios universales y ha promovido su uso por parte de gobiernos latinoamericanos que en la última década han abrazado tal concepción en forma masiva (Grosh, 1992).

El Sisben es un mecanismo de evaluación del nivel de pobreza que se incluye dentro de los llamados *proximi means tests* porque evalúa elementos tales como las características de la vivienda, la familia y la propiedad de otros bienes durables como aproximaciones de la medición del ingreso monetario y la riqueza acumulados por los individuos, los hogares o las familias (que es el objeto de los llamados *true means tests*) para la asignación de subsidios (Grosh, 1992).

De acuerdo con Castaño y Moreno (1994),

la metodología global de focalización esta conformada, por una parte, por la formulación estadística de la cuantificación del nivel de pobreza (índice de pobreza) de cada una de las familias susceptibles a ser beneficiarias de un subsidio, y por otra, por los instrumentos a utilizar para la toma de la información requerida para la medición de este nivel (p. 1-2).

Por su parte Sarmiento, González y Rodríguez (1999) explican que el Sisben tiene tres niveles de análisis: “*el primero tiene que ver con las características del índice Sisben (I-*

Sisben). El segundo con la línea de corte. Y el tercero con la política de focalización” (p. 107). De acuerdo con esta versión, el I-Sisben define las características socioeconómicas de la población y la ordena. La línea de corte traza la frontera entre pobres y no pobres. Y la política de focalización es una concepción utilitarista orientada a focalizar los subsidios al menor costo y con el mayor beneficio social posible.

4.7.1 El I-Sisben

El I-Sisben es un modelo estadístico de ponderación de un conjunto definido de variables cuantitativas y cualitativas, que se refieren especialmente a las condiciones de la vivienda, seleccionadas a partir de una escala de valores montada desde la interpretación utilitarista de que son las realizaciones y capacidades acumuladas históricamente por un hogar o por un individuo⁹ las que definen su nivel de utilidad o bienestar (Vélez, Castaño y Deutsch, 1999) y le hacen merecedor o no de un subsidio para atención médica.

De acuerdo con Castaño (199?), y dada la racionalidad económica de mercado en que se fundamenta el modelo, las variables fundamentales para determinar el índice global de pobreza de los individuos y de los hogares son aquellas que permiten evaluar mejor el nivel de utilidad alcanzado por el consumidor dado el bienestar logrado por las familias y su capacidad de generar ingresos para demandar bienes y servicios. Tales variables pueden ser agrupadas en dos subconjuntos: “(i), *consumo de bienes durables y servicios, tales como vivienda y aparatos del hogar; (ii) dotación de capital humano y ocupación*” (p. 9). Con las variables así agrupadas se construye un índice com-

9 Para una interpretación de estos conceptos véase Sen (1987 y 1987b).



puesto de indicadores de niveles de utilidad o bienestar que es una medición aproximada de los recursos de que disponen o han dispuesto los hogares o individuos en el curso de la vida independientemente de los ingresos líquidos disponibles, y de otras condiciones económicas, sociales, culturales o epidemiológicas al momento de necesitar demandar servicios de salud.

Si se observan las variables que incluye el indicador y las ponderaciones de ellas en el indicador global de pobreza, las que se refieren a la calidad de la vivienda, servicios públicos y educación tienen un peso mayor en la discriminación del grado relativo de pobreza que aquellas que se refieren a ocupación o ingresos (Castaño, 1994, p. 42-47). El desconocimiento de la sensibilidad de variables que se refieren a las necesidades de salud, el ingreso monetario y el empleo, entre otras, para demandar servicios de salud puede hacer del I-Sisben un indicador poco eficaz para asignación de subsidios de

aseguramiento en situaciones de crisis económica porque el peso de la calificación del nivel de pobreza recae en aquellas variables que podrían ser menos sensibles para captar la capacidad inmediata que tiene un individuo o un hogar para asumir el pago del aseguramiento en salud.

Este pudiera ser el caso de muchas familias e individuos bogotanos que, como lo muestran Baldión Waldrón y García Cano (2001), a pesar de no deteriorarse aquellas variables como vivienda, servicios públicos y educación que miden ciertas dimensiones de necesidades básicas insatisfechas, por el contrario sufren, en especial las mujeres, de la más alarmante situación de desempleo, sin que de ésta se excluya a personas de los más altos niveles educativos (cuadros 1 y 2).

4.7.2 La línea de corte

Para garantizar que la asignación de subsidios a la demanda de la población pobre

Cuadro 1. Tasa de desempleo por nivel educativo. Nacional y Bogotá. 1997-2000

	Ninguno		Primaria		Secundaria		Superior	
	1997	2000	1997	2000	1997	2000	1997	2000
Total	4.0	6.7	7.1	11.4	13.7	22.0	9.2	18.1
Bogotá	7.6	19.7	9.1	16.2	11.3	22.4	8.1	19.8

Fuente: Cálculos DNP-UDS-DIOGS con base en Dane, Encuesta Nacional de Hogares, septiembre. Tomado de Baldión Waldrón y García Cano (2001).

Cuadro 2. Tasa de desempleo por sexo. Nacional y Bogotá. 1997- 2000

	1997			1999			2000		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Total	7.2	14.2	9.9	12.5	22.0	16.3	12.1	23.0	16.6
Bogotá	7.9	12.3	9.9	17.2	21.6	19.3	17.0	23.8	20.3

Fuente: Cálculos DNP-UDS-DIOGS con base en Dane, Encuesta Nacional de Hogares, septiembre. Tomado de Baldión Waldrón y García Cano (2001).



beneficiaria de programas sociales subsidiados se otorgue de acuerdo con los criterios de focalización definidos en el artículo 30 de la ley 60 de 1993, se hizo necesario definir un aspecto metodológico adicional al I-Sisben: la definición de una línea de corte que permitiera separar a las familias pobres de las no pobres o, más bien, a familias pobres de aquellas más pobres o en miseria.

Castaño (1995b) usó los indicadores necesidades básicas insatisfechas, NBI, y línea de indigencia, LI,¹⁰ como criterios para determinar la línea de corte porque estos dos indicadores combinados son los que mejor se acercan a la estructura de variables que define el I-Sisben, dado que éste es función aproximada del ingreso, que sería bien re-

presentado por la LI, y de variables que se refieren a la vivienda, servicios públicos, educación y hacinamiento de los hogares que también son usadas para el cálculo del NBI¹¹.

De acuerdo con el punto de corte (47,37) de Castaño (1995a y 1995b) para distinguir entre pobres y no pobres en las zonas urbanas, la proporción de población que podría incluirse como pobre para la asignación de subsidios en estas zonas sería de 20,48%, cifra que para Bogotá, con un punto de corte de 53, se aumentaría a 22,9%. Sin embargo, para el caso de Bogotá tales estimativos están por debajo de cálculos recientes sobre la extensión de la pobreza por línea de pobreza o de indigencia.

Cuadro 3. Población en NBI y miseria (%). Nacional y Bogotá. 1997- 2000

	NBI			Miseria		
	1997	1999	2000	1997	1999	2000
Total	25.9	24.9	22.9	8.6	7.3	6.5
Bogotá	13.0	12.4	12.4	2.5	2.4	1.3

Fuente: Cálculos DNP-UDS-DIOGS con base en Dane, Censos de población y Encuesta nacional de hogares, septiembre. Tomado de Baldión Waldrón y García Cano (2001).

**Cuadro 4. Población bajo línea de indigencia y de pobreza (%).
Nacional y Bogotá. 1997- 2000**

	Línea de pobreza			Línea de indigencia		
	1997	1999	2000	1997	1999	2000
Total	50.3	56.3	59.8	18.1	19.6	23.4
Bogotá	32.4	46.3	49.6	6.1	13.2	14.9

Fuente: Cálculos DNP-DIOGS con base en Dane, Encuesta Nacional de Hogares, septiembre. Tomado de Baldión Waldrón y García Cano (2001).

10 La línea de indigencia, LI, es el ingreso mínimo necesario para obtener una canasta básica de alimentos de costos mínimos. Se considera que un hogar cuyos ingresos no alcancen a comprar esa canasta mínima se encuentra en indigencia. Este es un indicador sensible a la dimensión monetaria de la pobreza.

11 Es importante señalar que el NBI se calculó para cada municipio con los datos del censo de 1993. Estos datos han variado a la fecha actual sin que se hayan podido actualizar puesto que para ello sería necesario realizar otro censo (Castaño, 2000). Así, mientras Ramírez (2000) sostiene que la pobreza, medida por condiciones de vida o NBI (que es un

En efecto, de acuerdo con Baldi3n Waldr3n y Garc3a Cano (2001), y como se observa en los cuadros 3 y 4, mientras Bogot3 muestra una clara tendencia a la disminuci3n de la incidencia de la pobreza y de la miseria medida por niveles de necesidades b3sicas insatisfechas, NBI, entre 1997 y 2000, por el contrario muestra un aumento considerable de la pobreza medida por l3nea de pobreza, LP,¹² y por l3nea de indigencia, LI, en el mismo per3odo. De igual modo, Bogot3 presenta en el mismo per3odo un claro deterioro de la equidad en la distribuci3n del ingreso: 20% de la poblaci3n m3s rica se ha hecho m3s rica mientras 20% de la poblaci3n m3s pobre se ha hecho m3s pobre (p. 19).

4.7.3 Evaluaciones del Sisben

Tanto en la definici3n del I-Sisben como en la de la l3nea de corte los expertos han usado criterios valorativos fundamentados en una concepci3n utilitarista y de mercado del bienestar. Por lo menos en lo que hace a la l3nea de corte, Sarmiento, Gonz3lez y Rodr3guez (1999, p. 10) admiten que “*además de la opini3n de los expertos se requiere que la sociedad acepte, de alguna manera, que la l3nea de corte es adecuada*”, lo que supondr3a abrir un espacio de amplia discusi3n social sobre el contenido y alcances de la metodolog3a en su conjunto.

indicador de est3ndar de vida que combina características de la vivienda y acceso a servicios p3blicos, capital humano presente y potencial, hacinamiento y proporci3n de ni3os menores de seis a3os), “ha aumentado en las zonas urbanas, como efecto de la crisis econ3mica” (p.8), para Baldi3n Waldr3n y Garc3a Cano (2001) el mejoramiento de 3ste no se detiene a pesar de la recesi3n.

12 La l3nea de pobreza muestra que “cierto porcentaje de la poblaci3n no cuenta con los ingresos necesarios con respecto a un valor dado” (Baldi3n Waldr3n y Garc3a Cano, 2001, p. 16). Este indicador enfatiza la dimensi3n monetaria de la pobreza y es muy sensible a los cambios en el mercado de trabajo, en especial para condiciones como las de Bogot3 y en coyunturas de crisis econ3micas como las que vive el pa3s.

Sin embargo, la evaluaci3n del Sisben en el 3mbito gubernamental por lo general se ha restringido a su eficiencia horizontal y vertical. Desde este enfoque la ineficiencia del instrumento se asume como un resultado de la distorsi3n de la informaci3n por parte de quienes aplican la encuesta o de quienes responden las preguntas, lo que podr3a llevar a que quedaran pobres por fuera (error tipo I) o a que se incluyera a quienes no lo son (error tipo II). Se asume que estos errores se producen porque el subsidio es un incentivo para informar mal, dado que las personas son sujetos activos que aprenden las reglas del juego y sesgan la informaci3n de acuerdo con sus conveniencias. Por otra parte, tambi3n se sostiene que por miedo a la estigmatizaci3n y a la violaci3n de la privacidad de la familia, los individuos podr3an esconder su real situaci3n de pobreza. Es decir, se termina culpando a la v3ctima de las vicisitudes de la pol3tica de focalizaci3n y de sus instrumentos de aplicaci3n.

Esa posici3n no cuestiona las implicaciones que para identificar y medir pobreza y para la asignaci3n de subsidios para aseguramiento en salud tiene la informaci3n que se construye a partir de la concepci3n de justicia y de pobreza usadas, de las variables incluidas en el instrumento, de su ponderaci3n, y de la l3nea de corte establecida. Se asume que tanto la pol3tica de focalizaci3n actual como el Sisben es lo indicado y que lo que hay que hacer es corregir los errores administrativos y t3cnicos de aplicaci3n de esa metodolog3a de focalizaci3n, educar en las reglas de la 3tica de la sinceridad a los individuos y las familias a ser encuestados y, a lo sumo, afinar m3s su actual racionalidad focalizadora (por ejemplo, Sarmiento, Gonz3lez y Rodr3guez, 1999; DNP, Ministerio de Salud, Mis3n Social, PNUD, 2000).

A pesar de aquellas posturas, otros estudios recientes develan problemas del instrumento



que trascienden los de índole meramente administrativo y técnico. En los foros regionales para la evaluación integral del Sisben realizados con funcionarios de distintos niveles del poder territorial (DNP, Ministerio de Salud, Misión Social, PNUD, 2000) no se escapa a la observación de algunos de ellos “*la incapacidad del Sisben para medir la liquidez de corto plazo de las familias*” (p.10). Y el estudio del Centro de Investigaciones para el Desarrollo de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional y del Ministerio de Salud (CID, UN, 2001) señala que para Bogotá el Sisben, dado el tipo de variables que incluye¹³ y los criterios valorativos de la línea de corte que pretende separar a los pobres de los no pobres¹⁴, es una metodología muy débil y poco capaz de identificar pobreza y a los más pobres, medir la efectiva capacidad de

acceso de esta población a los servicios de salud, y focalizar el gasto.

Conclusión

En estrecha relación con las orientaciones del Banco Mundial (1987 y 1993), con el nuevo modelo de desarrollo económico y de reforma del Estado de carácter neoliberal impulsado por el gobierno de Gaviria Trujillo (1991 y 1993), y de acuerdo con las posiciones estratégicas de la nueva Constitución Política de 1991 que mejor se articulaban a sus intereses, las fuerzas políticas hegemónicas de Colombia reformaron el viejo Sistema nacional de salud y construyeron un nuevo modelo (ley 100 de 1993) que rompió con la tradición intervencionista liberal existente hasta entonces en el sector.

El Sistema de seguridad social en salud que emergió se diseñó como un modelo propicio para la inversión de capital, la concurrencia el sector privado, la *libre* escogencia de los usuarios, la competencia entre el sector público y el privado, y la reorientación del papel del Estado a la regulación del mercado de seguros y de servicios de salud.

El nuevo modelo encaja dentro de una concepción de disminución del Estado en el financiamiento, administración y producción de los servicios de salud. Busca servir a la política de reestructuración económica y a las exigencias de reducción del gasto público impuestas por el Fondo Monetario Internacional.

Se apoya en la idea de universalidad del aseguramiento como mecanismo para garantizar el derecho de la población al acceso a los servicios de salud. Tal aseguramiento se fundamenta en la capacidad de pago de las personas y en la administración de los fondos del seguro basada en la competencia entre el sector público y el privado, por lo

13 Según el estudio del CID, UN (2001, p. 2-12), “al parecer algunas de las variables del Sisben pueden considerarse como neutrales a la hora de discriminar la pobreza en la ciudad pues existen unas condiciones mínimas básicas relacionadas con el acceso a servicios públicos, educación y características de las viviendas comunes para la mayoría de los hogares que incrementan los puntajes de la población en relación con el resto urbano”.

14 El uso del NBI y de la LI, como lo establece el Sisben, para determinar tanto la separación entre pobres y no pobres como los niveles de pobreza no son adecuados para Bogotá si se compara con otras formas de medición de la pobreza como la LP (CID, UN, 2001, p. 2-18). De acuerdo con este estudio “el índice Sisben no garantiza que toda la población pobre según diferentes criterios de pobreza sea incluida dentro de los 3 primeros niveles de clasificación. Con la línea de pobreza este indicador deja por fuera de la clasificación a cerca del 57% de la población que se considera pobre por este indicador. Si se mira desde el punto de vista del índice de NBI el indicador excluye al 38,6% de la población en miseria y al 56,9% de los pobres por este indicador. Al clasificarlo de acuerdo a la población en estrato 1 y 2 ó con el primer quintil por índice de condiciones de vida, la población excluida es del 57,6% y 20,4% respectivamente” (CID, UN, 2001, p. 2-18 y 2-19). Por eso los puntajes que establece la línea de corte no servirían para tomar decisiones sobre quiénes merecerían o no los subsidios.



que se hizo indispensable introducir subsidios a la demanda para la población pobre.

Hallazgos empíricos sobre las iniquidades existentes en el acceso a los servicios de salud y en la distribución de subsidios para 1992 empujaron a la suposición de que una nueva concepción de la focalización del gasto social era la vía para superar tales injusticias (Vélez, 1996). Ello empujó a la definición de una política y normatividad de ampliación de la cobertura fundamentada en la reducción del derecho a la salud a un derecho prestación que garantizaría el acceso de los sectores de menores ingresos por la vía de la focalización de subsidios a la demanda en los más pobres (leyes 60 y 100 de 1993). Consustancial a tal enfoque político y normativo es el diseño del Sisben, una metodología para la selección de beneficiarios y un procedimiento de toma de decisiones en su conjunto también focalizador.

A diez años de la emergencia de tal conjunto político normativo, técnico y gerencial de la política actual de salud el problema central desde una perspectiva de justicia social es la oposición entre universalidad y focalización y, como consecuencia, en el plano de la metodología de selección de beneficiarios de subsidios para aseguramiento en salud, la oposición entre inclusión y exclusión.

En el caso de la atención médica, las barreras financieras están obligando a la población excluida y sin capacidad de pago no sólo a la sustitución de la medicina institucional por la automedicación, los remedios caseros y la medicina tradicional, sino a la promoción de un mayor gasto privado de bolsillo (Eslava, Hernández, Ruiz y otros, 1999; CID, UN, 2001) o al empeoramiento de sus condiciones de salud y de vida. Dicho argumento tiene más peso si se tienen en cuenta los complejos cambios e inestabilidad en el empleo y los ingresos introducidos por la situación de recesión económica, por las políticas de ajuste

económico y flexibilización laboral, la violencia y la migración, dificultades que la selección excluyente del Sisben agrava¹⁵.

Otras evidencias (Cendex, Fundación Corona, Fundación Ford, 1999) sugieren la existencia de una no correspondencia entre la racionalidad de mercado, *homogenizante* y utilitaria de la política de focalización del gasto social y de su instrumento de aplicación el Sisben, y la diversidad de valores de la población, fruto de su heterogeneidad étnica, de sus tradiciones culturales y de otras influencias de la vida moderna. La racionalidad de la política de focalización y del Sisben está soportada en la idea de la constitución de un sujeto racional que optimiza sus acciones en función del índice de utilidad resultante de las relaciones entre los índices de utilidad del consumo, del ingreso y de la dotación de capital humano (Vélez, Castaño y Deutsch, 1999). Este modelo del actor racional del mercado no es compartido por otros actores cuya racionalidad esta legítimamente fundada en otros valores.

Por eso, el Sisben podría no sólo estar convirtiéndose en una barrera más para el acceso a los servicios de salud de la población que no clasifica como beneficiaria del régimen subsidiado (Cendex, Fundación Corona, Fundación Ford, 1999), sino también materializar una práctica de gobierno que genera y acumula grandes efectos negativos entre los sujetos sociales excluidos por la imposición de una racionalidad que colinda con la violación del derecho a la vida, a estar enfermo, a la atención médica y a escoger diversos estilos de vida.

15 Lamas (1997) ha señalado que los efectos sociales del ajuste económico "han recaído sobre los sectores deprimidos y medios de las poblaciones latinoamericanas. Hoy los grupos por debajo de la pobreza son mayores y están más depauperados. También amplios estamentos de clases medias (...) viven un proceso de movilidad descendente..." (p. 66).



Referencias bibliográficas

- Acemi, 1994. "Proyecto de ley de reforma de la seguridad social", en: *República de Colombia, Ministerio de Salud (1994). La reforma a la seguridad social en salud*, tomo 3, anexo documental, Bogotá, Editorial Carrera, p. 76-89.
- Araujo Noguera, A., 1994. "Proyecto de ley n. 248 de 1992 por el cual se crea el Sistema nacional de seguridad social", en: *República de Colombia, Ministerio de Salud (1994). La reforma a la seguridad social en salud*, tomo 3, anexo documental, Bogotá, Editorial Carrera, p. 112-142.
- Arias Ramírez, J., 1994. "Sistema de seguridad social y protección pública en salud.
- Articulado del componente de salud del proyecto de ley 155 de 1992 (Presentado por varios congresistas, coordinador Jaime Arias)", en: *República de Colombia, Ministerio de Salud (1994). La reforma a la seguridad social en salud*, tomo 3, anexo documental, Bogotá, Editorial Carrera, p. 50-63.
- Baldión Waldrón, E. y García Cano P., 2001. "Coyuntura social departamental", en: *Boletín SISD* n. 29, Bogotá.
- Banco Mundial, 1975. *Salud: documento de política sectorial*, Washington, (s.n).
- _____, 1987. *El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo*. Una agenda para la reforma, Departamento de Población, Salud y Nutrición del Banco Mundial, Washington.
- _____, 1990. *La pobreza: informe sobre el desarrollo mundial*, Washington, Oxford University Press.
- _____, 1991. *El desafío del desarrollo económico: informe sobre el desarrollo mundial*, Washington, Oxford University Press.
- _____, 1993. *Informe sobre el desarrollo mundial: invertir en salud*, Washington.
- Becker, G., 1964. *Human Capital: a theoretical and empirical analysis*, USA, Colombian University Press.
- BID, BIRF, Cepal, OEA, OPS/OMS, UNFPA, Unicef, Usaid, 1995, Acceso equitativo a los servicios básicos de salud: hacia una agenda para la reforma del sector salud, Washington, septiembre 29-30.
- Brock, K., Cornwall, A. y Gaventa, J., 2001. *Power, Knowledge and Political Spaces in the Framing of Poverty Policy*. Institute Of Development Studies, Brighton, Sussex BN1, 9RE, UK.
- Bunton, R., 1997. "Popular Health, Advanced Liberalism and Good House Keeping Magazine", en: Petersen A, y Bunton R, (Ed.) 1997, *Foucault, Health and Medicine*, London, Routledge.
- Cardona, A., 1992. *Organización de un seguro nacional de salud con fundamento en la competencia en la prestación de servicios (propuesta para la Comisión Constitucional de Seguridad Social)*, Bogotá, 7 de enero (borrador).
- Castaño, E., 1997. *Indicadores aproximados de recursos para la focalización de programas sociales: dos metodologías y una evidencia empírica*, Bogotá, Misión Social, DNP (mimeo).
- _____, 1995a. *Metodología para la determinación de los puntos de corte del índice Sisben para la caracterización de la población pobre*, Bogotá, Misión Social, DNP (mimeo).
- _____, 1995b. Consideraciones sobre la aplicación de los puntos de corte Sisben, Bogotá, Misión Social, DNP (mimeo).
- _____, y Moreno, H., 1994. Metodología estadística del modelo de ponderaciones del sistema de selección de beneficiarios de programas sociales, Sisben, Bogotá, Nota Técnica # 1, Misión Social, Departamento Nacional de Planeación.
- Castaño, R.A., 2000. *Dificultades en la utilización de dos indicadores diferentes para la asignación de transferencias y para la entrega de subsidios*, Bogotá, Misión Social, DNP, septiembre 20 (mimeo).
- Cendex (Centro de Estudios para el Desarrollo), Fundación Corona, Fundación Ford, 1999, *Entorno, aseguramiento y acceso en el régimen subsidiado de salud en Colombia: seis estudios de caso*, Bogotá, Ceja.
- Cepeda, J.M., 1997. *Los derechos fundamentales en la Constitución de 1991*, 2da Edición, Bogotá, Editorial Temis S.A.
- CID-UN, 2001. *Sisben: identificación y afiliación al RS*, Bogotá, Ministerio de Salud, Programa de Apoyo a la Reforma (borrador).
- Constitución Política de Colombia de 1991. *Derechos del niño, de la mujer, del hombre, defensor del pueblo*, Bogotá, Colección Documentos, Cooperativa Editorial Magisterio.
- Corsi Otálora, C.E., 1993. «Constancia y proposición presentada por el senador Carlos Corsi Otálora de Laicos por Colombia», en: *Gaceta del Congreso*, 2 de septiembre de 1993, p. 3-14, Bogotá, Imprenta Nacional de Colombia.
- _____, 1993a. «Palabras del honorable senador Carlos Corsi Otálora», en: *Gaceta del Congreso*, 13 de septiembre, p. 8-11.
- Departamento Nacional de Planeación, 1972. *Las cuatro estrategias*, Bogotá, Editorial Andes.



- _____, 1997. *Focalización del gasto social*, Documento Conpes Social 040, Bogotá, DNP, UDS, Misión Social, 24 de septiembre.
- Departamento Nacional de Planeación, República de Colombia, 1979, *Plan de Integración Nacional 1979 – 1982*, Bogotá.
- Departamento Nacional de Planeación, Ministerio de Salud, Misión Social, PNUD, 2000, *Memorias Foros Regionales del Sisben, evaluación integral*, Bogotá, noviembre.
- Donzelot, J., 1991. «Pleasure in Work», en: Burchell G., Gordon C., y Miller P., (Ed.) 1991, *The Foucault Effect. Studies in Governmentality*, London, Harvester Wheatsheaf.
- El Tiempo, 1991a. «Seguridad social: bomba de tiempo», en: El Tiempo, agosto 21, Sección de Económicas.
- _____, 1991c. «Llamamiento de los trabajadores médicos, odontólogos y profesionales de la salud al país», 6 de diciembre, p. 9B.
- _____, 1992a. «ISS: hacia la privatización parcial», 20 de marzo, p. 6C.
- _____, 1992b. «Sindicatos anuncian paro el jueves. Estalla crisis en el Seguro», 10 de octubre, p. 1 y 8A.
- _____, 1992e. «La privatización de la seguridad social, un atentado a la paz laboral y social», 8 de noviembre, p. 5C.
- _____, 1992j. «Luz verde para seguridad social», 14 de mayo, p. 1A, 4B.
- _____, 1992k. «Compromiso de impulso hacia el gran pacto social entre los colombianos. Documento suscrito entre el gobierno nacional y los partidos políticos signatarios (Partido Liberal, Partido Conservador y Nueva Fuerza Democrática)», 25 de mayo, p. 5B.
- _____, 1992. «Aplazarían propuestas en salud. Ajuste en seguridad social para disminuir costo fiscal», 2 de junio, p. 1A y 1D.
- _____, 1992m. «Estudian reducir contenido del Plan obligatorio. Proponen gradualidad en salud», 18 de octubre, Sección Económicas.
- _____, 1992n. «Piden cambiar estrategia social», 16 de marzo, p. 9A.
- _____, 1993. «Acuerdos para impulsar ley de seguridad social», 7 de octubre, p. 11C. Eslava, J.; Hernández, A.; Ruiz, F.; y otros, 1999. *Factores condicionantes y determinantes del acceso a los servicios de salud para la población del régimen subsidiado y los participantes vinculados del nivel III de Sisben de 14 Localidades del Distrito*, Bogotá, Universidad Javeriana, Secretaría Distrital de Salud, Documento técnico ASS/691B-99.
- Fedecajas, 1994. «Propuesta de Fedecajas», Síntesis ejecutiva, en: República de Colombia, Ministerio de Salud (1994). La reforma a la seguridad social en salud, tomo 3, anexo documental, Bogotá, Editorial Carrera, p. 64-75.
- Feldstein, P.J., 1973. *Health Care Economics*, Second Edition, USA, Wiley.
- Foucault, M., 1972. *The Archaeology of Knowledge*, London, Tavistock Publications.
- _____, 1980a. The Politic of Health in the Eighteenth Century, en: Gordon C., (Ed.) 1980, *Michel Foucault. Power/Knowledge. Selected interviews and other writings 1972-197*, Brighton, Harvester Press.
- _____, 1982. I, *Pierre Rivière, having slaughtered my mother, my sister, and my brother... A case of parricide in the 19th century*, Edited by Michel Foucault, USA, Bison Book.
- _____, 1988a. «Critical Theory/Intellectual History», en: Kritzman LD, (Ed) 1988, *Michel Foucault. Politics, philosophy, Culture*, USA, Routledge.
- _____, 1988b. «Politics and Reason», en: Kritzman LD, (Ed) 1988, *Michel Foucault. Politics, philosophy, culture*, USA, Routledge.
- _____, 1990. *The History of Sexuality*, v. 1, London, Penguin Books.
- _____, 1991a. «Questions of Method», en: Burchell, G., Gordon, C., y Miller, P., (Eds) 1991, *The Foucault Effect. Studies in Governmentality*, London, Harvester Wheatsheaf.
- _____, 1991b. «Politics and the Study of Discourse», en: Burchell, G., Gordon, C., y Miller, P., (Eds) 1991. *The Foucault Effect. Studies in Governmentality*, London, Harvester Wheatsheaf.
- _____, 1999. *El orden del discurso*, Barcelona, Fábula Tusquets Editores. Gaceta del Congreso, 1993a. *Comunicado de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia Seccional Cundinamarca para los honorables senadores y Representantes del Congreso de Colombia*, 1 de octubre, p. 17-19.
- _____, 1993b. *Carta al Congreso de la República. Mujeres Trabajadoras de la Central Unitaria de Trabajadores, CUT*, 10 de septiembre, p. 20.
- _____, 1993c. *Un País de foros a espaldas de la concertación. Declaración de la Central Unitaria de Trabajadores de Colombia*, 10 de septiembre, p. 21-22.
- _____, 1993d. *Interpelación del honorable senador Hernán Motta Motta acerca del artículo segundo*, 17 de agosto de 1993, p.13.
- _____, 1993e. *Proposición sustitutiva del artículo 159*, 5 de noviembre, p. 20.
- _____, 1993f. *Proposición sustitutiva al inciso segundo del artículo 210*, 8 de noviembre, p. 29.



- _____, 1993g. *Informe de las Comisiones Accidentales de Mediación Senado y Cámara de Representantes*, 15 de diciembre, p. 3-11.
- _____, 1993i. *Ponencia para segundo debate al proyecto de ley número 155 Senado, 204 Cámara de 1992, "por el cual se crea el Sistema de seguridad social integral y se adoptan otras disposiciones"*, n. 254, 30 de julio, y 281, 19 de agosto.
- _____, 1993j. *Informe sobre la constitucionalidad del trámite al proyecto de ley número 155/92 Senado, que crea el Sistema de seguridad social integral*, 13 de septiembre.
- Gras, M.E., 1992. *From Platitudes to Practice: Targeting Social Programs in Latin America, vol I. World Bank: Latin America and the Caribbean Technical Department*, September.
- Gaviria Trujillo, C., 1991. "Prólogo a la revolución pacífica", en: *La revolución pacífica. Plan de desarrollo económico y social 1990-1994*, Presidencia de la República.
- _____, 1993. "La revolución pacífica: un compromiso en acción", en: *Gaceta del Congreso*, viernes 23 de julio, Bogotá, p. 5-8.
- Hernández Álvarez, M., 1991. "El derecho a la salud y la nueva Constitución Política colombiana", en: *Avances en Enfermería, Revista de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia*, Bogotá.
- _____, 2000. "La fractura originaria en la organización de los servicios de salud en Colombia 1910-1946", en: *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura*, No. 27, 2000, pp. 7-26. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas, Departamento de Historia.
- Instituto FES de Liderazgo, 1994. "Reforma de la seguridad social en salud. Proyecto de Ley, Grupo de macropolíticas de salud y seguridad social del Instituto FES de Liderazgo", en: *República de Colombia, Ministerio de Salud (1994). La reforma a la seguridad social en salud*, tomo 3, anexo documental, p. 90-111, Bogotá, Editorial Carretera.
- Lamas, A. E., 1997. "Mitos y desafíos de la política social", en: Rojas, M.C. y Delgado, A., (Ed.) 1997, *Política Social. Desafíos y Utopías*, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.
- Ley 60 de 1993. "Por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones", Bogotá, agosto.
- Lleras de la Fuente, C. y Tangarife Torres, M., 1996. *Constitución Política de Colombia: origen, evolución y vigencia*, 1ª edición, Bogotá, Biblioteca Jurídica Díké.
- Mincer J, 1958. *Investment in Human Capital and Personal Distribution of Income*, Journal of Political Economy.
- Ministerio de Salud, Acomsap, 1990. *Reorganización del Sistema nacional de salud. Una respuesta al cambio social*, Memoria analítica de la ley 10 de 1990, v. 1, Bogotá.
- Motta Motta, H., 1993. "Interpelación del honorable senador Hernán Motta Motta", en: *Gaceta del Congreso*, 17 de agosto, p. 13.
- _____, 1993a. «Constancia en relación con la ponencia para segundo debate al proyecto de ley número 155 de 1992, "Por la cual se crea el Sistema integrado de seguridad social y se adoptan otras disposiciones"», en: *Gaceta del Congreso*, 17 de agosto, p. 22-22.
- Navarro Wolf, A., 2001. «Carta para perdurar», en: *El Tiempo*, Lecturas Dominicales, 1 de julio, p. 4.
- Ocampo, M.C., 1992. «¿Pacto social o pacto de consorcios?», en: *El Tiempo*, 16 de mayo, p. 5A.
- OPS/OMS, 1973. *Plan decenal de salud para las Américas. Informe final de la III Reunión especial de Ministros de Salud de las Américas*, Washington, Documento oficial n. 118.
- _____, 1978. *IV Reunión especial de Ministros de Salud de las Américas*, Washington, Documento oficial, n. 155.
- _____, 1980. "La declaración de Alma-Ata, URSS. Anexo III incluido", en: OPS/OMS, 1980, *Salud para todos en el año 2000. Estrategias*, Washington, diciembre.
- _____, 1980a. "Evolución del sector salud en el decenio 1971-1980. Estrategias para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000", en: OPS/OMS, 1980. *Salud para todos en el año 2000. Estrategias*, Washington, diciembre.
- _____, 1988. *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los Sistemas nacionales de salud*, Documento CD33/14, resolución XV - XXXIII del Comité Directivo, Washington D.C.
- _____, 1991. *Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas para la Organización Panamericana de la Salud en el cuatrienio 1991-1994*, Washington, 20037.
- _____, 1992. *Fondos y programas de compensación social. Experiencias en América Latina y el Caribe*, Washington.
- _____, 1995. *Orientaciones estratégicas y programáticas 1995-1998*, Washington, Documento oficial n. 269.



- _____, 1995a. *Las políticas de salud en los 90. Programa de políticas de salud, División de Salud y Desarrollo, OPS/OMS febrero de 1995*, Washington, Serie de Informes Técnicos, n. 45.
- Osborne T., 1997. «Of Health and Statecraft», en: Petersen A., y Bunton R., (Ed.) 1997. *Foucault, Health and Medicine*, London, Routledge.
- PNUD, 1990 y 1991. *Informe sobre el desarrollo humano 1990 y 1991*, Washington, Oxford University Press.
- Presidencia de la República, Centro de información y sistemas para la preparación de la Asamblea Nacional Constituyente, Comisión Quinta, 1991, *La finalidad social del Estado*, Comisión Quinta, Transcripción de sesiones, p. 14-63, sesión mayo 14.
- Presidencia de la República, Centro de información y sistemas para la preparación de la Asamblea Nacional Constituyente, 1991, Suscriptor, *Derecho a la salud. Sistema integrado de consulta de propuestas*, Bogotá, mayo 15.
- Presidencia de la República, Departamento Nacional de Planeación, 1987. *Plan de economía social. Planes y programas de desarrollo económico y social 1987-1990*, Bogotá.
- Presidencia de la República, Departamento Nacional de Planeación, 1991. *La revolución pacífica. Plan de desarrollo económico y social 1990-1994*, Bogotá, Editora Géminis.
- Quevedo, V.E., 1990. "Análisis socio-histórico", en: Ministerio de Salud, Departamento Nacional de Planeación, 1990, *La salud en Colombia*, tomo 1, Bogotá, Ministerio de Salud, Departamento Nacional de Planeación.
- Ramírez Acuña, L.F., 1993. "Palabras del señor Ministro de Trabajo y Seguridad Social, doctor Luis Fernando Ramírez Acuña", en: *Gaceta del Congreso*, 13 de septiembre, p. 11-14.
- Real Academia Española, 1992. *Diccionario de la lengua española*, Vigésima primera edición, Madrid.
- República de Colombia, Corte Constitucional, 1992. "Sentencia T-406. Ref. Expediente T-778", junio 2 (fotocopiado).
- República de Colombia, Departamento Nacional de Planeación, 1975. *Para cerrar la brecha. Plan de desarrollo social, económico y regional 1975-197*, Bogotá, Ediciones del Banco de la República.
- República de Colombia, Departamento Nacional de Planeación, 1983. *Cambio con equidad. Plan de desarrollo 83-86*, Bogotá.
- República de Colombia, Ministerio de Salud, 1982/1986. *Memoria al Congreso* (Efraín Otero Ruiz), Bogotá.
- República de Colombia, Ministerio de Salud, 1993. *Ley 100 de 1993*, Bogotá, Publigráficas.
- Rose, N., 1996. Governing "Advanced" Liberal Democracies, en: Barry A., Osborne T., y Rose N., (Ed.) 1996, *Foucault and political Reason. Liberalism, neo-liberalism and rationalities of government*, London, UCL Press.
- Sarmiento, G.A., González, J.I., y Rodríguez, L.A., 1999. "Eficiencia horizontal y eficiencia vertical del Sistema de selección de beneficiarios, Sisben", en *Coyuntura Social*, n. 21.
- Sen, A., 1987. «The Standard of Living: Lecture I, concepts and critics», en: Hawthorn, G. (Ed.) *The Standard of Living*, Cambridge, Cambridge University Press.
- _____, 1987b. "The Standard of Living: Lecture II, lives and capabilities", en: Hawthorn, G. (Ed.) *The Standard of Living*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Urdinola, A., 1992. "La seguridad social", en: *El Tiempo*, 6 de septiembre de 1992, p. 2C.
- Uribe Celis, C., 2001. "De Núñez a Gómez. Talante conservador", en: *El Tiempo*, Lecturas Dominicales, 1 de julio, p. 2.
- Uribe Vélez, A., 1993b. "Recobra el uso de la palabra el honorable senador Álvaro Uribe Vélez", en: *Gaceta del Congreso*, 17 de agosto, p. 13.
- Vélez, C.E., 1996. *Gasto social y desigualdad. Logros y extravíos*, Bogotá, Departamento Nacional de Planeación, Misión Social.
- Vélez, C.E., Castaño, E., y Deutsch, R., 1999. "Una interpretación económica del Sistema de focalización de programas sociales: el caso Sisben en Colombia", en: *Coyuntura Social*, n. 21.

