

## **UNA REVISION HISTÓRICA SOBRE EL PROCESO DE AGENDACIÓN DE LA REFORMA A LA SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA, 1993**

### **A HISTORICAL REVIEW OF THE AGENDA PREPARATION PROCESS OF SOCIAL SECURITY REFORM, COLOMBIA, 1993**

**José Luis Diago Franco\***

#### **RESUMEN**

*El artículo describe y analiza el proceso de agenda de la política pública en seguridad social que condujo a la reforma estructural en Colombia en el año de 1993, vigente hoy en día, por medio de la Ley 100.*

**Palabras clave:** *Agendación Políticas Públicas, Seguridad Social, Colombia, 1993*

#### **ABSTRACT**

*The article describes and analyzes the process of public policy agenda preparation of social security that led to the structural reform in Colombia in 1993, in force today.*

**Key Words:** *Agenda, Public Policy, Social Security, Colombia, 1993*

---

\* José Luis Diago Franco MD, MSc. Especialista en Epidemiología General. Magister en Salud Ocupacional. Profesor asociado, Departamento de Medicina Social y Salud Familiar, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca.

#### **Correspondencia:**

Facultad Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca, Popayán, Colombia. Email: joseluisdiagof@yahoo.es

## INTRODUCCIÓN

La agenda de políticas públicas es “una lista de problemas o temas que las autoridades y personas fuera del gobierno, pero vinculadas a éste, que prestan atención seria en un momento determinado. Se puede llamar propiamente formación de la agenda al proceso mediante el cual las demandas de varios grupos de la población se transforman en asuntos que compiten por alcanzar la atención seria de las autoridades públicas”(1).

La agenda generalmente identifica los problemas que dependen funcionalmente de la competencia de la autoridad pública y supone la interrelación de grupos activos (organizados, estructurados, liderados, apoyados y con recursos políticos) y legítimos que proponen y negocian las posibles soluciones (2).

Los procesos de agendación de las políticas públicas son: “Cuestiones que los miembros de la comunidad política perciben como dignas de atención pública y que caen dentro de la jurisdicción legítima de la autoridad gubernamental existente” (3).

## LA CONSTRUCCION DE LA AGENDA

El Banco Mundial en los años 80 (4), a través de la “Agenda para la reforma”, promovió la transformación progresiva del gasto público en privado, bajo la justificación técnica y política, que el gasto público es siempre insuficiente e ineficaz frente a las grandes demandas sociales; que los servicios prestados por el Estado son ineficientes y más costosos que los ofertados por el sector privado, que hay desigualdad en la distribución de beneficios y subsidios entre personas pudientes de la población y que es imposible aumentar el gasto público en salud, dado el déficit fiscal de los países estudiados(5). La agenda fue aceptada por el gobierno colombiano como una receta de política

prefabricada, no obstante los riesgos que esta decisión conllevaba frente a experiencias de la región y por lo tanto asumió una posición de acatamiento frente al requerimiento del Banco Mundial para generar la política pública en salud(6).

Para el análisis del proceso de agendación de las políticas públicas en el caso de la seguridad social, se siguió a Kingdon(1) quien distingue dos procesos previos a la toma de decisiones: el establecimiento de la agenda gubernamental y la especificación de alternativas. Estos dos procesos fueron fuertemente influenciados por actores “visibles” con gran capacidad de persuasión, factor con gran peso decisor en las decisiones políticas, toda vez que unos actores convencen a otros de la prioridad y calidad de sus argumentos. En ese momento incidieron en el proceso el ministro de salud, economista Juan Luis Londoño y el ponente del proyecto de Ley que normalizaría la reforma de la seguridad social, el senador Álvaro Uribe Vélez, quienes abrieron la puerta al ingreso de las políticas neoliberales al sector salud, en el marco de la apertura económica liderada por el Presidente de Colombia, Cesar Gaviria, en el periodo 1990-1994.

Sumado a lo anterior, el Gobierno Nacional con el apoyo del Banco Mundial estructuró una importante y muy efectiva estrategia para consolidar la propuesta de reforma, para lo cual contó con el apoyo de actores “ocultos” tales como funcionarios del Ministerio de Salud y del Departamento Nacional de Planeación, consultores y técnicos del Banco Mundial, inversionistas privados y representantes del sector político y académico.

Los actores, de manera consecuyente, lograron entonces construir su propuesta, a partir del cuestionamiento de la fallida restructuración del denominado Sistema Nacional de Salud(10), a través de la ley 10 de 1991, que tenía como propósito corregir y ajustar los desfases del sistema de salud, especialmente relacionados con un gasto central excesivo con pre-

dominio de la inversión en los terceros niveles (90% de los recursos destinados a curación y sólo el 10% a prevención) (7), bajas coberturas de aseguramiento, vulnerabilidad financiera de los organismos locales, problemas de articulación de la red pública, e indefinición jurídica de muchas de las instituciones de salud.

La Ley 10 de 1991 pretendió invertir el proceso centralista a través de la descentralización de los niveles locales en la gestión de su propio desarrollo en salud, propuesta que no alcanzó a ser desarrollada por las grandes tensiones políticas, económicas y sociales del contexto local y global y fue, en últimas, la justificación para la reforma.

## EL DESARROLLO DEL PROCESO DE AGENDACIÓN

Las propuestas tornan a políticas públicas sólo cuando los flujos relacionados con el problema, las soluciones y los eventos políticos coinciden; abren “ventanas de oportunidad” simultáneas dentro de la agendación(1). La reforma al sistema de salud se desarrolló como se describe a continuación:

- **Visibilización del problema.** Se “focalizaron las dificultades del Sistema Nacional de Salud y se obtuvieron los avances y logros de la Ley 10 de 1991”, adicionalmente se ambientó como justificación o solución al problema encontrado, la necesidad de vincular al sector privado para mejorar la eficiencia y asegurar la sostenibilidad financiera del sistema, y lo posicionó dentro de la agenda de políticas al conectarla a un problema importante(1), capturando de esta manera la atención de la comunidad y controlando de manera simultánea los espacios de expresión del sector sindicalista y contradictores de la academia. Todas estas actividades, permitieron el desarrollo sin mayores difi-

cultades el proceso de agendación en el Congreso de la República. El problema planteado en la agenda fue calificado como “una necesidad inaplazable y urgente”, que justificaba una reestructuración del sistema, ambientado con indicadores de enfermedades no controladas, bajas coberturas de aseguramiento, dificultades en la financiación y problemas en la calidad de los servicios.

- **Las propuestas o soluciones.** Se plantearon alternativas que justificaron la participación del sector privado en la prestación de servicios de salud, atendiendo los lineamientos del Banco Mundial, para construir un sistema de seguridad social, estructurado en un modelo de mercado regulado por el Estado.
- **Los eventos políticos.** La reforma hizo su tránsito legislativo sin mayores dificultades dentro del Congreso de la República; fluyó según su propio tiempo y de acuerdo a sus propias reglas. Fue utilizada por la bancada liberal, ponente de la ley, condicionando su apoyo al beneplácito a las aspiraciones de su candidato a la Presidencia en ese entonces.

En menos de un año la propuesta avanzó liderada por el indiscutible rol emprendedor del ministro Londoño, quien logró un importante consenso entre los sectores políticos, convirtiendo su iniciativa en la Ley 100 de diciembre de 1993 (8, 9), apoyada por un lado por la teoría económica de la elección racional que separa el papel del mercado y del Estado y, por otro, la teoría de la agencia y la competencia regulada o administrada (10,11). Y hoy, a pesar de innumerables propuestas para desmontar esta Ley dada su ineficiencia y su gran potencial de generar corrupción, sigue vigente.

## REFERENCIAS

1. Kingdon, J. *Agendas, Alternatives, and Public Policies*, Second Edition, New York: Longman. 1995
2. Campero JC. Participación, políticas públicas y democracia. Disponible en <http://www.clad.org.ve/fulltext/0038105.html> Consultado 10/11/2008
3. Cobb, RW, Elder, CD. *Participation in American Politics: The Dynamics of Agenda-Building*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press. 1972.
4. Banco Mundial. El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo: Una agenda para la reforma. OSP/B 1987; 103(6): 595-742.
5. Yepes CE. Atención primaria en salud, más pertinente que nunca. *Invest. educ. enferm.* 2006; 24(2): 102-111
6. Torres-Melo J, en *Argumentación, Deliberación y Formación de la Agenda*. Escuela virtual PNUD. Disponible en: [www.escuelapnud.org](http://www.escuelapnud.org). Consultado 11/10/2008
7. Jaramillo I. El futuro de la salud en Colombia: Ley 100 de 1993 5 años después. 4 ed. Bogotá: FESCOL; 1999. p. 35.
8. Hernández, M. Proceso sociopolítico y salud en Colombia: 1958-1993. *Tierra Firme*. Octubre-diciembre 1997. (72): 663-682.
9. Hernández, M. El proceso sociopolítico de las reformas sanitarias en Colombia. *Cartilla de seguridad social*. 1999. (5):21-43.
10. Restrepo M. La reforma a la seguridad social en salud de Colombia y la teoría de la competencia regulada. En: Titelman D, Uthoff A. eds. *Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud*. Los casos de: Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile, Colombia. Vol. 2. Santiago de Chile: CEPAL, Fondo de Cultura Económica; 2000. p. 659-726.
11. Hernández, M. (2002b) “Neoliberalismo en salud: desarrollos, supuestos y alternativas”, en: Restrepo, D. I. (ed.) *La falacia neoliberal. Crítica y alternativas*. Vicerrectoría Académica y Sede Bogotá, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.