

La contienda política por las reformas a los sistemas de salud en Colombia y México

MÓNICA URIBE GÓMEZ*

RESUMEN: Este artículo pretende mostrar la incidencia de las contiendas políticas en los procesos de reforma a los sistemas de salud en Colombia y México. Aunque se reconoce que los organismos internacionales como el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM) han influido notoriamente en la ruta establecida para los cambios desde los años ochenta, se demuestra que el papel jugado por los distintos actores políticos en ambos países ha sido determinante para definir la ruta y el alcance de las reformas.

ABSTRACT: This article attempts to show the incidence of political struggles in health system reform in Colombia and Mexico. Although it is widely recognized that international organizations such as the International Monetary Fund (IMF) and the World Bank (WB) have exerted a considerable influence on the route established for changes since the 1980s, the author shows that the role played by the various political actors in both countries has also proved crucial in defining the route and scope of reforms.

Palabras clave: reformas estructurales, sistemas de salud, actores políticos, organismos internacionales, Colombia, México.

Key words: Structural reforms, health systems, political actors, international organizations, Colombia, Mexico.

* Doctora en Ciencias Sociales con especialidad Sociología por El Colegio de México. Docente de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Universidad de Antioquia-Colombia. Correo electrónico: muribe12@hotmail.com.

INTRODUCCIÓN

Desde mediados de la década de 1980 se ha puesto en marcha una serie de reformas económicas y sociales de diversa magnitud en la mayoría de los países latinoamericanos. En esta tarea, dos instituciones han tenido un papel protagónico: el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM) se han encargado de promover los pasos que deben ser dados por los distintos países para activar el crecimiento económico y alcanzar el desarrollo social. Sin embargo, después de casi dos décadas de cambios estructurales, la equidad y la reducción de la pobreza están aún muy lejos de alcanzarse.

Los organismos financieros internacionales condicionaron el otorgamiento de créditos que se decía estaban destinados a superar la crisis económica que enfrentaron en la década de 1980 los países latinoamericanos, a una serie de reformas económicas e institucionales en otros ámbitos. El llamado "Consenso de Washington" articuló las "recomendaciones" que se debían aplicar. Entre éstas, se incluyeron aspectos como la disminución del gasto público, la disciplina fiscal, la desregulación de los mercados financieros, la apertura indiscriminada a la inversión extranjera y la transformación del papel del Estado. A pesar de que las medidas fueron homogéneas, no todos los países llevaron a cabo la totalidad de las políticas sugeridas ni se encontraban en iguales condiciones financieras o sociopolíticas para emprender las transformaciones, lo que determinó que su ejecución en cada caso tuviera trayectorias distintas.

Uno de los sectores que mejor ejemplifica la magnitud de las transformaciones, pero también las particularidades de los procesos de reforma, es el de la salud. Colombia y México constituyen una muestra de la manera en que la aplicación de un mismo paquete de medidas puede tener distintos resultados. Aunque ambos países se adscribieron a las directrices estipuladas

por el "Consenso de Washington" y debieron hacer modificaciones en los presupuestos para la salud, descentralizar servicios, separar funciones de financiamiento y provisión, y establecer un paquete de servicios básicos para los usuarios, el funcionamiento y estructura actual del sistema de salud en ambos casos mantiene importantes diferencias en temas centrales, como el alcance de la privatización del sector y el papel desempeñado por el Estado.

Este trabajo se concentra en analizar algunos aspectos de la incidencia que tuvo la correlación de fuerzas políticas en los resultados de las reformas a los sistemas de salud en Colombia y México. A partir de la reconstrucción del tipo de relaciones establecidas entre los actores estatales y societales para negociar, imponer u obstaculizar los cambios, se pretende contribuir al análisis de las transformaciones en el papel del Estado. El enfoque relacional se toma como referente para reconstruir las contiendas en torno a las reestructuraciones llevadas a cabo en el sector de la salud en ambos países. En la primera parte se especifican algunos de los elementos teóricos y metodológicos. A continuación se contextualizan de manera general los parámetros establecidos por los organismos internacionales para orientar los cambios en los sistemas de salud en América Latina. En tercer lugar se retoman las particularidades de los casos mexicano y colombiano, y finalmente se concluye con algunas reflexiones generales sobre la importancia de analizar las reformas del Estado a partir de las contiendas entre los distintos actores, y se muestra el aporte de este tipo de investigaciones a la explicación de las diferencias entre los países estudiados.

EL ENFOQUE RELACIONAL: ELEMENTOS TEÓRICOS
PARA EL ANÁLISIS DE LA CONTIENDA POR LAS REFORMAS
A LOS SISTEMAS DE SALUD¹

Los primeros desarrollos sistemáticos del enfoque conocido como sociología relacional fueron hechos por Mustafa Emirbayer en su "Manifiesto for a Relational Sociology" (1997). Dicha propuesta se concentra en el análisis de las interacciones entre sujetos sociales, las cuales tienen lugar en espacios y tiempos específicos. La misma se opone a las explicaciones co-deterministas basadas en la separación agente-estructura, en las cuales los fenómenos sociales son vistos como producto de las transacciones entre distintos individuos interdependientes, dejando de lado cualquier relación causal entre las estructuras sociales y los actores sociales. En cambio,

los analistas relacionales conciben la cultura como un conjunto de nociones compartidas que se entrelazan con las relaciones sociales y les sirven de herramientas y coacciones, en vez de constituir una esfera autónoma (Tilly, 1998: 34).

Posteriormente, los postulados del enfoque relacional fueron reinterpretados por tres de los autores clásicos de las teorías de la acción colectiva: McAdam, Tarrow y Tilly (2005), con el fin de desarrollar un cuerpo analítico para el análisis de "la dinámica de la contienda política". Aunque este enfoque también se concentra en los aspectos relacionales, se diferencia de los anteriores en su definición de la sociedad como una red de relaciones conflictivas. Además, la estructura recobra peso en esta propuesta en tanto se busca dar cuenta de la interacción entre actores y ámbitos de actuación, con el fin de hacer una lectura dinámica del cambio.

¹ Un desarrollo más amplio de esta perspectiva teórica puede consultarse en Uribe, 2007.

Aunque el punto de partida de la propuesta de McAdam, Tarrow y Tilly (2005) son los episodios amplios del cambio social (revolución, nacionalismo y democratización) los elementos más importantes de su enfoque teórico-metodológico pueden ser adaptados para estudiar las reformas de los sistemas de salud. En este sentido, profundizar en el proceso político que subyace a las reformas puede ser una alternativa para superar el tipo de análisis de políticas que se limita a la descripción de diseños o resultados de los cambios introducidos. Dentro de este esquema interpretativo, la política pública consiste en un conjunto de interacciones reivindicativas entre agentes del gobierno, desafiadores (grupos sociales) y actores políticos externos.

Para este enfoque, la contienda política se entiende como lucha política colectiva y se caracteriza por un tipo de relación conflictiva. Según McAdam, Tarrow y Tilly (2005), la misma puede ser de dos tipos: contenida o transgresiva. El primer tipo hace referencia a casos en que las partes son actores políticos auto-definidos y públicamente reconocidos, que siguen caminos institucionalizados para resolver el conflicto, como por ejemplo la negociación de los contratos colectivos de trabajo. El segundo tipo incluye los actores políticos recientemente identificados que emplean acciones colectivas innovadoras y a menudo extralegales para perseguir lo que definen como sus intereses. Estas dos formas de interacción, que tradicionalmente han sido estudiadas como procesos separados, son retomadas por los autores como algo profundamente interrelacionado en la acción política.

En las reformas en el ámbito de la salud, existe la tendencia a que los procesos se muestren como producto de la contienda contenida. Aunque es cierto que los actores políticos tradicionales han tenido un papel fundamental en las decisiones, también han surgido actores que se han rebelado en contra de las iniciativas estatales mediante estrategias no institucionalizadas.

Esta corriente, centrada en el análisis de la contienda política, integra diferentes niveles: 1) las explicaciones deben dar cuenta de las redes de interacción; 2) no es posible tener explicaciones generales de los cambios, pero sí es posible identificar mecanismos y procesos que pueden ser recurrentes, que por lo general producen resultados globales diferentes en función de las condiciones iniciales, las combinaciones y las secuencias en que aparecen; 3) debe suponerse que el escenario histórico y cultural en el que tienen lugar las interacciones afecta de modo significativo el tipo de movilización, las trayectorias, los repertorios de acción utilizados, los resultados y las concatenaciones de mecanismos causales.

Dentro de los análisis relacionales, los actores que participan en las contiendas no tienen un lugar único y determinado. Es posible, por ejemplo, que al momento de agendar y diseñar una política, su participación se dé prioritariamente como asesores técnicos, líderes políticos y representantes de organismos internacionales. Sin embargo, durante la puesta en marcha generalmente aparecen en la arena política distintos grupos sociales organizados que han sido afectados por las nuevas reglas del juego. En resumen, el interés de esta perspectiva no está puesto en la explicación de los resultados de los cambios por sí mismos, sino en los procesos que llevaron a que se adoptaran ciertos modelos. En este sentido,

las reformas a los sistemas de salud son estudiadas como un conjunto extremadamente complejo y dinámico de acciones y reacciones entre actores estatales y societales, canalizadas por medio de mecanismos sociales e institucionales (Brachet-Márquez, 2007: 13).

LAS REFORMAS NEOLIBERALES DE LOS SISTEMAS DE SALUD LATINOAMERICANOS: LOS PARÁMETROS DEL BANCO MUNDIAL

Las transformaciones de los sistemas de salud latinoamericanos se iniciaron desde los primeros años de la década de 1980 con las privatizaciones de organizaciones públicas en Chile. En aquel país, que había tenido un sistema de salud pública universal y gratuito desde 1952, la dictadura militar de Augusto Pinochet fue el primer gobierno en inaugurar en la región las reformas de mercado entonces promovidas por los economistas neoliberales conocidos como los *Chicago Boys*.² Dicho gobierno fragmentó el sistema nacional de salud y promovió la privatización mediante la creación en 1981 de las Instituciones de Salud Previsional (Isapre) de carácter privado. Éstas fueron constituidas por grupos económicos poderosos que priorizaron la modalidad de seguros de salud basada en contratos individuales. Según Salinas y Tetelboin (1984), los cambios institucionales efectuados durante la dictadura reflejaron los intereses del proyecto político que se imponía, el cual delegaba la garantía de las acciones de salud a las instituciones privadas.

Desde su creación, las Isapres se han caracterizado por tener grandes márgenes de rentabilidad debido a su sistema de co-pagos y cláusulas de deducibles, así como por la selectividad con que prestan servicios, focalizando a la población joven económicamente activa y los trabajadores con mayores ingresos, mientras que la población más pobre y las personas en más altos riesgos (como las mujeres en edad fértil, los ancianos y los enfermos crónicos) continuaron sujetos a la atención pública.

² Bajo este nombre se conoció a un grupo de economistas (discípulos de Milton Friedman) formados en la Universidad de Chicago que introdujeron medidas de corte neo-liberal en América Latina y fueron contratados como consultores por el gobierno de Pinochet y varias agencias internacionales.

El sistema de salud chileno fue creado durante un régimen no democrático, por lo que en su instauración no mediaron acuerdos políticos que conformaran un consenso entre los sectores sociales. Además, existían evidencias que mostraban que dicho modelo había generado grandes inequidades en el acceso de la población a los servicios. Sin embargo, éste fue el que se tomó como referente para las reformas llevadas a cabo en la mayoría de los países durante los años noventa, cuando se dio la mayor oleada de transformaciones en América Latina (véase el cuadro 1). En este periodo, los diagnósticos de los organismos internacionales empezaron a identificar los sistemas públicos de salud de los países de la región como muestra de las deficiencias y desequilibrios estructurales del Estado, mientras que el sistema de salud instaurado en Chile era presentado como un ejemplo de eficiencia y modernización.

Aunque no cabe duda de que, en muchos casos, los servicios de salud latinoamericanos de principios de la década de 1990 presentaban serios problemas de financiamiento, cobertura y calidad, la decisión de iniciar los ajustes estuvo menos motivada por la voluntad de incrementar tanto la equidad como la calidad —que era lo que promovía el discurso oficial de los organismos internacionales— que por los paquetes de negociación de la deuda externa. Desde los años ochenta, el BID y el BM habían empezado a ejercer presiones para que los gobiernos realizaran recortes en el gasto social, insistiendo en que ésta era una de las vías para recuperar el crecimiento económico. La aceptación de los ajustes estructurales y las reformas administrativas correspondientes fue una de las condiciones que se impusieron para que los países deudores pudieran acceder a nuevos empréstitos.

Los ejes articuladores de las políticas promovidas por el BM fueron sintetizados en el informe titulado *Invertir en salud*, publicado en 1993. En éste se hace un análisis detallado de las políticas sanitarias y de su relación con el desarrollo económico.

En el capítulo dedicado a los sistemas de salud, se menciona la necesidad de cambiar las estructuras existentes para poder garantizar la equidad y la asignación adecuada de los recursos a partir de la relación costo-eficiencia y de la ejecución de estrategias de “autofinanciación” (que significaba el cobro de cuotas para los servicios a los usuarios de acuerdo con su nivel de ingresos). Según las recomendaciones del informe, los gobiernos sólo debían financiar un conjunto limitado de servicios clínicos esenciales para los grupos poblacionales de menores ingresos. En este mismo informe, se sugiere que, para que las reformas pudiesen tener factibilidad política, debían apoyarse en equipos técnicos especializados en temas económicos y administrativos:

Algunos países en desarrollo han demostrado que se pueden introducir reformas amplias en el sector salud cuando hay suficiente decisión política y cuando los cambios de los sistemas de salud los formulan e introducen planificadores y administradores capacitados (Banco Mundial, 1993: 15).

Colombia constituye un ejemplo de cómo los equipos de diseño de las reformas a la salud y la seguridad social estuvieron integrados principalmente por los técnicos que se habían encargado de la reforma económica, quienes a su vez se convirtieron en una instancia clave de las decisiones e intermediaciones durante la etapa de agenda y diseño de los cambios, aspecto que no necesariamente aseguró su factibilidad política al momento de la legislación y puesta en marcha de las nuevas políticas.

Una de las críticas más reiteradas por los reformadores, cuando se iniciaron los ajustes, se hizo a la fragmentación de los sistemas de salud que habían sido constituidos durante la primera mitad del siglo XX. La mayoría se había estructurado a partir de tres subsectores: el público, administrado por los ministerios de salud pública, que generalmente proveía servicios para los grupos poblacionales de menores ingresos; el seguro social, que cubría a

los trabajadores del sector formal de la economía y a grupos de ingresos medios, y el subsector privado, que generalmente era el más pequeño y abarcaba la prestación de servicios por medio del pago por consulta o de seguros particulares para los grupos de ingresos altos. Los organismos internacionales insistían en que esta segmentación institucional del sector de la salud, además de segregar a los grupos poblacionales en función de su capacidad de pago, contribuía a la ineficiencia y en algunos casos a la duplicación en los servicios, aspectos que evidenciaban la necesidad de generar alternativas para la articulación entre los sistemas de salud públicos y privados. No obstante, este último objetivo no se ha alcanzado hasta la fecha en la mayoría de los países que llevaron a cabo reformas.³ En este mismo sentido, temas como la equidad se convirtieron más en una forma de legitimar discursos y prácticas, que en la aplicación real de los principios justificadores de los cambios.⁴ En casi todos los casos (con algunas excepciones como Brasil y Costa Rica) las reformas privilegiaron parámetros de racionalidad financiera y administrativa.

Más que corregir los desperfectos de los sistemas de salud, la reducción del gasto público fue la parte medular de las reformas emprendidas. En este punto particular, ha sido evidente que en cada país, más allá de los criterios de racionalización del gasto,

³ Cuba y Costa Rica constituyen una excepción ya que en estos países funcionan sistemas públicos integrados. Aunque ambos cuentan con cobertura universal, el primero ofrece atención por medio de proveedores públicos de servicios, mientras que el segundo se caracteriza por tener un subsector del seguro social coordinado con el sector público. En este mismo sentido, Brasil cuenta con un sistema de financiación pública con provisión mixta y su tendencia es a la unificación con metas a la cobertura universal.

⁴ Según datos de una encuesta realizada por la CEPAL en los ministerios de salud de 17 países sobre programas nacionales de salud, es notoria la precariedad institucional de la salud pública y la falta de equidad y eficiencia de los actuales sistemas de salud de la región. Además, el limitado acceso a los servicios fue considerado de forma mayoritaria como el principal problema que afecta a países como Bolivia, Chile y Colombia; esta limitación en la cobertura forma parte de las manifestaciones de la falta de equidad. (Arriaga *et al.*, 2005: 18)

han jugado otros elementos, relacionados con la voluntad política de los gobiernos, lo que ha dado lugar a una gran heterogeneidad de los recursos destinados a la salud pública.⁵

La “modernización” del sector salud promovida por los organismos internacionales favoreció la participación del sector privado e incentivó la autogestión hospitalaria y la separación de las funciones de regulación, aseguramiento, financiamiento y provisión de servicios.⁶ Las medidas se propusieron extender la cobertura mediante un paquete básico (generalmente reducido) de servicios para los más pobres. Se cambiaron los subsidios a la oferta por subsidios a la demanda, y se aplicaron estrategias para focalizar la población de bajos ingresos (por ejemplo, el sistema de selección de beneficiarios de Colombia, más conocido como Sisben). Según Mesa-Lago (2005), los resultados actuales de las reformas parecen dar cuenta más de estancamiento que de avance en los sistemas de salud, a pesar de la intensidad de las reestructuraciones. En general, los cambios introducidos no han uniformado las condiciones de acceso ni homologado las prestaciones, como ocurrió con la mayoría de las reformas de pensiones. De hecho, con pocas excepciones, sigue habiendo tres subsectores —público, seguro social y privado— que otorgan distintos niveles y calidades de prestaciones y atención. Además, se han mantenido programas separados con más prestaciones y de mejor calidad para los grupos económicos poderosos.

⁵ En materia de salud, los recursos fluctúan entre 291 dólares *per capita* en Argentina y sólo 15 dólares *per capita* en Ecuador. Asimismo, el aporte a la salud como porcentaje del PIB varía entre 1% en Guatemala y 6% en Cuba y Panamá (Arriaga *et al.*, 2005: 38).

⁶ Según el nuevo modelo de salud, el Estado debía fungir más como agente regulador de las acciones que como prestador de servicios y principal gestor del financiamiento público. La puesta en marcha de estas políticas implicó la readequación (o desaparición) de las instituciones estatales.

LA CONTIENDA POR LAS REFORMAS COLOMBIANAS

El sistema de salud que funcionó en Colombia entre 1975 y 1993 se caracterizó por cierto consenso alrededor de la importancia que tienen las políticas de salud en el desarrollo. El “pacto” que reguló las relaciones de los actores en este periodo se constituyó sobre la base de concebir la salud como un bien público cuya oferta debía ser coordinada, financiada y administrada por el Estado. Con las reformas estructurales realizadas en 1993, cuando se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), no sólo cambiaron las instituciones dedicadas a la administración y prestación de los servicios de salud, sino que también se modificaron sustancialmente las relaciones de los actores involucrados en el sector.

La reforma del sistema de salud formó parte de las políticas de “modernización institucional”. Se argumentó que la nueva estructura buscaba la integración y la garantía de servicios de salud para toda la población. El modelo se basó en el principio de competencia regulada entre instituciones públicas y privadas, así como en la lógica del aseguramiento para el acceso a los servicios, ya sea mediante el régimen contributivo para los trabajadores o mediante el régimen subsidiado para los más pobres. También se reorganizaron las funciones del Ministerio de Salud que ya no concentraría y administraría los recursos económicos para el sector, sino que se encargaría de dirigir las políticas y regular el sistema junto con la Superintendencia de Salud y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS). Entre los actores fortalecidos con el nuevo modelo de salud estuvieron las aseguradoras privadas (reunidas en la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral, ACEMI). Muchos de estos organismos ya existían antes de la ley 100/93, pero no tenían el poder y la capacidad de presión que alcanzarían a lo largo de la década de 1990. Estos grupos se mostraron dispuestos a apoyar

la reforma desde el principio, siempre y cuando se favoreciera la introducción de mecanismos de mercado.

CUADRO 1
AÑOS DE LAS REFORMAS Y MODELOS DE SALUD
INSTAURADOS POR PAÍS

<i>País</i>	<i>Años de reforma</i>	<i>Modelo</i>
Argentina	1993-1996, 2000-2002	Mixto: público, seguro social y privado (en expansión)
Brasil	1990	Dual: público-seguro social (tres niveles) y privado (mayormente complementario)
Colombia	1993, 2006	Mixto: subsidiado, contributivo y “vinculado”
Costa Rica	1994-1998	Dual: seguro social y privado (minoritario pero creciente)
Chile	1981, 1991, 2004 y 2005	Dual: público-seguro social y privado (mayoritario)
México	1984-1988, 1994-2003	Mixto: público, seguro social y privado

FUENTE: Mesa-Lago (2005).

Este proceso de transformaciones del sector de la salud ha pasado por varias etapas. En 1993 se diseñó el SGSSS, en 1995 se echó a andar y tuvo ajustes tanto en 2001 como en 2007. A pesar de la influencia de los organismos multilaterales y de la atención que el poder ejecutivo ha prestado a sus sugerencias, en este proceso de cambios también participaron distintos grupos de interés que buscaron incidir en los resultados de las transformaciones. Los gremios de trabajadores públicos de la salud y los grupos sociales

organizados⁷ tuvieron un papel muy importante para evitar que se llegara al nivel de privatizaciones alcanzadas en Chile en los años ochenta. Su presencia permanente en las instancias de discusión evitó, por ejemplo, que la reforma se concentrara exclusivamente en el sector de las pensiones o que se cerraran los hospitales públicos y el Seguro Social (ISS), como era la intención del presidente Gaviria (1990-1994) cuando comenzó el proceso de reestructuraciones. Sin embargo, las acciones de estos grupos no lograron alterar las decisiones estructurales que implicaban la introducción de la dinámica de mercado y la apertura a las aseguradoras privadas o la creación de un sistema universal y equitativo. En general, en Colombia, los movimientos sociales se han caracterizado por la dispersión de las luchas y por tener poco impacto en las políticas del régimen. Esto, por supuesto, está relacionado con el contexto sociopolítico del país.⁸

Aunque desde principios de los años noventa los dos partidos tradicionales (Liberal y Conservador) habían perdido capacidad de convocar a importantes sectores de la población, seguían manteniendo las riendas del ejecutivo y la mayoría en el legislativo, aspectos que les facilitaron la posibilidad de maniobrar con ventaja sobre las fuerzas opositoras. Durante el diseño de la ley 100/93, por ejemplo, la decisión final sobre los cambios siempre estuvo marcada por la influencia del presidente Gaviria y del entonces ministro de Salud, Juan Luis Londoño (principal gestor de dicha ley), quien representó claramente la adherencia

⁷ Como Sintra ISS, la Asociación Médica Sindical (Asmedas), la Asociación Nacional de Trabajadores Hospitalarios (Anthoc), el Movimiento por la Salud y la Seguridad Social y las asociaciones de usuarios.

⁸ En este proceso de transformaciones, las características del contexto han sido determinantes. El sistema político colombiano se constituyó sobre la hegemonía de dos partidos tradicionales (Liberal y Conservador), y se ha caracterizado por crisis de legitimidad recurrentes y por la existencia de un conflicto armado por más de medio siglo. Adicionalmente, los grupos sociales organizados se han visto afectados por las distintas coyunturas de violencia, lo que ha dado como resultado la fragmentación y debilitamiento de muchas de estas iniciativas.

del Estado a las medidas de corte neoliberal en la reforma del sector salud.

En el año 2004 la salud volvió a ocupar un lugar prioritario en la agenda pública, debido a que una vez más se abrió el debate sobre la efectividad del sistema de salud creado a principios de la década de 1990. En esta oportunidad, tanto los defensores de como los opositores al modelo de salud basado en el mercado presentaron catorce iniciativas legislativas para reformar la ley 100/93:

Todas las iniciativas coincidieron en señalar como grandes problemas del sistema de salud la falta de cobertura, la caída de los indicadores de salud pública, las dificultades en el flujo de recursos y la existencia de conductas rentísticas con los dineros de salud (Cardona *et al.*, 2005: 82).

Finalmente, los proyectos se convirtieron en dos ponencias que reflejaron las posiciones antagónicas de los actores. Una estuvo liderada por los movimientos de oposición (representados en el partido de izquierda Polo Democrático Alternativo) y proponía la reorganización general del SGSSS a partir la creación de un nuevo sistema público administrado por el Estado. La otra propuesta fue promovida por el gobierno del presidente Uribe en su primer periodo (2002-2006), quien propuso ajustes dentro del marco de la ley 100, básicamente en materia de reordenamiento financiero del sistema de aseguramiento. Esta última iniciativa fue aprobada en plenaria del congreso como el proyecto 052, que luego pasaría a convertirse en la ley 1122 de 2007. Esta última hace ajustes generales al sistema general de seguridad social en salud y propone conseguir lo que no alcanzó la ley 100/93, esto es, cobertura total en el año 2010 para los más pobres. En esta correlación de fuerzas nuevamente se impuso la propuesta liderada desde el ejecutivo.

En el caso colombiano, más que hablar de coerción o imposición de parámetros a cambio del desembolso de nuevos

préstamos (aspectos que también estuvieron presentes), fueron las coaliciones de los organismos internacionales con las elites en el poder las que permitieron que se introdujera la agenda de reformas promovida por estos entes financiadores de una manera efectiva y contundente. El Estado fue un aglutinador de las correlaciones de fuerza triunfadoras y actuó como un mediador no neutro, lo que dio como resultado la imposición de un proyecto centrado en la “racionalidad económica”. Los perdedores o excluidos de este nuevo “pacto” fueron los trabajadores del sector, los usuarios, los movimientos sociales y las instituciones públicas que se vieron sometidas a un desmonte sistemático. Los partidos, por su parte, tampoco fungieron como fuerzas cohesionadoras; sus representantes generalmente actuaron a título personal y muchas veces en alianza con las mayorías aliadas al gobierno de turno (como la coalición uribista) o defendieron los intereses de las aseguradoras, aspecto que dejó a los grupos sociales organizados con muy pocas opciones de representación en los órganos legislativos.

LA CONTIENDA POLÍTICA POR LAS REFORMAS MEXICANAS

El contexto mexicano se caracteriza porque históricamente la política social ha estado fuertemente arraigada en la acción del Estado. La correlación de fuerzas se ha enmarcado dentro de una dinámica corporativa basada en el suministro de beneficios sociales para ciertos grupos de interés (especialmente sectores obreros) a cambio del apoyo al partido en el poder. Esta dinámica fue heredada de un sistema de relaciones estructurado alrededor del partido oficial: el Partido Revolucionario Institucional (PRI), que estuvo en el poder por 71 años consecutivos. Aún con los cambios iniciados en 2000 (cuando llegó al poder un partido de

oposición), muchos de los mecanismos de negociación política instaurados por el PRI continuaron vigentes.

En México la reforma del sector salud comenzó en la década de 1980 a través de tres estrategias: el proceso de descentralización de los servicios suministrados por la Secretaría de Salud hacia los estados, las reformas del Seguro Social de mediados de la década de 1990, y la creación del seguro popular en 2003. A pesar de la importancia que han tenido estas transformaciones en el funcionamiento del sistema de salud, las mismas no han significado un cambio radical en la estructura tradicional instaurada desde la década de 1940. El sistema de salud se estableció sobre la base de tres subsectores: *a*) el de la seguridad social para la población trabajadora que forma parte del sector formal de la economía a través del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE); *b*) el subsector público constituido fundamentalmente por la Secretaría de Salud (SSA), encargada de atender a la “población abierta” o no asegurada, y *c*) el subsector privado.

La descentralización se ha llevado a cabo en dos momentos. El primero transcurrió entre 1983 y 1988, y el segundo se retoma en el año 94 y continúa afianzándose en el presente. Este proceso fue interrumpido durante la presidencia de Salinas de Gortari (1988-1994) (Homedes y Ugalde, 2005: 37).

Durante la primera etapa, los gobiernos de la mayoría de los estados se negaron a adquirir nuevas responsabilidades fiscales y los usuarios se opusieron a los cambios mediante protestas públicas porque implicaban una reducción en el paquete de servicios. En esta fase, sólo 14 de los 31 estados pudieron echar a andar las medidas de descentralización.

Aunque las distintas etapas del cambio han abonado el camino para introducir la dinámica del mercado, este objetivo

se hizo explícito sobre todo a partir de las reformas iniciadas durante el gobierno de Ernesto Zedillo (1994-2000). El proyecto de reforma se propuso cambios en el sistema de pensiones y la reestructuración del IMSS. El inicio de la administración de Zedillo coincidió con una severa crisis económica que se combinó con la fuerte oposición del sindicato del IMSS, aspectos que en un principio obligaron a posponer los cambios:

La reforma del sector salud entró de nuevo en la agenda pública en 1995 con el Programa de Reforma del Sector Salud (PRSS) presentado como parte del Plan Nacional de Desarrollo de la administración del presidente Zedillo. Sus metas principales eran: establecer instrumentos que promovieran la calidad y eficiencia en la provisión pública de servicios de salud; ampliar la cobertura de la seguridad social mediante mecanismos de afiliación para la población no asegurada y para los trabajadores informales. Además, se pretendía descentralizar la provisión de servicios de salud de la SSA en los estados donde aún estaba centralizada y, finalmente, ampliar la cobertura de los servicios de salud en las áreas más pobres de las zonas urbana y rural (González-Rossetti, 2005: 33).

Al igual que en Colombia, en un principio el mayor interés estuvo puesto en el tema de pensiones, con cuya reforma se pretendía resolver el pasivo pensional de las organizaciones a cargo de la seguridad social. Sin embargo, también se buscó la introducción de estrategias de mercado en el sector de la salud por medio de la reorganización del IMSS. A pesar de los esfuerzos de los equipos técnicos para introducir medidas de competencia y apertura al mercado, en este contexto no pudo llevarse a cabo la apertura total a proveedores privados en el campo de salud ni se logró uno de los propósitos del gobierno: la adscripción de dicha institución a la dirección de la Secretaría de Salud. La capacidad de presión del Sindicato del IMSS se conjugó con negociacio-

nes de estos actores con los grupos técnico-económicos encargados de liderar la reforma y con coaliciones con líderes de partidos y movimientos de izquierda (particularmente con el Partido de la Revolución Democrática, PRD).

Como resultado de esta correlación de fuerzas se logró alterar la agenda del Ejecutivo. El paquete de cambios presentado por el presidente Zedillo ante el congreso estableció incentivos para la participación privada, pero no logró el desmantelamiento del sector público. Sólo incluyó la definición de un Paquete Básico de Servicios y la creación de un Seguro Médico Familiar que buscaba ampliar el acceso a los servicios para la población sin empleo formal. Evitar grandes cambios en la estructura de salud fue parte de la estrategia sugerida por los grupos técnicos encargados de diseñar la reforma. El propósito fundamental era impedir que los sindicatos pudieran obstaculizar la transformación que consideraban fundamental y que buscaba reestructurar el sistema de pensiones. Durante las discusiones parlamentarias, los directivos del IMSS habían advertido que si se mantenían los componentes de salud en el paquete de reformas, éstas no serían aprobadas en la legislatura (González-Rossetti, 2005).

A pesar de que en este proceso de reorganización del sector se debilitaron actores tradicionales como los trabajadores de la salud (médicos y enfermeras, quienes tuvieron una débil presencia en los debates), y de que se generaron instrumentos para fortalecer a las compañías privadas, los intentos por integrar al sector bajo un liderazgo único fracasaron. La Secretaría de Salud continúa siendo la encargada del manejo de los aspectos de salud para los pobres, pero tiene poca incidencia en las instancias de la seguridad social y en las aseguradoras privadas. Desde 2003, se creó una alternativa para la cobertura de la población pobre no asegurada llamada Seguro Popular. A ésta se adscribieron todos los estados, con excepción del Distrito Federal.

Aunque indudablemente en México se han llevado a cabo transformaciones importantes y continúan los intentos por profundizar las medidas privatizadoras, hasta la fecha la estructura estatal sigue siendo el soporte fundamental del sistema de salud. En este contexto, la resistencia de los sindicatos ha alterado una y otra vez las decisiones tomadas desde arriba. Esto no significa que no se hayan tomado medidas para introducir los parámetros de mercado, pero tampoco se han podido llevar a cabo transformaciones estructurales como en Colombia.

CONCLUSIONES

Suele decirse que el resultado final de las reformas de mercado correspondió exclusivamente a las exigencias del Banco Mundial. Aunque los parámetros de este organismo fueron los que se impusieron en los grupos con mayor poder tanto en Colombia como en México, las correlaciones de fuerza de los distintos actores del sector de la salud también fueron determinantes en los resultados de las transformaciones. Mientras que en Colombia se ha llevado a cabo una reforma estructural total del sistema de salud, en México, a pesar de los esfuerzos por una reestructuración mayor sólo se han conseguido reformas parciales al sistema de salud existente desde la década de 1940.

En ambos países, el ejecutivo, más que tener un papel neutral en el juego de intereses, se condujo como uno más de los actores en disputa. El poder gubernamental se complementó con la conformación de equipos técnico-económicos que fundamentaron la necesidad de cambios priorizando la factibilidad financiera por encima de las posibilidades de mejorar la prestación y la calidad de los servicios. Por su parte, la efectividad de los opositores para alterar las propuestas de los grupos de poder dependió en gran medida de las fortalezas y la tradición

organizativa, la capacidad de presión y el tipo de pactos políticos establecidos con el régimen en cada contexto.

Recientemente, el Banco Mundial ha hecho explícita su preocupación por las dificultades que impiden que las reformas se hagan efectivas. La realidad de América Latina muestra claramente que si no hay consenso de los actores, y si los incentivos para que se logre este consenso no están puestos, difícilmente se podrá lograr un buen resultado en la ejecución de los instrumentos de reforma (Maceira, 2007). Aunque las características de la contienda política de las reformas en cada país han sido determinantes a la hora de definir las nuevas estructuras para la salud, no fueron previstas en la agenda para las reformas establecida por el "Consenso de Washington". Los estudios de caso en este nivel constituyen un reto para las ciencias sociales, puesto que los análisis comparativos centrados en los factores de eficiencia o efectividad han sido insuficientes para explicar los resultados de las transformaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- Alonso, Guillermo. *Política y seguridad social en la Argentina de los 90*. Buenos Aires: Niño y Dávila Editores, Flacso, 2000.
- Arboleda, Juan Carlos. "Nueva EPS: la apuesta peligrosa de las cajas". *Periódico el Pulso*, año 8, núm. 102 (marzo de 2007).
- Arriaga, Irma; Verónica Aranda, y Francisca Miranda. "Políticas y programas de salud en América Latina: problemas y propuestas". *Serie Políticas Sociales*, núm. 114, Santiago de Chile: CEPAL, Naciones Unidas (2005).
- Banco Mundial. *El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo: una agenda para la reforma*. Banco Mundial: Washington, D.C., 1993.
- Birdsall, N., y A. de la Torre. "El Disenso de Washington. Políticas Económicas para la equidad social en Latinoamérica". Fondo

- Carnegie para la Paz Internacional y el Diálogo Interamericano (2001): 93.
- Brachet-Márquez, Viviane, coord. *Salud pública y regímenes de pensiones en la era neoliberal: Argentina, Brasil, Chile y México, (1980-2000)*. México: El Colegio de México, 2007.
- Cardona, José; Amparo Hernández y Francisco J. Yepes. "La reforma a la seguridad social en Colombia: ¿avances reales?". *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, vol. 4, núm. 9 (2005): 1-19.
- Dávila, Enrique, y Maite Guijarro. "Evolución y reforma del sistema de salud en México". *Serie Financiamiento del Desarrollo*, Santiago de Chile: CEPAL-ECLAC (2000).
- Emirbayer, Mustafa. "Manifest for a Relational Sociology". *The American Journal of Sociology*, vol. 103, núm. 2 (1997): 281-317.
- Garretón, Manuel Antonio. "Cambios sociales, actores y acción colectiva en América Latina". CEPAL, *Serie de Políticas Sociales*, núm. 56 (2001).
- González-Rossetti, Alejandra, "La factibilidad política de las reformas del sector social en América Latina". en *Serie Estudios y Perspectivas*, núm. 39, México/CEPAL/Naciones Unidas (2005): 34.
- González-Rossetti, Alejandra, y Thomas J. Bossert. *Orientaciones para mejorar la factibilidad política de la reforma en salud en Latinoamérica*, Escuela de Salud Pública de Harvard, 2000, disponible en <<http://www.hsph.harvard.edu/ihsg/publications/pdf/lac/policyProcessGuideSpan3.PDF>>.
- González-Rossetti, Alejandra, y O. Mogollón. "La reforma de salud y su componente político: un análisis de factibilidad". *Gaceta Sanitaria*, vol. 16, núm. 1 (2002): 39-47.
- Grindle, Merilee S. "A pesar de los presagios adversos: economía política de la reforma del sector social en América Latina". En *Desarrollo, equidad y ciudadanía: las políticas sociales en América Latina*, coordinado por Alicia Puyana y Guillermo Farfán, México: Flacso, 2003.
- Hernández, Mario A. "El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América Latina". *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 19, núm. 1 (enero-junio de 2001): 57-70.

- . "El proceso sociopolítico de las reformas sanitarias en Colombia". *Cartilla de seguridad social: reforma a la salud*, núm. 5, (1999).
- Hernández, Mario A., y Diana Obregón. *La Organización Panamericana de la Salud y el estado colombiano: 100 años de historia, 1902-200*. Bogotá: Organización Panamericana de Salud, 2002.
- Homedes, Nuria, y Antonio Ugalde. "Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso". *Revista Panamericana de Salud Pública*, núm. 17 3 (2005): 210-220.
- Laurell, Asa Cristina. "Avanzar al pasado: la política social del neoliberalismo". En *Estado y políticas sociales en el neoliberalismo*, compilado por Asa Cristina Laurell. México: Fundación Friedrich Ebert, 1997.
- López Arellano, Oliva, y José Blanco Gil. "Políticas de salud México: la reestructuración neoliberal". En *Salud colectiva en México. Temas y desafíos*, coordinado por E. Jarillo y E. Ginsberg. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2007.
- López Arredondo, Armando, Emmanuel Orozco y Xóchitl Castañeda. "Gobernanza en sistemas de salud y participación social en México a partir de la reforma del sector". *Hitos de Ciencias Económico Administrativas*, año 11, núm. 29 (enero-abril de 2005): 15-22
- Maceira, Daniel. "Actores y reformas en salud en América Latina". *Nota Técnica de Saúde* núm. 1, Banco Interamericano de Desarrollo, Departamento de Desarrollo Sostenible, 2007.
- McAdam, Doug; Sidney Tarrow, y Charles Tilly. *Dinámica de la contienda política*. Barcelona: Editorial Hacer, 2005.
- Mesa-Lago, Carmelo. *Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social*. Santiago de Chile: Naciones Unidas/CEPAL, 2005.
- Naciones Unidas-CEPAL. *Panorama Social de América Latina*, Nueva York: Naciones Unidas, 2006.
- Ramírez, Juan Carlos. *Los actores sociales en la reforma a la seguridad social en salud: intereses, propuestas y responsabilidades*. Bogotá: Fundación Friedrich Ebert, 1993.

- Salinas, Darío, y Carolina Tetelboin. "Estado y políticas de salud en Chile: el proceso de conformación de un nuevo proyecto para el sector salud, 1973-1979". *Estudios Sociológicos*, vol. 2, núms. 5 y 6 (mayo-diciembre de 1984): 351-385.
- Tetelboin, Carolina, y José A. Granados. "Las ISAPRES y su impacto en el sistema de salud chileno". *Salud Problema*, 7 nueva época, año 4 (diciembre de 1999).
- Tilly, Charles. *La desigualdad persistente*. Buenos Aires: Manantial, 1998.
- Uribe Gómez, Mónica. "Reformas sociales en América Latina: las perspectivas analíticas y los actores del cambio". *Estudios Sociológicos*, vol. XXV, núm. 74 (mayo-agosto de 2007).
- . "La contienda por las reformas del sistema de salud en Colombia (1990-2006)". Tesis de doctorado, México: El Colegio de México, 2009.