



EL COLEGIO DE MÉXICO

CENTRO DE ESTUDIOS SOCIOLÓGICOS

**LA CONTIENDA POR LAS REFORMAS DEL SISTEMA
DE SALUD EN COLOMBIA (1990-2006)**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA EN CIENCIA
SOCIAL CON ESPECIALIDAD EN SOCIOLOGÍA**

PRESENTA:

MÓNICA MARÍA URIBE GÓMEZ

DIRECTORA

DRA. VIVIANE BRACHET STAEHLING

**MÉXICO, DF
ENERO DE 2009**

A la memoria de mi madre

INDICE

AGRADECIMIENTOS	11
INTRODUCCIÓN	13
PRIMERA PARTE	
TEORÍA, MÉTODO Y ANTECEDENTES	29
CAPITULO I	
ELEMENTOS TEÓRICOS PARA EL ESTUDIO RELACIONAL DE LAS REFORMAS A LAS POLITICAS DE SALUD	31
Introducción	31
1. Orígenes de la discusión: contextos y categorías en la constitución del Estado de Bienestar	32
1.1. Sobre el origen y la expansión de la protección social en el contexto Latinoamericano	37
2. La crisis del estado de bienestar en los países centrales	42
2.1. La crisis del modelo proteccionista en el contexto latinoamericano	47
2.2. Los ajustes estructurales de los sistemas de salud latinoamericanos	51
3. Perspectivas predominantes en los análisis contemporáneos sobre las reformas del sector salud	57
3.1. La elección racional	57
3.2. La perspectiva neoinstitucional	59
3.3. El enfoque relacional: una ruta alternativa para el estudio de las políticas de salud	62
CAPITULO II	
EL ESTUDIO DE CASO: UNA ALTERNATIVA METOLÓGICA PARA EL ANÁLISIS RELACIONAL DE LAS REFORMAS SOCIALES	69
Introducción	69
1. El método de los estudios de caso en la investigación social	70
1.1 Los estudios de caso en el análisis de los cambios de las políticas sociales	75

2.	Diseño metodológico para el estudio del caso colombiano	78
2.1.	Los postulados y supuestos de la investigación	79
2.2.	Los conceptos claves y su operacionalización conceptual	80
2.3.	Las fuentes para el análisis	82
CAPITULO III		
LAS POLÍTICAS DE SALUD ANTES DE LAS REFORMAS DE LOS AÑOS NOVENTA: UN RECORRIDO HISTÓRICO		
		85
	Introducción	85
1.	Las políticas de salud antes de la creación del SNS (1886 – 1974)	87
1.1.	La instauración de las primeras medidas de salubridad: el predominio de la higiene y la seguridad laboral (1886 -1929)	87
1.2.	Creación del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social y consolidación de la protección laboral (1930- 1939)	90
1.3.	Creación de las instituciones de seguridad social y del ministerio de salud pública (1940 -1957)	92
1.4.	La planificación de la salud y los intentos por coordinar los servicios (1958-1974)	96
2.	Los intentos fallidos por la integración de la salud pública (1975-1989)	104
2.1.	La creación del Sistema Nacional de Salud (SNS) y la huelga de los trabajadores de la salud (1975-1978)	104
2.2.	El auge de la atención primaria de salud y las primeras medidas de descentralización (1978 – 1985)	108
2.3.	Declive del SNS (1986 – 1989)	113
SEGUNDA PARTE		
LA CONTIENDA POR LAS REFORMAS: 1990-2006		
		121
CAPITULO IV		
SE ACTIVAN LOS CAMBIOS: AGENDA Y DISEÑO DE UN NUEVO SISTEMA DE SALUD (1990 – 1994)		
		123
	Introducción	123

1.	De la descentralización sectorial a las reformas estructurales (1990 – primeros meses de 1993)	125
1.1.	La consolidación de la descentralización de la salud: Ley 10 de 1990	125
1.2.	La constitución de 1991. Nuevos pactos – viejos vicios	128
1.3.	Reformar por decreto vs. Reformar por consenso: El proyecto de Ley 155 de 1992	133
2.	Aprobación y reglamentación de la reforma al sistema de salud (1993-1994)	139
2.1.	Los debates en el Congreso: consensos y discrepancias (1993)	139
2.2.	La reglamentación de la Ley: ¿sólo un asunto técnico? (1994)	150
3.	Balance de las transformaciones: ganadores y perdedores	151
CAPITULO V		
IMPLEMENTACIÓN DE LA REFORMA: LA SALUD ENTRE EL ESTADO Y EL MERCADO (1995 – 2003)		
159		
Introducción		
159		
1.	La transición: entre las resistencias y la consolidación de nuevas hegemonías (1995 – 2000)	161
1.1.	De los subsidios a la oferta a los subsidios a la demanda (1995 - 1997)	162
1.2.	Crisis hospitalaria y recesión económica (1998-1999)	172
1.3.	Evolución del sistema de salud: evaluaciones e informes (2000)	181
2.	Las primeras modificaciones de la Ley 100 de 1993 (2001 – 2003)	188
2.1.	Reorganización de los aspectos financieros de la reforma: ley 715 del 2001	188
2.2.	Fusión de los Ministerios de Salud y Trabajo y reforma del ISS (2002-2003)	193
3.	Los balances a diez años de la aprobación de la ley 100 (2003)	198
CAPITULO VI		
MODIFICACIONES A LA REFORMA (2004 – 2006)		
211		

Introducción	211
1. Las discusiones para reformar el SGSSS durante el régimen de la “seguridad democrática” (2004 - Primer semestre de 2006)	214
1.1. La Comisión del Congreso y la vuelta de la salud a la agenda pública (primer semestre de 2004)	214
1.2. Reactivación del debate: Las propuestas de los actores para reformar la Ley 100 (segundo semestre de 2004 - primer semestre de 2006)	217
2. La aprobación de la “reforma”: Ley 1122 (2006)	229
2.1. Un intento más del Ejecutivo para modificar la Ley 100 y una nueva ronda de respuestas de los actores	229
3. Los balances: ¿Cuáles cambios?	233
CONCLUSIONES	243
ANEXOS	257
ANEXO 1: CATEGORÍAS, VARIABLES E INDICADORES	259
ANEXO 2: LISTADO DE PERSONAS ENTREVISTADAS	264
ANEXO 3: BREVE CRONOLOGÍA HISTÓRICA DE COLOMBIA	265
INDICE DE SIGLAS	271
BIBLIOGRAFIA	273
FUENTES PRIMARIAS	303

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1:	Años de las reformas y modelos de salud instaurados	57
Cuadro 2:	Actores, mecanismos y enfoques teóricos y metodológicos en los estudios sobre reformas sociales	67
Cuadro 3:	Método clásico vs. método de caso en el análisis de políticas	77
Cuadro 4:	Estructura para la reconstrucción de los períodos y eventos del proceso de reformas.	79
Cuadro 5:	Resumen de periodos, eventos, actores y mecanismos de los actores antes de las reformas de los noventa	117
Cuadro 6:	Crecimiento, bienestar y equidad en Colombia 1985-1989	147
Cuadro 7:	Conformación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud	148
Cuadro 8:	Resumen de periodos, eventos, actores y mecanismos de los actores durante la agenda, diseño y aprobación del SGSSS	156
Cuadro 9:	Evolución en la afiliación al SGSSS entre los años 1996 y 2000	185
Cuadro 10:	Resumen de periodos, eventos, actores y mecanismos de los actores durante la implementación de la reforma	208
Cuadro 11:	Resumen de periodos, eventos, actores y mecanismos de los actores durante las modificaciones a la reforma	241

AGRADECIMIENTOS

Mis estudios doctorales no hubieran sido posibles sin el apoyo económico de El Colegio de México y de la Secretaría de Educación Pública Mexicana. Gracias a las becas otorgadas por estas instituciones pude dedicarme por completo durante los últimos cinco años a este proyecto académico. Esta experiencia no sólo me permitió el nivel de formación anhelado por mucho tiempo sino tener la suerte de vivir la cotidianidad de un país en el que me sentí en casa desde el primer día, donde pude encontrar un reposo largamente buscado.

Estas líneas se quedan cortas para expresar mi gratitud a la Dra. Viviane Brachet Staehling, quien más que mi directora de tesis fue uno de mis mayores apoyos durante estos años. Su disposición permanente para escuchar, debatir y guiar esta investigación fue un incentivo para ir por las distintas etapas de la escritura con el ánimo de quien sabe que es afortunada por lo que está aprendiendo. Los comentarios de los profesores y compañeros del seminario de tesis sobre desigualdad, pobreza y políticas sociales del Centro de Estudios Sociológicos también fueron muy importantes para definir la ruta de este trabajo.

No puedo dejar de nombrar a mis profesoras de la Universidad de Antioquia Beatriz López de Mesa, Gloria Hernández, Olga Lucía Vélez y Eumelia Galeano, todas tuvieron mucho que ver en que se despertara mi pasión por la investigación. Tampoco puedo olvidar las incontables personas que desinteresadamente me ayudaron durante mis estancias en campo tanto en Bogotá como en Medellín. Con especial gratitud recuerdo a Cecilia Giraldo por su ayuda con la organización y sistematización de las fuentes primarias.

Este camino no solo tuvo distintos apoyos intelectuales también fueron fundamentales los afectos y las solidaridades. Agradezco a mis amigas de Medellín: Ana Lucía Puerta, Nakarina Restrepo, Lina Saldarriaga, Adriana Arcila, Luz María Agudelo, Alejandra Uribe (Tana), Liliana Cossio y Nubia Aristizabal, porque siempre

han estado cerca y una y otra vez me han acogido con alegría a pesar de mis silencios prolongados. En el trayecto también se consolidaron otros lazos como los de Esperanza Echeverri, Sara Fernández y Alejandra Restrepo, cuya solidaridad hizo que me sintiera acompañada en los momentos más difíciles.

Estos años no hubieran sido tan gratos sin mis queridos amigos del Colmex: Marta Domínguez, Matilde González, Natacha Osenda, Darío Blanco, Andrés Ríos, Oscar Calvo, Diana Silva, Gabriel Gallego, Durfari Velandia, Israel Banegas, Hugo Ramírez, Sofía Palacio y Leonel González, con quienes compartí las angustias de la academia pero también la fiesta y hasta la protesta. También tuve la suerte de contar con la hospitalidad del señor Herón y la señora Rebeca quienes me abrieron desinteresadamente las puertas de su casa y me permitieron disfrutar de unas agradables navidades en Michoacán.

Una mención especial debo a mi familia: a mi madre Teresa Gómez que fue el puente para llegar hasta aquí, a quien no he dejado de extrañar ni un solo día y que se hubiera alegrado más que ningún otro con este logro. A mis hermanos y hermanas, Gloria (que ha influido positivamente para muchas de mis elecciones de vida), Marta, Margarita, María Elena, Pacho, Julián y Chucho porque, de una u otra manera, todos me han acompañado y apoyado en este proceso. También a esa cantidad de sobrinos y sobrinas que me transmiten alegría y esperanza, y a mi querida e incondicional tía Chava.

Finalmente, estos agradecimientos no estarían completos si me quedara sin nombrar a quienes estuvieron más cerca durante estos años, me refiero a Lorenzo, y por supuesto a Iván Pérez. Por muchas más razones de las que aquí alcanzaría a mencionar pero sobre todo por los días felices en Coyoacán.

INTRODUCCIÓN

Lo que hace de un hombre un ser político es su facultad de acción; le permite unirse a sus iguales, actuar concertadamente y alcanzar objetivos y empresas en los que jamás habría pensado, y aun menos deseado, si no hubiese obtenido este don para embarcarse en algo nuevo (Arendt, 1973: 181).

El presente estudio pretende contribuir al conocimiento de los factores del cambio y de los procesos políticos que influyeron en el curso de las reformas del sistema de salud en Colombia entre los años 1990 y 2006. Al ocuparse de los aspectos políticos, la investigación se concentra en las interacciones que tuvieron lugar entre los actores –entendidos como agentes estratégicos– involucrados en las transformaciones del sector de la salud: tanto los que pertenecen a instancias del Estado como los distintos grupos de interés conformados por gremios de poder económico, organismos internacionales, sindicatos, partidos políticos, asociaciones de profesionales y grupos sociales organizados. Las coaliciones establecidas entre los distintos actores, las oportunidades de participación social y sus efectos, los puntos de oposición o defensa a las reformas y los ganadores y/o perdedores como consecuencia de estos cambios, son parte de los asuntos tratados en este trabajo. El énfasis en los aspectos interactivos busca dilucidar la forma en que se toman las decisiones en una política social, dando cuenta de cómo la correlación de fuerzas puede afectar los resultados no sólo del diseño o aprobación de un nuevo modelo de política, sino también su puesta en marcha y los posteriores ajustes o reestructuraciones a los que se sujeta.

Se toma como referente para construir la narrativa analítica el enfoque relacional propuesto por McAdam, Tarrow y Tilly (2005) para estudiar las relaciones conflictivas entre la sociedad y el Estado – o *contiendas* –. Esta perspectiva visualiza tales relaciones en términos de eventos históricos provocados por actores de manera contingente y en función de un contexto político y económico específico. Esto

implica que no se pueden prever los resultados de las transformaciones presenciadas. Por lo tanto, las reformas dejan de ser vistas como consecuencia necesaria de los modelos de desarrollo y/o de programas de “eficiencia y modernización” del Estado, para revestir las características de interacciones contingentes que tienen lugar en escenarios históricos afectados por eventos y circunstancias no previstos, dimensiones culturales equívocas y marcos institucionales cambiantes. Este enfoque incluye en el análisis tanto las decisiones que desembocaron en la adopción de políticas de salud como los intentos fallidos de decisiones alternativas los cuales, aunque no alcanzaron a salir a la luz, fueron parte de los procesos que conformaron las transformaciones.

El análisis toma distancia de diversas corrientes que han estudiado las reformas de la salud en América Latina: primero de aquellas que parten de la bondad a priori de los cambios introducidos desde arriba, prestando atención a las acciones emprendidas desde la sociedad sobre todo para identificar y evaluar negativamente a los grupos considerados como fuerzas tendientes a desviar los modelos originales introducidos por los reformadores, o para buscar fórmulas que mejoren la factibilidad política de las reformas, generalmente con base en neutralizar la oposición a éstas. En esta categoría se inscriben tanto los análisis racionales (Giordano y Colina, 2000) como los neo-institucionales (Graham, 1999; González- Rossetti y Bossert, 2000; Nelson, 2004; Maceira, 2007), también conocidos como *Public Choice*. El análisis también se aleja de los clásicos estudios pluralistas que conciben la protección social como una respuesta a la presión ejercida por los distintos grupos de interés que reclaman servicios públicos a un Estado que actúa como un órgano regulador neutral, y no como un actor independiente (Mesa – Lago, 1977). Como podrá verse en esta investigación, el Estado, más que un árbitro desinteresado e imparcial en el proceso de las reformas colombianas, participó como un aglutinador de los intereses del sector privado y de los organismos multilaterales. En segundo lugar, tampoco se busca dar cuenta de los indicadores de gasto y cobertura del sector, o del alcance de las metas trazadas por los reformadores. Aunque los estudios evaluativos de la reforma (Sojo,

2000; Flores, 2002; Defensoría del Pueblo, 2005; Mesa – Lago 2004, 2005) se tomaron como referencia para conocer cómo evolucionaron los cambios, no se pretende hacer un balance de la política de salud en este sentido.

La elección del estudio de caso como estrategia metodológica para acercarse al dato, estuvo motivada por el interés de mostrar la dinámica del cambio en las reformas. Por mucho tiempo, esta forma de hacer investigación estuvo clasificada como una de tantas técnicas cualitativas que permitían avanzar en la descripción de la realidad o en la sugerencia de hipótesis que poner a prueba, pero no en la explicación de los fenómenos sociales. Este planteamiento ha sido reevaluado desde finales de los ochenta, cuando autores como Yin (1986) y Ragin y Abbot (1992) integraron nuevos elementos a la discusión, situando el caso como una forma alternativa de hacer sociología que supera a los más ortodoxos análisis de encuestas cuando las relaciones entre las variables claves cambian con el tiempo. De acuerdo con esta postura, el caso permite indagar más exhaustivamente las condiciones en las cuales se desarrolla un proceso, a la vez que propone generalizaciones analíticas sobre el problema estudiado, mismas que luego tendrán que ser validadas empíricamente en otros contextos. Esto se debe a que la observación en el estudio de caso no se centra en las relaciones de co-varianza entre variables dependientes e independientes sino en la forma como avanza un proceso de acciones y reacciones en el tiempo. La narrativa resultante debe dar cuenta tanto de las redes de interacción entre los actores como de los eventos que conformaron las transformaciones.

El estudio del caso colombiano se basa en el análisis de fuentes primarias y secundarias recogidas durante dos estancias en campo realizadas durante el primer semestre de 2005 y el segundo de 2007. Los datos secundarios que cubren el periodo que precede al estudio (1886-1989) se obtuvieron a partir de estudios especializados en el tema de interés, mientras que la información sobre el periodo de reforma e implementación de la misma se consiguió a partir de entrevistas realizadas a distintos

actores clave, y del análisis de la prensa, de boletines gremiales, de revistas especializadas en el sector, y de documentos parlamentarios.

Para guiar la investigación y hacer entendible el curso que tomaron las decisiones que afectaron la distribución de los servicios de salud en los periodos estudiados, las siguientes preguntas orientaron la narrativa propuesta: ¿cuáles actores participaron en el proceso de las reformas?; ¿cuáles fueron los modelos de protección en salud que defendieron?; ¿cuáles fueron los objetivos, proyectos, estrategias y repertorios priorizados por los distintos actores?; ¿qué alianzas y coaliciones se establecieron y sobre qué contenidos?; ¿qué capacidad de movilizar recursos de poder tuvieron los actores opositores a las reformas?; ¿cuáles fueron sus reivindicaciones y cuáles las respuestas gubernamentales?; ¿qué tipo de cambios operó la reforma estructural de los noventa en las relaciones de poder y en las redes organizativas de los proveedores de los servicios de salud? y ¿cómo se transformó la contienda una vez adoptada la reforma?.

Alcances y límites de la investigación

Una primera limitación de este estudio es una que comparte con todos los diseños no experimentales: por un lado, el haber seleccionado una muestra intencional imposibilita estimar los márgenes de error de las inferencias que se obtienen a partir de los datos; por otro, al no poder separar experimentalmente el efecto de las variables independientes hipotetizadas (las de tratamiento) de otras fuentes potenciales de varianza (las de control), no puede eliminarse del todo la posibilidad de que los hallazgos se basen en relaciones espurias (Cortés, 2008). En este diseño, sin embargo, no se trata de aislar causas presuntas de variaciones en resultados, sino simular un proceso dinámico en el que tanto la lista de variables relevantes como el valor de éstas puede cambiar en el tiempo. La realidad estudiada es la interacción;

esto significa que no hay determinantes fijos (variables independientes) que guíen el proceso hacia un final hipotéticamente previsible.

A pesar de que esta propuesta, más que buscar obtener resultados empíricos generalizables, sólo puede pretender llegar a generalizaciones analíticas de cómo acercarse al tipo de interacción bajo estudio, debe tenerse en cuenta que los resultados de un caso como el que aquí se estudia son potencialmente comparables con otras experiencias de reforma sanitaria encontradas en contextos con características históricas similares, o bien, con otras políticas colombianas acontecidas durante el mismo período. Por ejemplo, si se comparan las trayectorias de los cambios en las políticas educativas y en las políticas de salud, es probable que los mecanismos generales en la conformación de las dos políticas sean similares en ambos procesos, por tratarse del mismo contexto y periodo, aunque se tengan actores diferentes. Podrán variar los contrincantes, los tiempos, los objetivos y los resultados, pero según McAdam, Tarrow y Tilly (2005), el proceso central será una contienda política que compartirá rasgos y mecanismos con otras contiendas. Es en este sentido que el desarrollo de una política pública debe ser entendido a la vez como un caso particular y un modelo analítico que da pie a la comparación con otros casos.

Otra limitación del estudio está relacionada con las fuentes de información. Por los límites de tiempo y recursos logísticos, no fue posible entrevistar a todos los personajes que jugaron un rol significativo en las transformaciones estudiadas. En este mismo sentido, el gran volumen de información producida sobre el tema obligó a una depuración de las fuentes primarias y secundarias de acuerdo con las categorías y variables investigadas, con la consecuencia de que se pudieron dejar fuera algunas fuentes y referencias importantes.

Por último, debe quedar claro que este tipo de estudio no se presta para arrojar elementos precisos sobre los resultados obtenidos en los niveles de salud de la población. En efecto, no se buscó mostrar el impacto de las políticas analizadas en la

salud de la población o en los problemas financiero-administrativos de las instituciones del sector, ni tampoco estimar el grado en que se cumplieron los objetivos que inicialmente se habían planteado. De lo que se trató fue explicar los procesos interactivos que llevaron a que se tomaran ciertas decisiones y no otras, o a que se implementaran algunos aspectos de las leyes o decretos emitidos, y no otros.

Las reformas a la salud en el contexto de América Latina

A lo largo del siglo XX, los países latinoamericanos tuvieron una serie de transformaciones políticas que fueron desde los intentos de consolidación de los Estados sociales a partir de los años treinta, a los levantamientos insurgentes y las dictaduras militares que les siguieron en los años 60 y posteriores, hasta las transiciones democráticas y la introducción de reformas neoliberales en los ochenta y noventa. Aunque los procesos de la región puedan tener ciertas conexiones, las dinámicas sociopolíticas de cada país han sido determinantes para definir el alcance de las transformaciones. El caso específico de los ajustes estructurales iniciados durante la década de 1980 constituye un buen ejemplo de estas particularidades. La introducción de las reformas neoliberales se justificó con el argumento de que, con ellas, se podría superar el estancamiento económico originado por la crisis de la deuda externa durante la llamada “década perdida”. La mayoría de los gobiernos aceptó las condiciones de los organismos financieros internacionales (Banco Mundial y Fondo Monetario Internacionales) a cambio de obtener nuevos créditos, aunque esto implicara reducir su autonomía.

El llamado “Consenso de Washington” (Williamson, 1990) fue el marco de referencia para la primera oleada de reformas económicas que incluyó aspectos como el recorte del gasto público, la disciplina fiscal, la desregulación de los mercados financieros y de la inversión extranjera. La reforma del sector de la salud formó parte

del paquete de cambios de segunda generación, los cuales se concentraron en la reducción del aparato estatal y en la reorganización de las instituciones encargadas de las políticas sociales. Estas transformaciones fueron asumidas como un complemento de las reestructuraciones económicas. Los ajustes emprendidos buscaron desmontar los ya de por sí debilitados sistemas de salud nacionales instaurados durante el auge del desarrollismo. Aspectos como la descentralización de los recursos destinados a las acciones de salubridad, la separación de las funciones de financiamiento y provisión de servicios, la apertura a la competencia con las empresas privadas, la definición de paquetes básicos de salud y la instauración de criterios de mercado en la administración del sector, fueron parte de las medidas “recomendadas” por el Banco Mundial (BM, informes de 1987 y 1993). No obstante, como se verá en los capítulos venideros, el que el modelo de reforma haya sido diseñado, la mayoría de las veces, por “equipos de expertos” y luego aprobado por la vía legislativa no significó que los cambios se implementaran sin sufrir adaptaciones o enfrentarse a efectos no previstos. El tipo de modificaciones hecho al modelo de Washington en los países de la región dependió tanto de las condiciones políticas y económicas en las cuales cada uno se encontraba en el momento de las reformas, como del contingente proceso de interacción –o contienda – entre las fuerzas políticas presentes en las distintas etapas del cambio. Ningún proceso es idéntico al otro por las diferencias en cuanto a regímenes políticos y etapas de redemocratización en las cuales se encontraban los países en el momento de las reformas lideradas desde los organismos internacionales.

En el caso de Chile, por ejemplo, las reformas que se llevaron a cabo durante la dictadura de Augusto Pinochet tuvieron un fuerte énfasis privatizador y fueron aprobadas por decreto durante un régimen¹ autoritario que facilitó su viabilidad

¹ El término régimen se utiliza para hacer referencia a las reglas y procedimientos gubernamentales e incluye aspectos como las bases de legitimidad, los mecanismos de representación y las formas de dominación y control. Por su parte, el Estado (en sentido analítico) es el conjunto de instituciones y mecanismos organizacionales que componen una sociedad territorialmente delimitada (Hartlyn, 1993; Brachet-Márquez, 1996; Collier, 1979).

(Solimano y Vergara, 2007; Tetelboin, 1984, 2007). En cambio, en Argentina las decisiones se basaron en una serie de pactos corporativos entre el Estado y los sindicatos, lo que llevó a que estos últimos pudieran mantener cierto control sobre las obras sociales (Alonso, 2007). En Brasil, la acción de los movimientos sociales que llegó a su apogeo a finales de 1980, influyó para que se mantuviera un sistema único de salud universalista y gratuito (Tavares, 2007). En el caso mexicano, aunque el sistema de salud haya sufrido una serie de reestructuraciones, todos los intentos por integrar al sector bajo un liderazgo único fracasaron, debido, sobre todo, a la presión ejercida por los sindicatos de la seguridad social y el Partido de la Revolución Democrática (PRD). Además, en este país prevaleció la cobertura pública por encima de la del sector privado (Brachet-Márquez, 2007a). También se encuentran algunas excepciones como el caso de Costa Rica, país que se resistió a las disposiciones de los organismos internacionales y logró mantener el sistema públicos de salud sin hacer cambios sustanciales a la estructura existente, a pesar de las presiones ejercidas por las instancias financiadoras. Finalmente, en Colombia se creó un sistema mixto de salud con la participación del Estado y del sector privado más conocido como pluralismo estructurado, que en la práctica ha significado el desmantelamiento progresivo de las instituciones públicas y la expansión de las empresas de salud privadas.

Estas variaciones no son un asunto menor. Las diferencias en los niveles de intervención del Estado, la participación del sector privado, y la capacidad de presión, movilización y negociación de los grupos sociales organizados, no permiten hablar de un sólo proceso de reforma en la región. Los resultados finales están sujetos a la contingencia y dependen de la combinación de la interacción, la coyuntura y las decisiones estratégicas de los participantes en la contienda. Esto sugiere la necesidad de reconstruir las particularidades de cada caso, sobre todo porque después de casi dos décadas de reformas, continúa vigente el debate sobre la efectividad de las transformaciones, en la medida en que las promesas de equidad, universalización,

calidad e integración de los servicios siguen sin haberse cumplido en la mayoría de los países.

Colombia: el caso estudiado

Para muchos analistas, Colombia constituye un caso excepcional dentro de América Latina. Este país, a diferencia de sus vecinos, no se vio sometido a largos períodos de regímenes militares², ni contó con gobiernos populistas, ni tampoco sufrió con la misma intensidad la crisis económica de la llamada década perdida. Incluso se ha llegado a afirmar que ésta es la democracia más antigua de la región. Sin embargo, la realidad es que el sistema político colombiano se ha caracterizado por crisis de legitimidad recurrentes, por la debilidad de las instituciones estatales y por la existencia de un conflicto armado interno prolongado por más de medio siglo, el cual pone en entredicho la soberanía del Estado sobre el territorio nacional. Estas condiciones han llevado a algunos especialistas a hablar de la existencia de una democracia ‘restringida’ o ‘limitada’ (Pécaut, 1987; Hartlyn, 1993).

Hasta finales de los años ochenta, la vida política del país giró en torno al pacto bipartidista iniciado en 1958 entre liberales y conservadores, conocido como “Frente Nacional”. Esta coalición implicaba la alternancia de ambos partidos en la presidencia y la repartición equitativa de los cargos públicos. Bajo esta forma de gobierno, los movimientos de oposición que no pertenecían a ninguno de los dos partidos autorizados por el convenio fueron excluidos del ámbito electoral. En tal

² Aunque entre 1953 y 1958 Colombia fue gobernada por el General Gustavo Rojas Pinilla, este régimen no tuvo las características represoras y totalitarias de las dictaduras del Cono Sur. La llegada de Rojas al poder fue impulsada por un grupo de líderes conservadores y liberales aliados con el ejército, que buscaban una solución temporal para la oleada de violencia desatada después del asesinato del candidato populista Jorge Eliécer Gaitán el 9 de abril de 1948. Durante el período de este régimen militar - civil, las decisiones más importantes siguieron vinculadas a las oligarquías partidistas tradicionales, que a la vez se encargaron de deponer al “dictador” cuando se percataron de éste tenía la intención de prolongar su mandato (Hartlyn, 1993).

contexto, los intentos de participación de los sectores populares que no cedieron ante los procedimientos de cooptación de los dos partidos tradicionales casi siempre fueron reprimidos por el régimen que pretendió ver cualquier movilización social como una amenaza comunista y/o como un factor de desestabilización del orden público.

Con los gobiernos de coalición pudieron atenuarse los episodios de violencia partidaria que habían marcado la historia del país hasta mediados del siglo XX, pero no se disminuyeron los conflictos sociales. Durante el período del pacto fretenacionalista, sin embargo, las diferencias ideológicas entre los liberales y los conservadores se hicieron cada vez menos notorias y los enfrentamientos menos frecuentes. A cambio surgió una nueva confrontación entre las elites gobernantes (aliadas con los grupos económicos poderosos) y las guerrillas de izquierda surgidas en los sesenta. Además, en el mediano plazo (años ochenta) otros grupos como los paramilitares y los narcotraficantes entraron a formar parte del escenario del conflicto. Estos actores hicieron más complejo el panorama nacional en tanto propagaron nuevas formas de violencia³, instalaron nuevos poderes fácticos en distintas regiones del territorio nacional y contribuyeron al incremento del desplazamiento forzado de la población⁴. En estas condiciones, la crisis política adquirió un carácter permanente a la vez que la legitimidad del Estado se vio fuertemente cuestionada.

A principios de la década de los noventa, el desgaste institucional combinado con las presiones de la sociedad civil para que se instauraran cambios llevó a que el gobierno de Cesar Gaviria (1990 – 1994) convocara a la elección popular de una

³ Según datos de uno de los investigadores sobre violencia, entre 1975 y 1995 en Colombia se produjeron 338,378 homicidios. Más del noventa por ciento de estas víctimas fueron hombres jóvenes, y al menos un once por ciento de los asesinados eran militantes políticos, líderes populares y sindicales, y defensores de los derechos humanos (Franco, 1999: 194).

⁴ Cifras suministradas por una reconocida consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento en Colombia, hablan de que entre 1985 y 2002 los desplazados llegaron a 2,914.853 personas, que equivalen a más de 400,000 familias obligadas a dejar su territorio como consecuencia del conflicto interno (CODHES, 2003).

Asamblea Constituyente con el fin de reformar la Carta de 1886. Por primera vez, la responsabilidad de construir un proyecto de Estado no estaba en manos exclusivas de los dos partidos tradicionales. En esta oportunidad fueron elegidos representantes de terceras fuerzas conformadas por guerrilleros reinsertados a la vida civil, activistas sindicales, organizaciones indígenas y voceros de nuevos movimientos sociales y religiosos (Palacios, 2003). El resultado de las discusiones fue la Constitución de 1991, la cual amplió los derechos individuales, políticos y sociales, fortaleció la descentralización del aparato estatal e intentó superar el bipartidismo.

Aunque es innegable que con esta reforma política se dio una mayor apertura democrática, muchos de los problemas estructurales no lograron superarse. La nueva Constitución no coadyuvó a resolver la fragmentación territorial y la lucha por los recursos entre los actores armados en distintas regiones, tampoco redujo significativamente la corrupción, o impactó para disminuir la violencia urbana por acciones de la delincuencia organizada. A pesar de que con el tiempo los partidos tradicionales se debilitaron y se agudizaron sus divisiones internas, se mantuvieron sus dinámicas clientelares, de corrupción y de exclusión. A la vez que se multiplicaron las opciones de participación, también se diversificaron los mecanismos al alcance de los grupos hegemónicos para mantener el control sobre el proceso político. El aumento en el número de los partidos tampoco significó una gran transformación, porque la mayoría de los “nuevos” movimientos provenían de facciones liberales y/o conservadoras que continuaron con las viejas prácticas del régimen de coalición. Así mismo, aunque las terceras fuerzas contribuyeron a la renovación de algunos aspectos de la dinámica política como la conformación de partidos de oposición, su presencia en los espacios de decisión sigue siendo minoritaria bien por las características del régimen o por las acciones violentas

ejercidas contra estos movimientos, como fue el caso de los militantes de la Unión Patriótica (UP)⁵.

En el campo particular de las políticas de salud, al igual que en otros contextos regionales, el país intentó, a mediados de los años setenta, construir un sistema público integrado y centralizado llamado –Sistema Nacional de Salud– que nunca llegó a desarrollarse como tal, sino que mantuvo una estructura desigual y fragmentada entre tres subsistemas: uno para los pobres, otro para los trabajadores y un tercero para quienes podían pagar por la atención. La reforma estructural realizada en el sector a partir de 1993, cuando se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), fue introducida, en principio, para corregir estas fallas. El nuevo modelo cambió el monopolio estatal en el aseguramiento y la prestación de servicios para instaurar la lógica de la competencia de mercado regulado entre las entidades públicas y las privadas. Este proceso, además de transformar las instituciones del sector, reconfiguró la correlación de fuerzas entre los actores que las componen. Las decisiones no dependieron solamente de evaluaciones técnicas, ni fueron productos exclusivos de las directrices estatales y/o de las recomendaciones internacionales, sino que implicaron una serie de procesos de coalición, confrontación y resistencia que también tuvieron incidencia en los resultados finales.

Las evaluaciones sobre los cambios surgidos con las reformas estuvieron divididas entre aquellos que veían el caso colombiano como uno de los ejemplos a seguir y los que consideraban que el modelo de salud instaurado en 1993 (y luego, modificado, como veremos, en el 2001 y en el 2006) era un fracaso. Los primeros se apoyaban en informes como el de la Organización Mundial de la Salud para el año 2000 titulado *Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*, en el que Colombia ocupó el primer lugar en materia de equidad financiera. Los segundos insistían en

⁵ Esta organización política de izquierda fundada en 1985 como producto de las conversaciones de paz entre las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC) y el gobierno de Belisario Betancur (1982-1986), fue víctima del asesinato de más de mil de sus militantes y dirigentes.

que, a pesar de las reestructuraciones y del aumento en los presupuestos de la salud, no se había alcanzado la cobertura universal ni mejorado las condiciones de equidad y calidad que habían sido propuestas. La narrativa analítica que se presenta aquí pretende ir más allá de estas interpretaciones para detallar la forma en que se tejieron estas diferencias y la incidencia que tuvo cada posición en el desarrollo de la política de salud.

Organización del estudio

El estudio se divide en dos partes y un total de seis capítulos. En la primera parte, el capítulo I se concentra en los debates teóricos alrededor de las reformas sociales. Después de identificar el lugar asignado a los actores entendidos como agentes potenciales del cambio dentro de distintas perspectivas analíticas, se especifican los conceptos que componen el enfoque relacional adoptado para guiar la investigación. En el capítulo II se definen las particularidades de la estrategia metodológica adoptada. Para tal fin se discute el lugar que se le ha dado al método de caso en la investigación social, se precisan los criterios de confiabilidad y validez de este tipo de diseños y se muestra su utilidad en los estudios del cambio en una política social. En este capítulo también se precisan aspectos como los postulados y los supuestos de partida de la investigación, los conceptos claves y su operacionalización conceptual, las fuentes y las técnicas usadas para el análisis de la información.

El capítulo III va desde los primeros intentos de institucionalización de la salud a finales del siglo XIX hasta 1989. Estos antecedentes hacen especial énfasis en la creación, la evolución y el declive del Sistema Nacional de Salud que concentró el aseguramiento y la prestación de los servicios en el Estado. El recorrido histórico trata de mostrar el tipo de estructura institucional existente antes de los cambios de los noventa, y el tipo de actores e interrelaciones que formaron parte de la misma. De

igual manera, se resaltan los aspectos socio-políticos que influyeron en las dinámicas impulsadas por los actores del sector salud, y que se relacionan con elementos como la estructura bipartidista del régimen, los levantamientos armados de las guerrillas de izquierda y la represión de las protestas sociales y de todas las formas de oposición que cuestionaran los parámetros establecidos por las élites en el poder.

En la segunda parte, El capítulo IV aborda el proceso de agenda, diseño y aprobación del nuevo modelo de salud entre los años 1990 y 1994. Los cambios en el sector coincidieron con macro-transformaciones en los niveles económico y político. Concretamente, durante este período se inició la apertura económica y la privatización de algunas instituciones estatales, además de que se consolidaron las políticas de descentralización administrativa. Simultáneamente, se llevó a cabo una re-estructuración del Estado por medio de la promulgación de la nueva carta constitucional en 1991. Para entonces, era evidente tanto la agudización del conflicto interno como el agotamiento del bipartidismo y de los mecanismos tradicionales de intermediación. Los resultados de ambos procesos aún siguen siendo materia de diversos debates en la medida que, por un lado, se fue reduciendo el papel del Estado con la introducción de las reformas neoliberales, y por otro, se aprobó una Constitución que busca la apertura democrática y apunta a recuperar la legitimidad institucional y el apoyo popular. Es en medio de estas apuestas generadoras de presiones contradictorias que se gestó el Sistema General de Seguridad Social en Salud creado en 1993.

El capítulo V analiza la contienda por la implementación de la política de salud entre 1995 y el 2003. Se abarca tanto la transición entre el monopolio estatal y la competencia regulada, como la consolidación de las transformaciones institucionales. Con los cambios introducidos por la reforma surgieron en el escenario nuevos actores, mientras otros se debilitaron o se transformaron. Para aquel momento, fue notoria la actuación del Estado como defensor de los intereses de los grupos económicos poderosos, y no como un ente regulador de las demandas de los

diferentes actores. Así mismo, en estos años se intensificó la lucha entre los distintos grupos que buscaban incidir en las decisiones del sector. A pesar de los cambios políticos que antecedieron la puesta en marcha del modelo de salud, los episodios de violencia, más que disminuir, aumentaron. Además, durante este tiempo estalló una fuerte recesión económica que llevó a que el país tuviera que asumir nuevos endeudamientos que implicaban mayores imposiciones por parte de los organismos internacionales.

Finalmente, el capítulo VI examina los sucesos y discusiones que rodearon los intentos por “reformular la reforma” durante los años 2004 y 2006. Este proceso contó con un variado número de proyectos legislativos dirigidos a modificar o fortalecer algunos de los componentes de la Ley 100, o a hacer una contrarreforma de la misma. Las discusiones de estos años dejan ver las transformaciones, continuidades y rupturas sufridas por muchos de los grupos de interés involucrados en la contienda, diez años después del diseño del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En las conclusiones se retoman algunos de los hallazgos de los periodos estudiados, se discuten algunos problemas teóricos y se hace una reflexión general con base en las preguntas que dieron origen a esta investigación.

PRIMERA PARTE
TEORÍA, MÉTODO Y
ANTECEDENTES

CAPITULO I

ELEMENTOS TEÓRICOS PARA EL ESTUDIO RELACIONAL DE LAS REFORMAS A LAS POLITICAS DE SALUD

Introducción

La observación de los sucesos actuales ilustra la comprensión de los pasados y la profundización en lo que ha sucedido aclara lo que está sucediendo (Norbert Elias, 1977).

Con las transformaciones implementadas en el sector social latinoamericano han ocurrido cambios en diferentes niveles. Por un lado, están los procesos de ajuste económico y la reestructuración de instituciones y servicios de protección, sobre los que se ha realizado el mayor número de análisis. En otro nivel, está la reconfiguración de la correlación de fuerzas entre los diversos actores involucrados en las reformas. Este tema ha estado poco abierto al debate, pero es fundamental para entender los resultados de las transformaciones. La discusión de las perspectivas analíticas usadas para interpretar los procesos de reforma en el sector social abre la posibilidad de comprender los vínculos entre los paradigmas dominantes en distintos momentos, las transformaciones institucionales y el papel de los actores. Este capítulo busca identificar los aportes, aunque también los vacíos de los enfoques que se han usado para estudiar las reformas latinoamericanas desde los primeros años del siglo XX.

En la primera parte se retoman las categorías fundacionales de la discusión sobre el origen y crisis de los estados de bienestar en las economías desarrolladas y en el contexto latinoamericano, con el fin de ubicar las tendencias en el análisis y, a la vez, identificar los actores que participan en las transformaciones. Sobre esta base, se discute la validez de usar referentes de un contexto como el europeo para los casos regionales. En la segunda parte, se analizan las interpretaciones más recientes sobre reformas sociales en el neoliberalismo, y se confrontan los enfoques predominantes como los análisis racionales e institucionales del tipo *Public Choice Theory* con una

perspectiva relacional - interactiva que contribuye a la exploración de otras rutas teóricas y metodológicas para el estudio de las reformas de las políticas de salud. Se considera que los elementos ofrecidos por las perspectivas predominantes son insuficientes para un análisis dinámico de los procesos de reforma, interesado sobretudo en comprender la incidencia de las interacciones entre personas y grupos en las decisiones que determinan los cambios.

1. Orígenes de la discusión: contextos y categorías en la constitución del Estado de Bienestar

Los cambios ocurridos en las políticas de salud de la mayoría de los países latinoamericanos durante los años noventa, se enmarcan dentro de las reformas de las políticas sociales, que a la vez forman parte de la transformación del modelo de intervención estatal más conocido como Estado de Bienestar (en adelante EB). En muchos de los estudios sobre estos procesos ha sido notoria la tendencia a retomar modelos usados en otros contextos para explicar las reformas emprendidas en la región; incluso se han llegado a equiparar los sistemas de bienestar latinoamericanos con los modelos corporativos europeos. Para discutir la validez (o no) de este tipo de supuestos, a continuación se analizan las categorías que dieron origen a la discusión.

El origen y expansión de los EB puede situarse en Europa occidental entre mediados de los años treinta y la década de los setenta. Este periodo coincide con la consolidación de los procesos industriales y con la incursión de nuevos actores como la clase obrera, cuyas reivindicaciones para mejorar las condiciones de trabajo acabarían extendiéndose a la mayoría de los ciudadanos. En particular, el reconocimiento formal de los sindicatos como interlocutores políticos tuvo importantes repercusiones para la extensión de la protección social. La política social del EB buscaba el bienestar general de los ciudadanos más que el suministro de paliativos para la pobreza. Bajo esta orientación, las garantías sociales dejaron de

estar en el plano de la asistencia o la caridad, y empezaron a considerarse derechos ciudadanos⁶. El EB constituyó una fórmula reguladora entre los intereses del mercado y los ciudadanos que demandaban sistemas de protección para los riesgos de la vida urbana y de las nuevas dinámicas productivas. El Estado pasó de ser una instancia que intervenía sólo en aspectos básicos como la seguridad y la protección de la propiedad privada (Estado gendarme), para convertirse en un agente interventor que regulaba tanto la redistribución económica como la promoción del bienestar.⁷

El crecimiento de los EB en Europa y más tarde en Estados Unidos trascendió la expansión de políticas sociales; este se convirtió en un proyecto de nación que afectó, además de las esferas económicas y sociales, los ámbitos familiares, culturales y políticos. Conservar la democracia se asociaba con la capacidad de respuesta del Estado para satisfacer necesidades colectivas y las demandas de las grandes masas de trabajadores industriales. Aunque existían unos supuestos comunes sobre el papel que debía tener el Estado, los procesos sociopolíticos particulares de cada país determinaron sus formas de institucionalización. Las variaciones entre un caso y otro obedecieron a las tradiciones estatales y a los distintos tipos de coaliciones y negociaciones de los sectores que rechazaban y/o defendían la colectivización de la protección social y que estaban representados fundamentalmente por los sindicatos en algunos casos aliados con los campesinos (como en Escandinavia), los partidos obreros, las burocracias gubernamentales y los empresarios industriales. La forma en que se cristalizó esta correlación de fuerzas dio nacimiento a diferentes regímenes de protección.

⁶ En palabras de T. H. Marshall, los derechos sociales van desde el derecho al mínimo bienestar y seguridad económica, hasta el derecho a compartir plenamente el patrimonio social y vivir como un ser civilizado de acuerdo con los estándares predominantes en la sociedad (Marshall, 1992 [e.o. 1950]: 23).

⁷ Los fundamentos económicos del EB se encuentran en las teorías de John Keynes, y se centran en la necesidad de la intervención estatal en la economía por medio de políticas para incentivar el pleno empleo, lo que produciría un incremento en el consumo y un crecimiento del capital.

Algunos de los regímenes de protección instaurados en Europa se inspiraron en los principios promulgados por el canciller Alemán Otto von Bismarck⁸; y son los llamados conservadores o corporativos implementados en la Europa continental (Alemania, Francia e Italia), estos concentraron los privilegios de la protección estatal en las redes familiares de los trabajadores industriales mediante el seguro social. Otros países (Dinamarca, Noruega y Suecia) corresponden al modelo derivado del informe del británico Beveridge en 1942⁹, que promulgaba los principios de universalidad, uniformidad y unidad de la protección social entendida como derecho ciudadano. La instauración y expansión de este tipo de regímenes fue promovida por gobiernos de corte socialdemócrata. Por otro lado, los países anglosajones (Estados Unidos¹⁰, Australia y Gran Bretaña¹¹) instauraron los regímenes conocidos como liberales o residuales, que se caracterizaron por políticas de asistencia restringidas a los grupos que no pueden articularse al mercado. Los movimientos socialistas y/o demócratacristianos en estos países no tuvieron la fuerza suficiente para incidir en sistemas de protección social más inclusivos (Esping – Andersen, 1990). En general, la expansión de los sistemas de bienestar dio lugar a la aparición de las clases medias, formadas fundamentalmente por los trabajadores asalariados provenientes de las burocracias gubernamentales que se encargaron de administrar, entre otras agencias

⁸ El sistema de protección social llamado bismarkiano, se introdujo en Alemania bajo el régimen autoritario de Bismarck a fines del siglo XIX. Su proyecto buscaba mejorar las relaciones con la clase trabajadora industrial a través de la seguridad social; su objetivo era frenar la creciente importancia del movimiento obrero, aportando un componente social que contribuyera a la legitimación del régimen.

⁹ William Beveridge presentó en 1942 una propuesta de intervención social ante el parlamento británico conocido como “Informe Beveridge”. La misma, sirvió de base para la creación y expansión del sistema de seguridad social universal instaurado por el partido laborista en la posguerra.

¹⁰ En Estados Unidos el régimen de Roosevelt introdujo una forma restringida de seguridad social. El “New Deal” tuvo dos etapas: en la primera (1933) se adoptaron medidas para contrarrestar los efectos de la crisis mundial. La asistencia social se dirigió a los desempleados, las familias con niños y protección a la maternidad. En la segunda etapa, a partir de 1935 se aprobó la ley de seguridad social que incluye las pensiones de vejez y desempleo, y la ley que reconoce el derecho a la sindicalización. En este país la seguridad social evolucionó de manera similar a la de los países europeos, salvo en el seguro médico que nunca logro ser extensivo; “la dinámica estadounidense, con una economía unitaria, estados separados y autoridades legislativas federales, explica en gran parte la complejidad en sus procesos” (De Swaan, 1992: 243). Por otro lado, el papel del movimiento obrero en Estados Unidos no fue tan significativo como lo fue en Australia y Gran Bretaña.

¹¹ Cuando Esping – Andersen clasifica a Gran Bretaña dentro del modelo liberal no esta pensando en las diferencias antes y después de la era de Thatcher. Hasta finales de los ochentas este país contó con uno de los sistemas de bienestar social más desarrollados.

estatales, los sistemas de bienestar y se convirtieron en actores con gran poder de presión.

En los análisis sobre el origen y la expansión de los EB se han privilegiado las variables relacionadas con los grupos de interés, las clases sociales, el crecimiento económico, el papel del Estado y la democracia (Pico, 1987; Huber y Stephens 2001; Andersen, 1990, 1996,2000; Jessop, 1999; Offe, 1990; De Swaan, 1992;). El lugar que ocupa cada una de ellas se relaciona con la perspectiva de interpretación elegida, lo que repercute en el tipo de actores analizados y en el papel que se les atribuye. La tradición dominante en los estudios sobre el EB puede enmarcarse dentro del pluralismo (Mesa-Lago, 1977, 1991). Estos análisis tienden a concebir al Estado, desde una perspectiva funcionalista, como un organismo “neutro”, encargado de atender las demandas sociales: “En este juego de fuerzas el gobierno trata de mediar entre demandas competitivas, y se constituye a si mismo en un árbitro que trata de conciliar intereses plurales de los grupos que actúan en la sociedad” (Pico, 1987: 6). Para la tradición pluralista heredada de autores como Lindblom (1968) y Dahl (1961), los procesos de toma de decisión sobre asuntos públicos están determinados por la interacción entre grupos de interés y las instituciones estatales. Desde esta perspectiva, los grupos de individuos que tienen intereses particulares tratan de influir en los centros de decisión política. La agenda política se ve como el resultado de los consensos alcanzados por medio de los mecanismos del sistema democrático. En estos análisis, los valores y las preferencias de los individuos son centrales; por lo tanto, la distribución del poder es el resultado de la agregación de preferencias individuales. Así mismo, las manifestaciones de inconformidad de grupos sociales, los disturbios y las rebeliones, son vistas como expresiones de falta de integración social y consenso político.

La segunda perspectiva tratada en los análisis de las sociedades capitalistas industriales se deriva de la tradición neomarxista (O'Connor, 1973; Poulantzas, 1970). Para estos estudios, el EB responde a los intereses de la clase dominante, su intervención en el ámbito social tiene por objetivo facilitar la realización de los

objetivos económicos. Son las relaciones de producción capitalista y la contradicción entre capital y trabajo las que explican el surgimiento de los EB y las funciones que adquieren las políticas sociales. Desde esta perspectiva, los actores no son los individuos o grupos de interés organizados, como en el pluralismo, sino las clases sociales, que definen su lugar en las dinámicas del poder, de acuerdo con la posición ocupada en el proceso productivo. Las manifestaciones de inconformidad en la votación electoral, en las fábricas, o en las calles, son tratadas como expresiones de las contradicciones sociales. Al poner el centro del análisis en las clases sociales, se dejan de lado otros aspectos como la inequidad, las diferencias culturales, de género y otros aspectos de gran importancia para la comprensión integral de los fenómenos bajo estudio.

La tercera corriente teórica está relacionada con el interés en la organización de la burocracia estatal, también conocida como enfoque “organizacional” o “*Management*”. De acuerdo con esta perspectiva, la sociedad está compuesta por estructuras organizativas dominantes, entre las cuales la burocracia estatal es la organización de mayor poder (Alford y Friedland, 1985). En esta corriente tienen gran influencia las teorías weberianas sobre la racionalización y la burocratización; sus análisis subrayan el papel de las burocracias públicas en el proceso de implementar políticas y el tipo de relaciones existentes entre los miembros de las élites (Mills, 1957). Los actores no son los individuos que expresan sus preferencias, como en el pluralismo, o las clases sociales en conflicto, como en el marxismo, sino las organizaciones y las élites que las conforman. De esta manera, los cambios dependen de la naturaleza del poder y de las reglas de las organizaciones, que son las encargadas de asignar y controlar los recursos.

Cada una de las perspectivas brevemente presentadas tiene una explicación diferente en cuanto al lugar de los actores en el surgimiento y expansión de los EB. El pluralismo privilegia las acciones e interacciones de individuos que se asocian en pequeños grupos de acuerdo a valores culturales y que participan libremente para ejercer presión sobre un Estado “neutral” que funciona como árbitro de los conflictos.

Para los marxistas, en cambio, los actores son agentes de clase, y son los conflictos entre las clases sociales los que definen la distribución del poder. Finalmente, para los análisis centrados en las organizaciones, los actores son las élites organizacionales que representan a sus clientelas.

Alford y Friedland (1985) dividen estos tres enfoques en niveles analíticos: individual, organizacional y societal. Cada uno hace énfasis alternativamente en el papel de los individuos (pluralismo) o en las estructuras complejas (marxismo – enfoque organizacional), lo que obliga a escoger entre una interpretación micro o macro de los cambios en el EB. Un estudio sobre los agentes del cambio en los procesos de reforma como el que aquí se propone, debe indagar por las relaciones entre estos niveles, dado que en las diferentes etapas de agenda, formulación, implementación y consolidación de las transformaciones, participan tanto agentes de organizaciones burocráticas y élites económicas, como agentes societales. Una perspectiva de este tipo se aleja de la búsqueda de explicaciones generales, y concede mayor importancia a la reconstrucción de procesos particulares constituidos por la interacción de múltiples actores. De esta manera, un proceso general como la creación, expansión y transformación del EB tendrá modalidades y resultados históricamente diferenciados, y por tanto no predecibles con base en hipótesis teóricas del tipo ‘si X, entonces Y’.

1.1.Sobre el origen y la expansión de la protección social en el contexto Latinoamericano

En el caso de América Latina no puede hablarse de un EB a la manera europea sino del desarrollo de sistemas de protección social que tuvieron alcances diferenciales en la cobertura poblacional, en la oferta de servicios y en el tipo de estructuras

institucionales conformadas¹². Muchos de los estudiosos sobre el EB latinoamericanos buscaron dar cuenta de estas especificidades con las teorías heredadas de los contextos europeos y estadounidenses. Específicamente, entre las décadas del cincuenta y principios de los setenta durante el auge de la industrialización y los intentos de consolidación del mercado interno, dos perspectivas lideraron los análisis: el desarrollismo y la modernización.

La teoría económica conocida como desarrollismo o estructuralismo difundida por la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), se basó en los estudios liderados por Raúl Prebisch desde finales de los años cuarenta, los cuales buscaban explicar las causas del desarrollo desigual entre las economías centrales y los países periféricos. Según estos análisis, los términos de intercambio comercial entre el centro y la periferia sólo beneficiaban a los países industrializados y reproducían el subdesarrollo, para contrarrestar estos efectos y disminuir el atraso era necesario fortalecer el sector industrial por medio de un apoyo decidido del Estado. El desarrollo debía ser el resultado del aumento de la producción interna y de la disminución de las importaciones de productos provenientes de los países centrales.

Dentro de las teorías cepalinas el Estado-Nación era visto como la unidad básica para promover el desarrollo; sus acciones, además, debían contrarrestar las posibles insatisfacciones sociales. Por tanto, el Estado debía ser el principal agente regulador de la economía y a la vez el mediador de los conflictos emergentes entre los distintos actores, representados por los grupos industriales, las clases medias, los profesionales, los sectores obreros y en general, los sectores urbanos integrados al empleo formal. Los trabajadores rurales y los empleados informales casi siempre estuvieron excluidos de los sistemas de protección social desarrollistas, porque se decía que en algún punto del crecimiento se integrarían al mercado laboral formal.

¹² Según Filgueira (1998), esta variedad es evidente en los esfuerzos fiscales destinados a servicios sociales, en la cobertura poblacional de los sistemas de protección, en el rango y variedad de servicios prestados y en la calidad de la distribución sectorial del gasto público.

Estos postulados se convirtieron en un referente obligado para los países que buscaban orientar sus políticas económicas hacia el mercado interno.

La teoría de la modernización por su parte, se inscribió en un nivel de análisis más del tipo sociológico y político. Esta perspectiva que tuvo gran influencia del estructural – funcionalismo norteamericano argumentaba que todos los países estaban en camino a un estado ideal del desarrollo. Sin embargo, para alcanzar tal condición debían transformar no sólo aspectos de las estructuras institucionales sino también pautas de comportamiento y valores sociales. Esta teoría planteaban una relación positiva entre el desarrollo económico y la democracia (Lipset, 1963). El paso de una sociedad tradicional a otra moderna se hipotetizaba con la superación de una serie de etapas. Por ejemplo, para Walt Rostow (1960), la transición hacia la modernidad y el desarrollo comprendía cinco fases: 1) la sociedad tradicional, 2) la preparación para el despegue, 3) el proceso de despegue, 4) el cambio hacia la madurez, y 5) la consolidación de una sociedad moderna con alta capacidad de consumo. Los elementos retomados por esta corriente provenían de las ideas de Tönnies y Weber sobre el cambio secular de *Gemeinschaft* / *Gesellschaft*, y de las ideas de Durkheim sobre la tendencia secular hacia una creciente diferenciación y complejidad en las sociedades contemporáneas (Brachet-Márquez, 2001: 12).

En América Latina la teoría de la modernización contó con representantes como Gino Germani (1968, 1971) y Medina Echavarría (1969). Según los análisis de Germani, la secularización era la principal característica del cambio, mismo que se reflejaba en aspectos como la modificación del tipo de acción social, el paso de la institucionalización de la tradición a la institucionalización del cambio y la diferenciación y especialización progresiva de las instituciones. Estrategias como “La Alianza para el Progreso” buscaron poner en práctica este enfoque teórico; dicho programa había sido impulsado por Estados Unidos con el ánimo de prevenir la expansión del comunismo por medio de la promoción de mecanismos dirigidos a alcanzar el “desarrollo”.

Tanto el enfoque desarrollista como el de la modernización marcaron los análisis de América Latina hasta principios de los años setenta. Ambos privilegiaron los principios pluralistas y corporativos que ven al Estado como agente promotor del desarrollo y mediador en los conflictos sociales. Estos análisis relacionaron la existencia de niveles de urbanización, industrialización, salarización y sindicalización, con la protección social de la población. Bajo esta lógica, la protección social era una respuesta a las presiones que los grupos de presión ejercían sobre el Estado. Cuanto más poderoso era el grupo que presionaba, mejor era su protección social y más alto su grado de cobertura. Las tipologías propuestas por Mesa-Lago (1977), para mostrar la evolución de la seguridad social latinoamericana son un ejemplo de este tipo de análisis. Según su clasificación, los países se pueden dividir entre pioneros (Argentina, Chile y Uruguay y Brasil) cuyos sistemas de protección social se originaron entre 1920 y 1930 y evolucionaron de manera estratificada bajo la influencia de grupos de presión o por iniciativa del Estado. Los países intermedios (México, Costa Rica, Ecuador, Paraguay, Perú, Venezuela y Colombia) que instauran sus sistemas de protección entre 1940 y 1950. Aunque estos se caracterizan por la creación de un instituto general destinado a cubrir a toda la población, en la práctica sólo fueron incorporados los grupos ocupacionales con más poder. Y los países tardíos (Nicaragua, El Salvador, Guatemala y los países del Caribe de habla inglesa) donde la seguridad social apareció en las décadas de 1950 y 1960, con una cobertura de población menor y prestaciones más bajas.

Estas clasificaciones de los sistemas de protección social corresponden a un tipo de Estado que responde a las demandas de la población, premisa que pronto tendría que ponerse en duda en muchos de los países latinoamericanos. ¿Realmente fueron los actores con mayor poder de movilización los que obtuvieron los beneficios sociales? En los procesos regionales tuvieron incidencia otros factores como el poder de las élites locales, la desigualdad fomentada por la exclusión de la población rural y de los trabajadores informales; la ineficiencia estatal; el lugar ocupado por la lógica asistencial – clientelista en los programas sociales; y las características de la clase

trabajadora, la cual según Fernando Filgueira (1998), tenía debilidades numéricas y organizativas que no permitieron que el movimiento sindical alcanzara la fuerza suficiente como para tener un reclutamiento de clases.

Equiparar los procesos regionales a las dinámicas corporativas europeas o estadounidenses equivale a pensar las políticas sociales latinoamericanas como respuestas estatales para favorecer la producción industrial o como producto exclusivo de la capacidad de presión de los grupos de interés. Estas interpretaciones han sido rebatidos por estudios como los de Brachet – Márquez (1996), quien analiza las políticas sociales mexicanas (entre 1910 y 1995) como resultado de momentos históricos donde el Estado está débil y es más vulnerable frente a los grupos que cuestionan la autoridad establecida, por tanto, debe otorgar beneficios a cambio de que no se desmorone el sistema político. Como resultado de estas transacciones se modifican las reglas y se generan rupturas que llevan a la reestructuración del “pacto de dominación”. Por otro lado, el optimismo de las teorías de la modernización nunca se tradujo en el derrame de los beneficios económicos para lograr condiciones de mayor igualdad. Por el contrario, los desarrollos productivos ayudaron a mantener la separación entre aquellos que podían aumentar sus patrones de consumo y quienes quedaban excluidos de esta dinámica. Además de estos elementos, no pueden obviarse las particularidades de los sistemas políticos de la región, caracterizados por regímenes democráticos débiles, periodos de dictaduras militares y levantamientos insurgentes a todo lo largo del siglo XX. Estos aspectos marcan una gran diferencia con respecto a los EB de Europa occidental, cuya estabilidad política constituyó uno de los componentes más importantes para el desarrollo de los sistemas de bienestar.

Hacia finales de los años sesenta empezaron a cuestionarse las limitaciones que mostraba el modelo de sustitución de importaciones para integrar a las grandes masas de población pobre de las áreas rurales, garantizar el pleno empleo y reducir la desigualdad y la marginalidad. Como respuesta, y en oposición a los análisis de la modernización, se afianzaron las teorías de la dependencia, que partían de un diagnóstico similar al de Prebisch a finales de los cuarenta, pero los dependentistas

tenían sus raíces en la economía política marxista (Cardoso y Falleto 1968, 1979; Marini, 1969; Quijano, 1969). La reflexión sobre las estructuras de dominación de los centros de producción capitalista en los países periféricos es el punto de partida de las interpretaciones: “Esta teoría afirma que la sociedad nacional no es el contexto analítico dentro del cual debe estudiarse el desarrollo económico latinoamericano. Este debe comprenderse dentro de la dinámica general de la inserción histórica del continente en el proceso de expansión capitalista” (Zapata, 1990: 226). De acuerdo con Cardoso y Falleto (1968), si se cambiaban las reglas de internacionalización del mercado interno, podían alcanzarse las condiciones para cambiar la situación de subdesarrollo de los países periféricos.

Para la perspectiva dependientista, el desarrollo dependía menos del grado de racionalidad de los actores como lo había supuesto la modernización, que de las características del contexto sociopolítico en el que tenían lugar las interacciones. Se trataba de un proceso no sólo económico, sino también político en el que intervenían tensiones y conflictos entre clases y grupos sociales. Esta corriente rescató los análisis históricos de procesos sociales, y sus aportes constituyeron novedosas propuestas de interpretación para las realidades latinoamericanas. Sin embargo, sus supuestos empezaron a ser insuficientes para explicar el agotamiento de la estrategia de fortalecimiento de los mercados internos, la aparición de los regímenes militares en el cono sur y las nuevas formas del capitalismo (Zapata (2001).

2. La crisis del estado de bienestar en los países centrales

Así como el origen y expansión de los EB tuvo trayectorias diferentes en las economías avanzadas que en los países periféricos, también la crisis de los sistemas de protección social arrojó resultados distintos en ambos contextos. Desde finales de los años setenta, el EB ha sido blanco de diversos ataques provenientes de representantes de la corriente neoliberal, quienes atribuyen los estancamientos

económicos al proteccionismo estatal (Hayek, 1985; Friedman, 1980). De acuerdo con esta perspectiva, el EB impone cargas fiscales que desestimulan la inversión privada y obstaculizan la eficiencia productiva y el desarrollo de la libre competencia. Estas dificultades son, en parte, atribuidas al poder otorgado a los trabajadores y sus sindicatos. Según estos argumentos, el proteccionismo influye en la baja productividad, por tanto el libre juego de las fuerzas del mercado debe ser el mecanismo regulador de las necesidades económicas y sociales de los individuos. Según esta corriente, las acciones estatales deben dirigirse a garantizar las condiciones para el desarrollo de esta dinámica de competencia, y a brindar asistencia social únicamente a quienes no logran incorporarse al mercado. Esta perspectiva del desarrollo ha ido más allá del interés por reformar la economía, constituyéndose en una especie de ideología que busca cambiar la forma de organización y relación del Estado con la sociedad.

Aunque el neoliberalismo arremetió contra los principios del EB por medio de consecuentes ataques provenientes no sólo de economistas, sino también de gobiernos conservadores como el de Reagan en Estados Unidos y Thatcher en Gran Bretaña, no logró reducciones sustanciales en los sistemas de protección social de estos países. Particularmente en Europa, la oposición para que se introdujeran estas transformaciones fue liderada por los partidos obreros y por una opinión pública fuertemente cohesionadas en torno a los valores del bienestar. Mientras que en el caso estadounidense, se dismantelaron sobre todo los programas dirigidos a los pobres que no defendieron sus derechos y que representaban un grupo de opinión minoritaria. El hecho de que en los países centrales los grupos sociales conformados especialmente por trabajadores y clases medias pudieran mantener las prestaciones sociales básicas, no significó que no se introdujeran cambios en el modelo de económico instaurado desde la posguerra. La nueva apuesta por el desarrollo se centró en el mercado y sus estrategias de intercambio. Así mismo, los actores tradicionales del EB (sindicatos, partidos obreros) empezaron a considerarse obstáculos para incentivar la competencia

y la inversión. Como agente del cambio ahora aparecía un individuo libre y racional con la capacidad de elegir lo más conveniente para su bienestar.

Así como los economistas crearon una nueva visión del desarrollo económico, los politólogos también introdujeron explicaciones afines al neoliberalismo para interpretar las dinámicas sociales. La más importante de estas corrientes es la teoría de la elección racional que presupone que los individuos se comportan y toman sus decisiones de manera racional y en consideración exclusiva de sus intereses personales (Olson, 1992; Bates, 1995; Ostrom, 1988). En esta perspectiva, la movilización de intereses particulares es el motor que impulsa las transformaciones; mientras que las acciones colectivas pueden tener lugar sólo cuando demuestran ser la mejor estrategia para obtener ventajas individuales. El modelo racional parte de teorías económicas, pero retoma los principios del pluralismo para explicar el comportamiento racional de los individuos que planean y actúan estratégicamente para maximizar los beneficios que resultan de sus decisiones. Los modelos de elección racional buscan especificar las reglas que rigen las decisiones del actor. Según Tilly (1991), este enfoque explica la participación en un movimiento social como producto de una elección individual entre posibles cursos de acción, cuya elección está determinada por los costos y beneficios estimados.

Para los análisis racionales, el mercado y el Estado tienen roles diferentes: mientras el mercado debe reglamentar los bienes privados, el Estado debe regular los bienes públicos bajo parámetros gerenciales. En esta lógica, las políticas sociales se justifican en tanto responden a criterios de oferta y demanda y de costo y beneficio. Estos principios cambian la noción de ciudadano asentada sobre la base de los derechos por la de consumidor o receptor de los servicios estatales. El neoliberalismo privilegia la soberanía del consumidor y la autonomía de los prestadores de servicios por encima del bien colectivo y la equidad. Desde esta óptica, cada actor debe decidir libremente los servicios que quiere obtener y los que está dispuesto a pagar. Las instituciones son definidas como agentes “neutros” que restringen su papel a canalizar las demandas en políticas públicas. Por lo tanto, no tienen un papel preponderante

sino que aparecen como contextos en los que los individuos toman decisiones estratégicas restringidas. Aunque este enfoque analiza las motivaciones y la forma en que toman las decisiones quienes buscan el poder, dice poco sobre la forma en que estas motivaciones son desarrolladas en el transcurso del tiempo y sobre la forma en que se dan las interacciones de los órganos decisores con los sectores sociales afectados (Grindle, y Thomas, 1991, Grindle, 2003).

En oposición a las teorías racionales, los neomarxistas interpretaron la crisis de los EB como parte de los problemas estructurales del capitalismo (Althusser, 1985; Offe, 1990). Esta corriente ve al EB como una expresión de los intereses de la clase capitalista, en este sentido, los servicios sociales son producidos para favorecer las relaciones de explotación de la producción. Esta lógica genera la contradicción entre la funcionalidad del EB para el sistema económico y el déficit de los presupuestos públicos por la excesiva carga burocrática, dando como resultado que los gastos estatales se incrementen con mayor rapidez que los medios para financiarlos. Dentro de la corriente neomarxista se ubican los estudios de dos representantes de la escuela de Frankfurt (Offe, 1990 y Habermas 1986, 1989), cuyos análisis sobre la crisis del EB constituyen un referente crítico para el análisis de los cambios.

El enfoque Habermasiano se caracteriza por concebir la crisis desde una perspectiva que combina tanto el análisis marxista sobre la integración social como la perspectiva sistémica de Parsons y Luhmann. En este marco, las transformaciones del EB surgen de las contradicciones manifiestas en diferentes ámbitos interrelacionados: el sistema económico no produce la cantidad requerida de valores consumibles, el sistema administrativo no aporta decisiones racionales en el grado requerido, el sistema de legitimación no produce motivaciones generalizadas, y el sistema sociocultural no genera sentido motivante de la acción. La imposibilidad de satisfacer las necesidades sociales mediante instancias institucionales se desplaza a ámbitos que trascienden el sistema económico y que tocan todos los niveles de la existencia:

El proyecto del Estado social padece bajo la contradicción entre el objetivo y el método. Su objetivo es el establecimiento de formas vitales estructuradas igualitariamente que, al mismo tiempo, permitan ámbitos para la autorrealización individual. Pero evidentemente, este objetivo no puede alcanzarse por la vía directa de una aplicación jurídica – administrativa de programas políticos. (Habermas, 1989: 71)

Por su parte, la propuesta analítica de Cluas Offe, tiene un carácter más procesual que cuestiona al EB menos desde el nivel de los eventos que desde los mecanismos que generan acontecimientos¹³. La crisis es explicada por la incapacidad del sistema político para prevenir y compensar el sistema económico:

Se supone que la política estatal no debe lesionar el primado de la producción privada. Sin embargo, si la política estatal quiere ser correcta se ve forzada a apoyarse sobre medios que violan la relación capitalista dominante o minar las exigencias funcionales –la legitimidad y la competencia administrativa- de la propia regulación estatal (Offe, 1990: 71).

Para Offe, las contradicciones entre capitalismo y bienestar erosionan los sistemas de protección social, lo que contribuye a que las políticas obedezcan cada vez más a compromisos informales con las élites en el poder, que a necesidades colectivas de la sociedad. Esta situación acelera eventos desestabilizadores, cuya superación depende continuamente de luchas sociales y maniobras políticas. Sin desconocer las diferencias entre estas propuestas, puede decirse que ambas están interesadas en explicar el sentido de la crisis del capitalismo, no sólo en el nivel del sistema económico, sino también en otros ámbitos de la vida: social, político, cultural. Para estos autores, las contradicciones entre integración social e integración sistémica son manifestaciones de los problemas del capitalismo y del EB para regular los conflictos sociales. Aunque el enfoque relacional retoma elementos de estas

¹³ El autor reconoce la dificultad para identificar y definir las fronteras de los mecanismos productores de acontecimientos. Para acercarse a una definición de estos aspectos, retoma algunos de los elementos propuestos por Robert Dahl y Charles Lindblom que distinguen intercambio, elección política, burocracia y procesos de negociación, como cuatro generadores de acontecimientos sociales en las sociedades industriales. (Offe, 1990: 44)

perspectivas, se diferencia de las mismas al dejar de concebir la sociedad como sistema para analizarla como una red de relaciones conflictivas.

Una tercera perspectiva es la llamada teoría neoinstitucional que estudia la crisis de los EB a partir del análisis del marco institucional del Estado y de su papel en la dinámica del cambio (Evans y Skocpol, 1985; Skocpol, 1992; North, 1990). Estos análisis se preguntan por la influencia que ejercen las instituciones (que son definidas como reglas de juego de la sociedad, las cuales pueden ser formales o informales) en el comportamiento de los actores. En este sentido, los logros del EB no sólo están determinados por los procesos económicos y sociales, sino también por variables institucionales que inciden en la forma en que se establecen los sistemas de bienestar en los diferentes países. Los neoinstitucionalistas critican los análisis racionales porque, según ellos, olvidan el lugar de los marcos institucionales. Según estas interpretaciones, las instituciones son el mediador básico de la sociedad, lo que a su vez las convierte en el referente normativo para la interacción social. Esta perspectiva rebate la consideración del sujeto como un actor autónomo que toma sus decisiones de forma puramente racional.

2.1. La crisis del modelo proteccionista en el contexto latinoamericano

La crisis de la deuda que aquejó a la mayoría de los países de América Latina en los años ochenta y que se asoció con el estancamiento productivo de la región, se manifestó en bajo crecimiento económico, altas tasas inflacionarias y la consecuente incapacidad estatal para generar empleo. La política de sustitución de importaciones fue declarada como el origen de estos males económicos. Algunos diagnósticos que atribuyeron la crisis al intervencionismo estatal¹⁴, decían que se había sobrecargado al aparato gubernamental con demandas de los sindicatos, lo que había contribuido al

¹⁴ Para Laurell (1997) la crisis fiscal de los estados de la región no se debió, como se sugiere, a un gasto excesivo, sino al problema de la deuda pública. Se calcula que para los ochenta la tasa de interés aumentó del 4% al 17%.

desequilibrio financiero y aislado a la región de la competencia internacional. Los discursos neoliberales se centraron en la necesidad de cambios estructurales que pudieran reiniciar el crecimiento económico. Según Alejandro Portes:

En cada región – desarrollada o periférica – los procesos de reducción del empleo, reestructuración y reubicación productiva se justificaron por la amenaza de la competencia mundial. Aunque algunos sectores de la clase trabajadora “primaria” lucharon para defender sus privilegios, la amenaza de cierres y reubicaciones de plantas en el extranjero permitió a las corporaciones mantener disciplinada a su fuerza de trabajo. (Portes, 2001: 67).

Los economistas del Fondo Monetario Internacional y del Banco Mundial fueron los encargados de promover las doctrinas económicas liberales para modificar las dinámicas de desarrollo regional hacia políticas de mercado libre. Estrategias como la privatización, la desmonopolización y la desregulación de mercados financieros y de condiciones laborales se convirtieron en dogmas que prometían la recuperación del crecimiento y redundarían en el “derrame” de beneficios sociales. La mayoría de los gobiernos se adhirió a las exigencias del llamado “Consenso de Washington”¹⁵ que dictaba las condiciones de los cambios estructurales. Los organismos internacionales pudieron ejercer una gran influencia debido a los préstamos que otorgaron para renegociar la deuda regional, lo que llevó a que se establecieran negociaciones que privilegiaron el equilibrio de variables financieras (control de la inflación, balance fiscal, expansión de exportaciones). En muchos casos, las propuestas de reforma se establecieron como condiciones para el otorgamiento de nuevos préstamos, afectando la autonomía de los gobiernos.

A diferencia del contexto europeo en el cual el EB no sufrió mayores alteraciones, América Latina fue caldo de cultivo para la instauración de los credos neoliberales. Aun cuando la protección social era incipiente en casi todos los países de la región, las reformas fueron aplicadas con toda rigurosidad. Las presiones

¹⁵ El llamado consenso de Washington privilegiaba medidas económicas como: disciplina fiscal, racionalidad del gasto público, desregulación de los mercados financieros, inversión extranjera, y privatización.

internacionales y la variedad de regímenes políticos ejemplificada en casos como: la debilidad democrática de Colombia y Venezuela, la presencia de gobiernos autoritarios en Argentina y Chile y las cooptaciones corporativas de los grupos organizados en México, confluyeron con los mecanismos clientelistas, la estratificación de los beneficios sociales, la exclusión de grandes grupos poblacionales y la fragmentación de los servicios de protección, para que se impusieran sin mayor dificultad los intereses económicos de los organismos crediticios y de las élites económicas locales.

La primera etapa de los cambios estructurales también denominada “reformas de primera generación”, se inició a principios de los años ochenta con el objetivo principal de superar la crisis de la deuda externa y los desajustes provocados por el agotamiento (o mal manejo) de las políticas de sustitución de importaciones. Las políticas de ajuste macroeconómico, apertura comercial y liberalización financiera fueron los primeros mecanismos del proceso de ajuste y estabilización. El discurso que abanderó estas reformas prometía modernización y eficiencia en todos los ámbitos, además de crecimiento económico. Se afirmaba entonces, que estas metas podían conseguirse, si se hacían algunos sacrificios que, en palabras de Edwards (1995), eran el precio que en muchos casos debía tener el ajuste. Hoy, después de más de dos décadas de tales sacrificios y transformaciones, los resultados esperados no se han logrado; al contrario, los efectos han recaído especialmente en los sectores más pobres, quienes han sufrido con mayor rigor el aumento del desempleo y de la desigualdad¹⁶.

Durante la segunda etapa del proceso de reforma, conocida como “reformas de segunda generación” (implementadas especialmente desde los primeros años de la década de los noventa), se redujeron las funciones del Estado. Estas medidas se concentraron en la reasignación de recursos, la privatización de empresas públicas y

¹⁶ Uno de los objetivos de las reformas era mejorar el funcionamiento de los mercados laborales. Durante el decenio de los noventa, una creciente proporción de la fuerza laboral se desplazó hacia el sector informal, donde no existen las medidas de protección que proporciona el sector formal. (Stiglitz, 2003)

la aplicación de métodos de eficiencia y rentabilidad en los servicios sociales. Las políticas sociales se equipararon a programas asistenciales descentralizados y focalizados hacia los grupos más pobres:

Prima en esta perspectiva una visión posibilista y voluntarista de la reforma del sector social. Se considera tangencial y superficialmente el efecto de estas reformas sobre las previas formas de incorporación de los sectores tradicionalmente favorecidos por el viejo modelo (clases medias, trabajadores estatales y trabajadores urbanos integrados al mercado formal) y su consiguiente efecto social y político. (Filgueira, 1998: 3)

Durante las transformaciones, algunas estrategias como la descentralización fueron legitimadas con argumentos fiscales y económicos. Sin embargo, a medida que empezó la implementación de las medidas aprobadas se hizo evidente que existían propósitos no explícitos que iban más allá de la modernización del aparato estatal. De acuerdo con Brachet-Márquez (2007a), la descentralización fue un medio idóneo para fragmentar los grupos opositores a las reformas, particularmente los sindicatos, que ahora se veían divididos en trozos estatales/provinciales sin mayor poder de negociación. En general, las reformas sociales redundaron en reestructuraciones institucionales que repercutieron en la reducción de derechos laborales, la fragmentación de los grupos organizados y el desplazamiento de los mecanismos de negociación colectiva y gremial. En la disputa por la recomposición de poderes, muchos de los actores tradicionales fueron relegados, y en cambio aparecieron en el escenario equipos técnicos especializados en planeación, y élites económicas interesadas en competir por el dominio de ciertos componentes de la seguridad social, como ha sido el caso de las pensiones. A pesar de que en la mayoría de los países se implementaron programas de reforma laboral, educativa, de la salud y la seguridad social, no puede hablarse de una reacción uniforme en la aplicación de las reformas. Estas variaciones están relacionadas con el contexto histórico y con las condiciones políticas que prevalecieron en cada caso.

2.2. Los ajustes estructurales de los sistemas de salud latinoamericanos

Las reformas de los sistemas de salud en América Latina fueron parte de los ajustes estructurales de segunda generación. Este proceso, además de modificar la estructura y funcionamiento de las instituciones también cambió las ideas de desarrollo y de bienestar social vigentes hasta finales de los años setenta. Más que meras decisiones tecnocráticas para reestructurar las instancias y funciones del sector salud, las reformas fueron parte de un proceso político en el que se jugaron intereses de diverso tipo y se alteraron distintos componentes tanto en los niveles conceptuales como relacionales. Según Celia Almeida:

Las reformas del sector salud pueden definirse como momentos históricos en los que se alteran tanto las concepciones (y las creencias) sobre salud y enfermedad, como las perspectivas bajo las cuales se organizan los servicios destinados a atender la población, así como los roles del Estado (con sus instituciones) y de las organizaciones privadas que actúan en este sector (Almeida, 2005: 14).

Sobre las reformas del sector la salud en la región existen distintos estudios, enfoques y análisis. Algunos se han concentrado en los componentes económicos de las reformas (BID, 1989, 1993, 1996; Edwards, 1995), mientras que otros (Graham, Grindle, Lora y Seddon 1999; Sojo 2000; Garland, 2000; González-Rossetti, 2001 y 2002) han optado por explicar el alcance e impacto de los cambios institucionales. También se han realizado comparaciones entre países de América Latina (Mesa-Lago 2004; Sojo, 2003; González-Rossetti y Bossert, 2000; Homedes y Ugalde, 2005; Nelson, 2004), formulado modelos (Frenk y Londoño, 1997; Birdsall y de La Torre, 2001) y realizado evaluaciones y balances para determinar los efectos de los cambios en la salud (OMS, 2002; Medici, 2000; Mesa-Lago, 2005; Tono, 2002; Arriagada, 2005). Además se han hecho estudios de casos nacionales (Tetelboin, 1984, 1999, 2007; López y Blanco, 1993; Jaramillo, 1999; Alonso, 2000; Madies y otros, 2000; Laurell, 2001; Vásquez, 2002; Tavares, 2007; y Solimano y Vergara, 2007), y análisis más generales (Almeida, 2002, 2005 y Brachet-Márquez, 2007a). Estos últimos han tratado de ubicar tendencias, y han discutido no tan sólo los

aspectos institucionales o técnicos de los cambios sino principalmente los contextos económicos, sociales y políticos que dieron origen a las reformas. Aunque la tendencia investigativa que busca dar cuenta de estos procesos ha logrado avances importantes, todavía sigue siendo uno de los campos menos desarrollados.

Las transformaciones en los sistemas de salud latinoamericanos se iniciaron desde los primeros años de los ochenta con las privatizaciones chilenas. 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 neoliberales entonces abogadas por los economistas neo-liberales conocidos como los “Chicago Boys¹⁷”. 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 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 con más altos riesgos (como las mujeres en edad fértil, los ancianos y los enfermos crónicos) continuaron sujetos a la atención pública (Tetelboin, 1990; Solimano y Vergara, 2007; Sojo, 2003). Además de la creación de las empresas privadas, las reformas chilenas también incluyeron “la descentralización de la atención primaria y hospitalaria mediante su transferencia a

¹⁷ Bajo este nombre se conoció a un grupo de economistas (entre ellos Milton Friedman) formados en la Universidad de Chicago que introdujeron las medidas de corte neo-liberal en América Latina, y fueron contratados como consultores por el gobierno de Pinochet y varias agencias internacionales.

las municipalidades” (Hugalde y Homedes, 2005: 211). Las acciones implementadas por los gobiernos posteriores a Pinochet han inyectado cuantiosos recursos al sector público y buscado mejorar su gestión, pero sin modificar los componentes centrales de la competencia de mercado.

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 noventa, cuando se dio la mayor oleada de transformaciones (Cuadro 1). Fue cuando los diagnósticos de los organismos internacionales empezaron a designar a los sistemas públicos de salud 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 los noventa presentaban serios problemas de financiamiento, de cobertura y de calidad, la decisión de iniciar los ajustes estuvo menos motivada por la voluntad de mejorar tanto equidad como calidad – 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 de sus sectores sociales, insistiendo en que ésta era una de las vías hacia recuperar el crecimiento económico. Aceptar llevar a cabo 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:

Para finales de la década de 1990 el BM se había convertido en la agencia internacional que más fondos prestaba a los países en desarrollo. En 1999, según los precios de 1996, este organismo había concedido préstamos por un valor total de US \$16,800 millones” (Hugalde y Homedes, 2005: 210).

Los ejes articuladores de las políticas promovidas por el BM fueron sintetizados en el informe titulado *Invertir en Salud* publicado en 1993. En este 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 implementación de estrategias de ‘autofinanciación’ (que significaba el cobro de cuotas para los servicios a los usuarios de acuerdo a 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).

Países como Chile y Colombia constituyen un ejemplo de cómo los equipos de diseño de las reformas a la salud y la seguridad social estuvieron integrados principalmente por los equipos 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 la factibilidad política al momento de la legislación e implementación de las nuevas políticas.

Una de las críticas más reiteradas por los reformadores cuando se iniciaron los ajustes fue 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, generalmente era el más pequeño, que 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 reformas¹⁸. 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 cambios¹⁹. 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 pública, la reducción del gasto público fue la parte medular de de las reformas emprendidas. En

¹⁸ 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 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.

¹⁹Según 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, 2005: 18)

este punto particular, ha sido evidente que en cada país, más allá de los criterios de racionalización del gasto, 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:

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

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 servicios²⁰. 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 implementaron estrategias para focalizar la población de bajos ingresos (por ejemplo, el caso del 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, continúan los 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 grupos poderosos.

²⁰ Según el nuevo modelo de salud, el Estado debía ejercer más como agente regulador de las acciones, que como prestador de servicios y principal gestor del financiamiento público. La implementación de estas políticas exigió la readequación (o desaparición) de las instituciones estatales.

Cuadro 1**AÑOS DE LAS REFORMAS Y MODELOS DE SALUD INSTAURADOS**

País	Años de Reforma	Modelo
Argentina	1993-1996, 2000-2002	Mixto: público, seguro social y privado (en expansión)
Brasil	1990	Dual: público-seguro social (3 niveles) y privado (mayormente complementario)
Colombia	1993	Mixto: subsidiado, contributivo y “vinculado” (público transitorio)
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).

3. Perspectivas predominantes en los análisis contemporáneos sobre las reformas del sector salud

Muchas de las interpretaciones contemporáneas sobre los cambios en el sector de la salud se han apoyado en las contribuciones y orientaciones teóricas de las teorías de la elección racional y del neoinstitucionalismo. Desde la perspectiva adoptada en este trabajo, ambas propuestas se consideran insuficientes para hacer una interpretación relacional y dinámica de los cambios. Después de una breve descripción de estas perspectivas, se exponen los componentes más importantes del enfoque escogido como referente para este análisis, el cual pone las relaciones entre los actores en el centro de los procesos de políticas públicas.

3.1. La elección racional

La teoría de la elección racional supone que las personas toman decisiones sobre la base de los posibles costos y beneficios individuales, dando por sentado que dichas decisiones están mediadas por una racionalidad sin restricciones y sin costos de

transacción (Fleury, 2000). Este modelo teórico parte de un individuo que anticipa las consecuencias de sus acciones sin ser influenciado por factores que no necesariamente se orientan hacia maximizar los beneficios personales, como las valoraciones subjetivas (como el racismo, consumismo) adquiridas con la socialización, o las tradiciones culturales y las costumbres. Estos postulados, de entrada, no son aplicables a la mayoría de los países de América Latina, donde los agentes sociales rara vez pueden ejercer libremente sus preferencias, dada la debilidad de los regímenes democráticos, los altos niveles de corrupción y las condiciones de desigualdad imperantes.

En el caso particular de las reformas de salud, la adopción del enfoque racional se ha reflejado en la implementación de estrategias como la “libre elección”, y en la conformación de grupos técnicos que debían promover la modernización institucional mediante la racionalización del gasto, la reestructuración de los sistemas de prestación de servicios y la promoción de la libre competencia. La combinación de estos factores suponía el logro de mayor equidad y calidad en los servicios (Banco Mundial, 1993; BID, 1996; Grindle y Thomas, 1991; Oyarzo, 2000). Para los difusores de esta perspectiva, las confrontaciones con actores sociales que pueden poner en duda la bondad de las reformas deben ser controladas porque pueden posponer la implementación de los mecanismos financieros y regulatorios, y desviar la consistencia técnica del modelo original:

La experiencia de varios países latinoamericanos indica que el nudo crítico de la economía política de estos procesos no radica en la presión que ejercen estos intereses a favor del inmovilismo, es decir en pro de abortar el proceso de cambio. Por el contrario, el principal problema es que el accionar de estos agentes produce desvíos al modelo original, lo que implica sacrificar buena parte de los desafíos de eficiencia y equidad perseguidos por las reformas del mercado (Giordano y Colina, 2000: 46).

Se tiene la idea de que las alteraciones técnicas pueden ser evitadas prestando atención a aspectos del componente político por medio de diseños estratégicos que privilegien el análisis de los conflictos que pueden presentarse entre los actores

sociales, de tal forma que se puedan anticipar los posibles desvíos de los objetivos originales. Esta postura ignora la complejidad de las dinámicas sociopolíticas y trata de evadir el carácter contingente de los resultados que fluyen de las interacciones sociales que inevitablemente se presentan como resultado de las reformas. Al asumir que los actores son necesariamente los agentes racionales que postula la teoría económica, estos estudios desconocen que dichos actores no siempre tienen claras sus expectativas ni comprenden a un grado suficiente las opciones ofrecidas para mejorar su bienestar. Además, no están en igualdad de condiciones para realizar sus preferencias, especialmente en los contextos latinoamericanos de grandes desigualdades socio-económicas.

3.2. La perspectiva neoinstitucional

El neoinstitucionalismo ha sido una de las perspectivas predominantes en los análisis de las reformas a las políticas de salud latinoamericanas (González Rosseti y Bossert, 2000; Graham, Grindle, Lora y Seddon, 1999; Nelson, 2004). En este enfoque el Estado y sus capacidades internas (capacidad institucional) vuelven a estar en el centro del debate. Aunque este enfoque no se contrapone totalmente al enfoque racional y mantiene el supuesto de la necesidad de reformar el sector social bajo parámetros de rentabilidad y eficiencia, sus análisis reconocen que el comportamiento de los actores no es necesariamente producto de un diseño deliberado. Las preguntas generalmente están relacionadas con la factibilidad política de la reforma, asumiéndose que una implementación exitosa de los cambios debe tener en cuenta el marco institucional para la acción y el papel de los tomadores de decisiones, representados por el aparato ejecutivo y legislativo, quienes a su vez establecen alianzas con otras élites de poder. Los grupos sociales tienen un lugar en estos análisis en la medida en que sus acciones pueden afectar la capacidad institucional para impulsar exitosamente las propuestas de reforma:

El éxito de las reformas institucionales depende en muchos casos de que los ciudadanos acepten el proceso de cambio que puede afectar sus empleos o sus responsabilidades comunitarias, y estén dispuestos a participar de los cambios (Graham, Grindle, Lora y Seddon, 1999).

Dentro de los abordajes neoinstitucionales las decisiones de las élites políticas responden a dinámicas complejas condicionadas por percepciones, atributos personales, valores, ideologías, y contextos, que afectan las opciones de política. Como ejemplo de esta situación puede mencionarse la incidencia de la especialización profesional de los tomadores de decisiones (principalmente economía y planeación) en la percepción de los problemas y de las soluciones que deben ser aplicadas. Los líderes políticos y los tecnócratas de alto nivel buscan estrategias para incrementar las posibilidades de lograr las transformaciones. Éstas pueden traducirse en instrumentos como los llamados “grupos de cambio”, conformados especialmente por especialistas en economía y planificación quienes han tenido un importante papel en la promoción de las reformas económicas y sociales latinoamericanas. El poder de maniobra de estos grupos proviene del apoyo sistemático de funcionarios de alto nivel vinculados al gobierno. Según González y Mogollón:

Los equipos técnicos buscarán, principalmente, limitar la influencia de aquellos actores que se oponen a la propuesta. Tratarán de mantener el proceso en ámbitos institucionales en los que puedan controlar la participación de grupos ajenos a la reforma, o de aquellos que se opongan a la misma; de ahí que con excepción de las etapas en que la propuesta deba pasar forzosamente por mecanismos institucionales de representación como el Congreso, los reformadores buscarán mantener el proceso dentro del ámbito institucional más cerrado del ejecutivo y su burocracia de alto nivel (González y Mogollón, 2002: 43).

Esta corriente trasciende la preocupación puramente económica detrás de las reformas, orientando la mirada hacia las reglas del juego político, el papel de las élites políticas y sus estrategias para hacer efectivos los cambios. En estos estudios, el papel de los actores del aparato político es prioritario, mientras que los actores societales generalmente aparecen de manera tangencial. La preocupación por estos

últimos se limita a los obstáculos que pueden representar para la acción de las élites a cargo. Merilee Grindle (2003) hizo un análisis crítico de este tipo de interpretaciones, concluyendo que: “ni las opciones racionales ni las perspectivas institucionales valoran la importancia de la reforma como un proceso político dinámico, que con el tiempo dejará al descubierto una compleja cadena de decisiones en los temas relacionados con la interacción entre defensores y oponentes de la reforma” (Grindle, 2003: 81). En esta misma línea, otros autores, como McAdam, Tarrow y Tilly (2005), han insistido en que estos análisis, aunque toman en cuenta las interacciones entre individuos, grupos y partidos, ven limitadas sus interpretaciones, porque se concentran en los incentivos individuales y en los pactos entre las élites, dejando de lado la contienda política que precedió y acompañó cada uno de los episodios de una contienda.

Un abordaje político de las reformas a las políticas de salud, como el que este estudio propone, debe ir más allá de las preguntas relacionadas con los factores que afectan la capacidad del Estado para impulsar exitosamente los cambios. Las reformas no son un proceso producido exclusivamente desde arriba; también hay usuarios y grupos sociales que pueden y tienen derecho a influenciar el rumbo de las transformaciones. Impedir o tratar de minimizar la participación social es una estrategia que puede permitir pasar reformas “al vapor”, pero entonces las dificultades surgirán más adelante, en el proceso de implementación (Grindle, 1971). En cambio, aceptar que “las políticas públicas constituyen un proceso dinámico en donde los actores están constantemente procesando conflictos” (Brachet – Márquez, 2001:71), aporta una forma más realista de analizar el cambio.

3.3. El enfoque relacional: una ruta alternativa para el estudio de las políticas de salud

Los primeros desarrollos sistemáticos del enfoque conocido como sociología relacional fueron hechos por Mustafa Emirbayer en su *Manifesto 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 (Giddens, 1984; Bourdieu, 1990) en las cuales los fenómenos sociales son vistos como producto de las transacciones (acciones sociales) entre distintos individuos interdependientes, dejan 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.

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 las políticas 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.

El modelo relacional busca reconstruir el curso de las transformaciones; su apuesta es el análisis de mecanismos causales en pequeña escala dentro de escenarios históricos dinámicos acotados en el tiempo. En esta propuesta analítica no hay un paradigma único: su ruta teórica combina elementos de distintas tradiciones (estructural, racional, cultural y fenomenológica). Esta tendencia coincide con lo que se conoce como nuevas tendencias analíticas, caracterizadas, según Manuel A. Garretón por:

La postulación de diversas hipótesis interpretativas y de distintas vertientes teóricas. Más que la postulación de nuevas teorías o enfoques globalizantes del desarrollo y el cambio social, pareciéramos estar frente al desarrollo de concepciones o teorías tentativas de alcance medio, destinadas a la descripción, análisis e interpretación de procesos relativamente precisos y acotados, no para renunciar a la totalidad, sino precisamente para acercarse a ella.” (Garretón, 2001: 11)

La contienda política, entendida como lucha política colectiva, 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 extra-legales 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 el caso de las reformas de las políticas de 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 como las marchas, la divulgación de comunicados en periódicos, o las tomas de espacios públicos, y han buscado constituirse en una fuerza opositora de los modelos predominantes²¹. Para este enfoque, los actores no son entidades con límites precisos o atributos fijos, sino seres que son parte de una sociedad en la que interactúan con otros y sufren modificaciones en sus objetivos, sus límites y sus atributos a medida que interactúan.

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, pero 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. La diferenciación entre mecanismos, procesos y episodios de contienda, puede resumirse de la manera siguiente: los mecanismos son una clase delimitada de acontecimientos que altera las conexiones entre personas, grupos y redes interpersonales. Rara vez operan solos; habitualmente se conectan con otros mecanismos en procesos más amplios. Los procesos son cadenas causales, secuencias y combinaciones de mecanismos frecuentemente recurrentes. De esta manera, mecanismos y procesos forman un continuo. Los episodios de contienda pueden implicar varios procesos. La secuencia explicativa incluye la identificación de los episodios, la localización de los procesos y la búsqueda de los mecanismos causales clave dentro de esos procesos.

²¹ Un ejemplo de este tipo lo constituye el “movimiento nacional por la salud de Colombia”, este fue creado por grupos sociales organizados que buscan ser una fuerza opositora al modelo de salud neoliberal implementado desde 1993.

Este enfoque no pretende obtener generalizaciones empíricas, sino identificar cadenas causales conformadas por los mismos mecanismos que reaparecen en una amplia variedad de escenarios pero en secuencias y combinaciones distintas, por lo tanto con diferentes resultados colectivos.

En el caso bajo estudio, se pretende reconstruir los distintos procesos y episodios de contienda que constituyeron las reformas de la salud en Colombia. En este sentido, las inter-relaciones entre los actores estatales y societales son las unidades de observación. Los procesos combinan diferentes mecanismos durante las distintas fases de la reforma (conformación de la agenda, el diseño, la adopción legislativa y la implementación de los cambios). Los mecanismos, a su vez, están representados por las estrategias de acción usadas por los actores para incidir en las decisiones. Estos mecanismos pueden operar por las influencias externas que afectan la vida social, por las alteraciones de las percepciones individuales o colectivas, y por condiciones relacionales que alteran las conexiones cotidianas entre personas, redes de organizaciones y grupos. Esta propuesta pone el énfasis en los mecanismos relacionales entre el Estado y la sociedad. La introducción de una lectura dinámica de las políticas de salud equivale a dejar de concebirlas como una serie secuencial y unidireccional de decisiones, para analizarlas como un campo de lucha política susceptible de ser modificado por las acciones de distintos grupos en conflicto.

El estudio de estos componentes debe incluir el reconocimiento de los legados históricos en las relaciones, debido a que generalmente los repertorios de los actores son productos culturales. También debe incorporar la contingencia, en tanto que no es posible prever lo que harán los actores ni los resultados de las transformaciones. Esta postura implica pasar de las explicaciones de las condiciones generales en que tienen lugar las reformas a develar su dinámica. En otras palabras, significa concentrarse en la reconstrucción de los procesos de negociación, movilización, conflicto y resistencia, así como en los mecanismos de presión, reivindicación, comunicación, participación y confrontación. En esta perspectiva se consideran diversos tipos de actores: tanto aquellos que tradicionalmente han participado en contiendas políticas

(como los sindicatos y los partidos) como los grupos emergentes y sus formas alternativas de organización y movilización. El lugar de los actores no es estático, pudiendo variar según las coyunturas. Es probable, por ejemplo, que al momento de agendar y diseñar una política, la participación sea prioritariamente de asesores técnicos, líderes políticos y organismos internacionales. Sin embargo, durante la aprobación y la implementación, generalmente se activan las pugnas y surgen conflictos de interés entre diversos grupos afectados por las nuevas reglas del juego.

Otros autores han realizado interpretaciones de las reformas sociales a partir de enfoques similares al relacional. Por ejemplo, Merilee Grindle (2003), ve las reestructuraciones como procesos pero hace un abordaje más limitado de los aspectos teóricos. Para ella, un proceso implica la identificación de episodios específicos que incorporan varias fases a lo largo del tiempo (agenda, diseño, implementación) y que en la práctica están interrelacionadas. Así mismo, aunque otros estudios como el de Susan Street (1992), no hablan explícitamente de análisis relacional si se apoyan en estrategias similares. Específicamente, para dar cuenta de las transformaciones institucionales y de los procesos de la Secretaría de Educación Pública de México entre 1978 y 1982, la autora se basa en los proyectos y posturas de los actores (dominantes y subordinados) en distintas coyunturas. En la óptica de esta investigación, “la interacción de fuerzas y de actores en contextos institucionales específicos determina el proceso de formulación e implantación de políticas” (Street, 1992: 13).

Finalmente, el análisis relacional combina distintos niveles de las corrientes antes analizadas para sugerir una interpretación a partir de la comprensión de las relaciones entre actores, que a su vez están afectados por marcos institucionales y contextos culturales. Sus acciones pueden (o no) tener un carácter racional, y están vinculadas a coyunturas y contingencias del contexto.

Cuadro 2**ACTORES Y MECANISMOS EN LOS ENFOQUES TEÓRICOS Y METODOLÓGICOS**

Elección racional	Neoinstitucionalismo	Perspectiva Relacional
<u>Actores</u> : individuos con intereses particulares que actúan bajo criterios de racionalidad económica.	Élites políticas o tomadoras de decisión (poderes ejecutivo y legislativo) y equipos técnicos asesores de la reforma. Opositores son excluidos.	Estatales y societales interrelacionados.
<u>Mecanismos</u> : competencia o alianza con otros individuos para intercambiar recursos y oportunidades al menor costo, con el fin de maximizar sus beneficios	Transacciones de los grupos de interés dentro marcos institucionales	Estrategias de acción (contenidas y transgresivas) usadas por los actores para incidir en las decisiones.

CAPITULO II

EL ESTUDIO DE CASO: UNA ALTERNATIVA METOLÓGICA PARA EL ANÁLISIS RELACIONAL DE LAS REFORMAS SOCIALES

Nadie puede ver, oír, oler, gustar o sentir una relación social del mismo modo que puede identificar a otro ser humano. Las relaciones sociales son, de hecho, meras abstracciones a partir de múltiples interacciones entre seres humanos individuales. Abstraemos a partir de conjuntos de comportamientos individuales que implican a dos o más personas simultáneamente (Tilly, 1991: 44)

Introducción

Este capítulo presenta las bases del método que orienta las operaciones que median entre la teoría y la información empírica para la reconstrucción del proceso de reformas de la salud en Colombia. La elección del estudio de caso se basa en el interés por captar la dinámica de las reformas en el tiempo por medio del análisis de las acciones y reacciones de los diversos actores que trataron de moldear la ruta de las políticas de salud. En vez de demostrar una asociación entre variables con valores fijos sobre un gran número de casos, se busca reconstruir una sola concatenación de acontecimientos ocurridos en un contexto y tiempo específicos. Desde esta perspectiva, las reformas se convierten en un lente para identificar una red de vínculos entre el Estado y la sociedad en distintos momentos históricos.

El presente estudio del caso colombiano se basa en el análisis de múltiples fuentes primarias y secundarias, usadas para reconstruir la secuencia de los eventos que marcaron la contienda entre los distintos actores involucrados en el proceso de reformas. En la primera parte del capítulo se discuten los criterios epistemológicos y metodológicos del estudio de caso con el fin de precisar las particularidades y alcances de este tipo de investigaciones. A continuación se hacen algunas consideraciones que rescatan la pertinencia de esta propuesta en las investigaciones que indagan los procesos que subyacen a las políticas públicas, y se concluye con las

diferencias entre el método clásico de evaluación y el método de caso. Finalmente, en la última parte, se detalla la ruta para la reconstrucción de los períodos y eventos estudiados en el caso colombiano, y se presentan los supuestos, las operacionalizaciones conceptuales y las fuentes de información.

1. El método de los estudios de caso en la investigación social

Si bien los estudios de caso han estado presentes de una u otra forma en análisis sociológicos como los de Max Weber sobre *La ética protestante y el espíritu del capitalismo* (1930), fue la Escuela de Chicago con sus investigaciones sobre sociología urbana la que dio el mayor impulso a este tipo de propuestas, con investigaciones como *The Ghetto* (1928), *The Gold Coast and the Slum* (1929) y *Taxi Dance Hall* (1932)²². Más adelante, sin embargo, esta tendencia no quedó en el centro de las estrategias de investigación sociológica. Empezó a ser cuestionada a partir de los años treinta debido a su supuesta “falta de rigor científico”, reflejado en lo que se calificó como un tipo de aproximación a la realidad fundamentalmente descriptiva y subjetiva. Con la confluencia de las posturas positivistas y el auge del funcionalismo, se puso en duda la validez de las investigaciones que no se basaban en los criterios del método lógico – deductivo, aspecto que dio lugar a la generalización de los análisis estadísticos en la sociología.

Para finales de la década de 1960, una nueva generación de la Escuela de Chicago, empezó a recuperar la perspectiva interpretativa y a rescatar el estudio de la interacción a partir del actor; esta escuela denominada del *interaccionismo simbólico*, tuvo como representantes más destacados a Herbert Blumer y Ervin Goffman. Esta corriente retomó los estudios de caso como parte de las estrategias que se basaban en metodologías cualitativas, al grado que en algunos momentos, se le llegó a equiparar

²² En el trabajo de Miranda (2003), se puede consultar una reseña detallada sobre cada una de estas investigaciones y sus autores.

con la etnografía. Aunque esta visión dio un nuevo lugar a los estudios de caso en la investigación social, continuó prevaleciendo la concepción que los asociaba con una herramienta útil para la descripción, cuyos resultados podían orientar la formulación de hipótesis, pero que no tendrían capacidad explicativa.

Fue hasta finales de los años ochenta, cuando estudios como los de Yin (1986), Ragin (1992), Abbott (1992) y Stake (1994 y 1995) aportaron nuevos elementos que precisaron las particularidades y los alcances de los estudios de caso. Es a partir de ese momento que éstos dejaron de asociarse únicamente con evidencias cualitativas, o con herramientas descriptivas, para integrarse a la teorización sobre los métodos de investigación sociológica. En su libro *What is a Case*, Ragin y Becker (1992) recogieron una serie de discusiones sobre el concepto de caso, y esbozaron a partir de ellas, unos parámetros epistemológicos sobre el tema. Según estos autores, las dicotomías sobre el término “caso” generalmente se ven reflejadas en preguntas como: ¿el caso es una unidad empírica o un constructo teórico?; ¿la designación de las categorías en este tipo de investigaciones es específica o general? A partir de estas premisas proponen una clasificación en cuatro categorías: la primera categoría incluye casos reales y empíricamente delimitados, que deben ser especificados con criterios teóricos no convencionales (por ejemplo: transición a la democracia). La segunda contempla los casos como objetos y asume que éstos también son reales y empíricamente delimitados, pero el investigador no necesita verificar su existencia o establecer fronteras empíricas propias en el proceso, porque los casos son generales y convencionales (por ejemplo: Estado, familia, organizaciones). En la tercera categoría, los casos son constructos teóricos específicos con los que la evidencia empírica se va formando en el transcurso de la investigación (el concepto de instituciones totales de Goffman es la base para su trabajo empírico sobre los *Internados*). En la última categoría los casos son concebidos como convenciones teóricas derivadas de la investigación social (sociedades industriales, movimientos sociales) (Ragin, 1992: 8-11). Aunque tradicionalmente las investigaciones combinan

aspectos teóricos y empíricos y categorías específicas y generales, esta clasificación constituye un marco analítico para delimitar la forma de entender los casos.

Desde una perspectiva más instrumental, Stake (1995) propone tres modalidades de estudio de caso: los estudios de casos intrínsecos, los instrumentales y los colectivos. Los primeros se caracterizan por ilustrar un problema particular; su objetivo no es la comprensión de fenómenos generales ni la elaboración de teorías, sino la explicación de lo singular o excepcional de una experiencia, como por ejemplo los casos clínicos. Los casos instrumentales se caracterizan por el interés en una experiencia particular que permite responder a una problemática o pregunta que trasciende la experiencia analizada, como cuando se elige un régimen político de un país como caso de estudio con el objetivo de contrastar una teoría sobre el Estado. Finalmente, los casos colectivos buscan objetivos similares a los instrumentales, pero a partir del estudio de un conjunto de casos, por ejemplo la comparación de los procesos de reforma en varios países. En resumen, el método trasciende la vieja dicotomía cualitativo – cuantitativo. Más que el tipo de información utilizada, lo que da la especificidad al estudio de caso es su interés por lo particular, por explicar la totalidad de un proceso. Veremos que en este trabajo, el estudio de caso pretende observar una dinámica (en vez de suponerla o ni siquiera indagar por ella como en los abordajes que incluyen muchas variables fijas).

El estudio de caso concebido como un método de investigación social²³ se caracteriza por indagar de forma exhaustiva un fenómeno a partir de la cadena de eventos ocurridos dentro de unos tiempos y lugares específicos. En estas investigaciones se asume que el contexto tiene incidencia en la forma como se dan los aspectos estudiados. Hay un interés por explicar los procesos más que los productos, es decir el énfasis está en el análisis del cambio. En palabras de Andrew Abbott, se busca dar cuenta de acciones, eventos y agencia, y por consiguiente de cambio

²³ Este criterio excluye los casos usados como método de enseñanza para ilustrar una situación o problema (equivalentes a los casos intrínsecos propuestos por Stake y usados cotidianamente en disciplinas como el derecho o la administración), o como herramientas de las prácticas profesionales (de la medicina, la psicología, el trabajo social).

(Abbott, 1992: 75). El estudio de caso comprende un proceso completo que se debe modelar desde el principio hasta el final. La observación no se centra en las relaciones de covarianza, sino en la forma como avanza el proceso en el tiempo. Sobre los alcances del estudio de caso se han desarrollado distintas propuestas para garantizar que los diseños de investigación puedan mantener criterios de rigor. La teoría debe ser el punto de partida para la selección de los casos y para la definición de las unidades de análisis. Según Stake (1994), después de definir las unidades de análisis, la selección del caso o casos a estudiar se fundamentará en un muestreo teórico (no estadístico), buscando que el caso pueda ser útil para la generalización analítica. Para ello, es necesario tener el mayor número de consecuencias observables derivadas de la teoría. En este sentido, un solo caso puede tener múltiples observaciones:

Si tenemos muchas observaciones podremos reducir la magnitud e influencia del error de medida mediante la agregación, pero en una única observación siempre existirá la posibilidad de que este tipo de error sea determinante y que nos lleve a una conclusión falsa (King, Kehone y Verba, 2000: 224).

Aunque existe más de una versión sobre los criterios de confiabilidad y validez que deben tener las investigaciones de corte más cualitativo²⁴, las propuestas de Robert Yin son tomadas como referentes. Este autor adapta los parámetros de validez interna, validez externa y confiabilidad a las necesidades del estudio de caso:

- Validez interna se refiere a la forma como se construye la explicación. En este sentido, se debe demostrar que los indicadores seleccionados dan cuenta de los eventos o cambios que se quieren mostrar. Se sugieren técnicas como el uso de fuentes múltiples de evidencia (triangulación) y el establecimiento de cadenas de evidencia. Para King, Kehona y Verba (2001) la validez interna en la investigación social esta dada por la coherencia relacional entre teoría, conceptos e indicadores.

²⁴ A este respecto pueden consultarse autores como Maxwell (1996), quien sugiere criterios acordes a las necesidades interpretativas como la validez descriptiva, interpretativa, teórica y la transferibilidad.

- Validez externa hace parte de los criterios más discutidos, en tanto se refiere a la generalización de los resultados. En este punto es importante recordar que en el estudio de caso interesa la generalización analítica²⁵, más que la generalización empírica, a fin de alcanzar una explicación global.
- La confiabilidad demuestra en qué medida los procedimientos metodológicos del estudio pueden ser repetidos por otros investigadores para fines de comparabilidad. (Yin, 2003: 33-39)

Finalmente, la narrativa tiene un peso importante en los estudios de caso debido a que es sobre ella que se concentra la capacidad de explicar el fenómeno estudiado. Una buena narrativa interrelaciona los detalles de los eventos y su concatenación, las acciones y patrones de interacción de los actores que participan en los eventos y que conforman el caso, así como la incidencia del contexto. La narrativa es la historia que se cuenta detallando los procesos y el contexto con una preocupación por la secuencia y la temporalidad. Puede decirse que una aproximación es narrativa en cuanto centra su atención en las historias, los acontecimientos y el contexto (Levi, 2006). El producto del esfuerzo narrativo es un relato que organiza en una secuencia coherente los acontecimientos que forman parte de un proceso. Según Aboott, la narrativa es el recurso que permite explicar cómo se desarrollan los mecanismos causales:

Una lectura cuidadosa demuestra que el lenguaje de las variables que causan cosas no es más que un atajo; los analistas de procesos estocásticos se apoyan en historias de mecanismos plausibles cuando tienen que defender o sustantivar una afirmación particular de relaciones variables. La narrativa es el recurso fundamental (Abbott, 1990: 143).

²⁵ La distinción entre inferencia estadística y generalización analítica consiste en que en la primera, la inferencia se hace a partir de una muestra probabilística, con información estadística; mientras que en la segunda, la inferencia se realiza a partir de la relación del caso estudiado con una serie de proposiciones teóricas que pueden ser transferidas a otros casos. Se generaliza a partir de casos seleccionados según una intencionalidad definida teóricamente (Gundermann, 2004: 270). Por otro lado, King, Kehona y Verba (2000), nos recuerdan que no es probable que las teorías sociales tengan una aplicación universal, por lo tanto es necesario tener en cuenta las características del contexto que puedan impedir generalizar resultados.

Una buena interpretación debe trascender la descripción de hechos para sugerir elementos teóricos más allá de las observaciones específicas acumuladas en el caso. Además, debe explicar la forma como se desarrollan los mecanismos que llevan a que los eventos (decisiones, acciones) tengan lugar y se produzcan los cambios.

1.1 Los estudios de caso en el análisis de los cambios de las políticas sociales

El estudio de caso constituye un método adecuado cuando se quiere profundizar en el conocimiento sobre los cambios acontecidos como resultado de una política pública. Esta perspectiva contribuye a identificar la forma como se toman las decisiones en los distintos momentos del ciclo de las políticas (agenda, formulación, implementación, evaluación), mediante la caracterización de las acciones que acontecen entre los actores involucrados en las reformas. El estudio de caso identifica además, aspectos más globales como las continuidades y rupturas de un régimen político. Esta estrategia, por tanto, conlleva una epistemología diferente de la más usual en las ciencias sociales en la medida en que trata de simular un proceso dinámico en el que el valor de las variables puede cambiar en el tiempo, lo que anula la noción de covariación entre casos. La realidad estudiada es la interacción; esto significa que no hay unos determinantes fijos (variables independientes) que guíen el proceso hacia un final hipotéticamente previsible. Este énfasis se centra en la dinámica política de las políticas. Algunos ejemplos de este tipo de investigaciones en América Latina pueden encontrarse en Stein (2006), Street (1992), Barzelay (2003), Barzelay, Gaetani, Cortazar y Cejudo (2002), Barzelay y Cortazar (2004), Brachet-Márquez (1984, 1994, 2002 y 2007a), Alonso (2007) y Tabares (2007).

Dentro de los estudios mencionados interesa resaltar las propuestas de Barzlay y Cortazar, quienes formularon un modelo teórico y metodológico para los estudios de caso que buscan analizar los procesos de reforma a la gestión pública en América

Latina²⁶. Su proyecto está enmarcado en el programa de gestión y transparencia de la política pública llevado a cabo por el Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES). El punto de partida es la comprensión de las experiencias y de los programas singulares de gerencia social que se llevaron a cabo, para posteriormente avanzar en el conocimiento general de procesos de gestión y programas sociales. Estos análisis parten de las prácticas administrativas como procesos, los cuales a la vez son entendidos como una configuración de eventos en estrecha interacción con el contexto en el cual tienen lugar. En este marco, los eventos son definidos como un conjunto de acciones encadenadas coherentemente al interior de una experiencia global (Barzelay, 2004: 21).

Aunque la propuesta de Barzelay y Cortazar integra diversos elementos que son retomados en el diseño del caso de las reformas a las políticas de salud en Colombia, hay una diferencia fundamental entre su planteamiento sobre eventos y la forma como estos son entendidos en la presente investigación. Para el análisis particular, los eventos no son únicamente un conjunto de acciones, sino un elemento que cambia las reglas de juego entre los actores. Esta última postura está más en concordancia con la propuesta de William Sewell sobre los ‘eventos’ como transformadores de estructuras sociales. Para este autor un evento es: 1) una secuencia ramificada de acontecimientos que 2) los actores contemporáneos reconocen como significativa y 3) produce una transformación duradera de las estructuras sociales. (Sewell, 1996: 844). Los eventos pueden tener sub-eventos que a su vez son influidos por múltiples mecanismos.

A pesar de que algunos de los eventos del proceso de reformas a las políticas de salud colombianas, no necesariamente conlleven cambios macro en las estructuras en los términos definidos por Sewell. Sí implican discontinuidades, quiebres, alteraciones o reorientaciones de las relaciones entre actores y entre el Estado y la sociedad. En este sentido, la lectura de los eventos, entendidos como puntos de

²⁶ Este trabajo documenta ejemplos de estudios de caso realizados a partir de su propuesta metodológica en países como: México, Brasil y Perú.

quiebre, posibilita un análisis dinámico de las transformaciones acontecidas en una sociedad. Para Abbott (1984), un evento puede ser instantáneo o abarcar largos períodos; por lo tanto, los agentes pueden ser X o Y en un momento y Z en otro. Igualmente, para Sewell, los eventos son usualmente caracterizaciones de sucesos acontecidos sobre un período (por ejemplo la revolución francesa) que conjuntamente operan cambios institucionales. En otras palabras, los eventos ocurren de manera discontinua y por lo tanto los actores pueden ocupar lugares diferentes en distintas etapas.

Esta perspectiva implica una transición de los métodos clásicos centrados en el diseño de las políticas, su impacto y su evaluación hacia una perspectiva que da cuenta de los procesos, las correlaciones de fuerza, los eventos y el contexto. El cuadro que se presenta a continuación sintetiza algunos aspectos de este cambio:

CUADRO 3: MÉTODO CLÁSICO VS MÉTODO DE CASO EN EL ANÁLISIS DE POLÍTICAS:

Método clásico de evaluación de políticas	Método de caso
Análisis centrados en el discurso gubernamental y las decisiones legislativas	Análisis del discurso de los distintos actores que pretenden influir en las políticas
Análisis de las acciones a partir de la identificación de los intereses formulados por actores racionales	Interpretación de las interacciones entre actores a partir de la identificación de sus objetivos, proyectos, estrategias, valores y creencias.
Énfasis en la evaluación del impacto de las políticas (modelo basado en productos)	Énfasis en el análisis de procesos (cómo y porqué se dan los cambios)
Aproximación centrada en la asociación de variables en función de la relación causa – efecto	Concatenación de eventos desarrollados en un tiempo y contexto determinado que provocan cambios (en las relaciones de fuerza, la distribución del ingreso, etc.)

En síntesis, en esta investigación tanto el enfoque teórico adoptado (perspectiva relacional) como el método de estudio de caso, se complementan (el qué y el cómo) para explicar los cambios desde el lente de las interacciones entre los actores y las trayectorias de las políticas de salud.

2. Diseño metodológico para el estudio del caso colombiano

El estudio de las reformas a las políticas de salud en Colombia puede clasificarse como un caso real y empíricamente delimitado en los términos definidos por Ragin, 1992; el caso son las reformas a la salud en un contexto y unos tiempos establecidos, que se modelan a partir de los eventos de la contienda política que subyace los procesos de reformas. El análisis también tiene un interés instrumental en los términos definidos por Stake (1995) en la medida en que se estudia una experiencia particular para potenciar una explicación global sobre la forma como se toman las decisiones en el campo de las políticas públicas en Colombia. Esta aproximación puede verse como una forma dinámica de acercarse a las relaciones Estado – sociedad y a sus transformaciones en el tiempo. Con esta entrada investigativa a las políticas de salud se quiere reconstruir la complejidad de la interacción entre acciones en el tiempo y en un contexto cambiante. El estudio del caso colombiano, busca poner a prueba el supuesto sobre la incidencia de la contienda política en el rumbo que toma una política pública.

El análisis se propone mostrar la forma en que se tomaron las decisiones clave que afectaron los servicios de salud en cuatro períodos históricos diferentes. El primero está comprendido entre los años 1975 y 1989, y contempla el punto de partida de las políticas de salud colombianas; se enfatiza el proceso que llevó a la creación y puesta en marcha del sistema de salud centralizado. El segundo período abarca los años 1990 a 1994 durante los cuales se agendaron y formularon las reformas estructurales; el tercer período comprende los años 1995 a 2004, el cual

corresponde al momento de la implementación del modelo mixto Estado - mercado en la administración y prestación de los servicios de salud. Y el cuarto va del 2004 al 2006 y se concentra en las discusiones para modificar la Ley aprobada en 1993. En estos períodos que se analizan sobresalen una serie de sucesos políticos que influyen en las decisiones de la salud, con el fin de identificar los más importantes se incluye una cronología breve de la historia de Colombia (Véase anexo 3).

En términos metodológicos, el proceso colombiano representa el “universo analizado, y los cuatro momentos se entienden como “los casos” que constituyen este universo. Se van a observar las dinámicas de contienda entre actores en estos tres períodos o casos. El cuadro que aparece a continuación ilustra esta estructura:

CUADRO 4: ESTRUCTURA PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE PERÍODOS Y EVENTOS DEL PROCESO DE REFORMAS

Caso: Proceso de reforma a las políticas de salud en Colombia (1975-2006)			
Pdo. I : Antecedentes	Pdo. II: Agenda, diseño y aprobación de la reforma	Pdo. III: Implementación	Pdo. IV: Ajustes a la reforma
Sub-periodo1 {Eventos: E1, E2, E3.....}	Sub-periodo1 {Eventos E1, E2, E3.....}	Sub-periodo1 {Eventos: E1, E2, E3.....}	Sub-periodo1 {Eventos: E1, E2, E3.....}
Sub-periodo2 {Eventos: E1, E2, E3.....}	Sub-periodo2 {Eventos E1, E2, E3.....}	Sub-periodo 2 {Eventos: E1, E2, E3.....}	Sub-periodo2 {Eventos: E1, E2, E3.....}

2.1. Los postulados y supuestos de la investigación

En esta investigación no se parte de unas hipótesis que pretendan comprobar causalidad en el sentido clásico de “si X entonces Y”, pero sí es orientada por postulados y supuestos generales. El postulado central es que la contienda política entre los distintos actores involucrados en las reformas de un sector social determina

los contenidos y las trayectorias de las políticas que se formulan e implementan. Por consiguiente, el análisis no puede pretender predecir el resultado final de la contienda, además de las estrategias y medios de poder de los que disponen los contendientes. El proceso está también afectado por cambios en los participantes y por las contingencias del contexto. En el caso colombiano, las reformas implementadas desde los años noventa en las políticas de salud representaron un cambio significativo en la correlación de fuerzas entre los actores, lo que dio lugar a la configuración de nuevos procesos organizativos y a la transformación de las estrategias de quienes buscaban influenciar los resultados de los cambios.

De este postulado central se deriva un supuesto particular, según el cual el Estado lejos de comportarse como un árbitro “neutral” y conciliador en las confrontaciones entre los actores, jugó un papel crucial y actuó como un contrincante más de la contienda. Específicamente, se cree que la alianza del Estado colombiano con grupos de interés privados, ha influido para que se mantenga la hegemonía de estos últimos por encima de los intereses colectivos.

2.2. Los conceptos claves y su operacionalización conceptual

El análisis de la contienda debe incluir los diferentes actores que efectivamente participaron en el proceso de reformas: las instancias gubernamentales, los partidos políticos, las asociaciones de profesionales, los sindicatos, los grupos privados y los movimientos y organizaciones sociales. La ruta metodológica que aquí se propone reconstruye los cambios en una política pública específica, misma que constituye el universo de análisis: *las reformas de la salud*. Los hechos observables en el proceso de contienda se clasificaron en tres grandes categorías teóricas: movilizaciones, actores y repertorios. A partir de las categorías teóricas generales se definieron una serie de subcategorías, variables e indicadores (detalles en el anexo uno) que orientaron la clasificación de la información en los tres períodos estudiados. Según

los autores del modelo relacional (McAdam, Tarrow y Tilly (2005), la movilización debe mostrar bajo qué estímulos y circunstancias las personas que, en un momento dado, no plantean reivindicaciones comienzan a hacerlo, y al contrario, bajo cuáles condiciones y circunstancias actores movilizados se desmovilizan. Así mismo, debe ser posible reconstruir los repertorios (tipos de acciones emprendidas en el transcurso de la contienda).

Con respecto a los actores, se deben identificar los implicados en la contienda, las formas de interacción que establecen las que consecuencias para la política estudiada y las definiciones de salud que defienden. Para el caso estudiado, se incluyeron aquellos que participaron desde distintos sectores: estatal, académico, partidos políticos, empresarios, asociaciones profesionales, sindicatos, organismos internacionales, movimientos y organizaciones sociales. En el sector estatal se agrupó la información proveniente de las instancias que influyen directa o indirectamente en las políticas de salud, como los Ministerios de Salud y Trabajo (ambos articulados actualmente en el llamado Ministerio de Protección Social); de Hacienda, el Departamento Nacional de Planeación (DNP) y la Presidencia de la República.

En principio, los partidos políticos deben ser mediadores entre la sociedad y el Estado; con el fin de conocer el papel de estos actores se incluyeron las apreciaciones de representantes de distintas corrientes (partido liberal, conservador, partidos y coaliciones de izquierda). En la categoría sindical se contempló básicamente la información proveniente del sindicato del Instituto de Seguros Sociales (Sintra ISS y de la unión gremial conformada en el 2003 para defender al ISS y conocida como Sintra Seguridad Social²⁷). En el sector gremial se agruparon las distintas asociaciones de médicos y profesionales de la salud de la salud (la Asociación Médica (ASMEDAS), la Federación Médica, Academia Nacional de Medicina, la Asociación de Enfermeras de Colombia (ANEC) y la Asociación Nacional de

²⁷ El Sindicato de Trabajadores de la Seguridad Social es una estructura sindical que acoge cerca de 11 organizaciones sindicales profesionales y de base.

Trabajadores Hospitalarios de Colombia ANTHOC). Mientras que en el sector privado se clasificaron fundamentalmente los gremios industriales y bancarios, las empresas aseguradoras y las prestadoras de servicios de salud privada.

Las organizaciones sociales incluyen los distintos grupos de usuarios (asociaciones de usuarios), el movimiento por el derecho a la salud y las organizaciones indígenas participantes en este proceso. Finalmente, también se incluyeron las apreciaciones por parte de agentes académicos que han tenido una participación activa en los debates sobre las reformas, y de instancias internacionales (como el BID, el FMI y el Banco Mundial). Estos sectores (sindicatos, partidos, organismos internacionales, académicos, gremios, asociaciones profesionales, empresarios, organizaciones sociales) conforman los grupos de interés²⁸ que participaron en la contienda por las reformas.

2.3 Las fuentes para el análisis

La reconstrucción del caso colombiano se basa en fuentes provenientes de 1) investigaciones realizadas en diferentes épocas y con distintos propósitos sobre las políticas y reformas de la salud tanto en Colombia como en el resto de América Latina; 2) datos empíricos cualitativos derivados de entrevistas semi - estructuradas²⁹ y 3) análisis documental. Con estos datos se buscaba hacer seguimiento a las reivindicaciones, argumentos, apreciaciones, acciones y estrategias de los distintos actores involucrados; para luego contrastarlos entre sí y analizar las tensiones, contradicciones y tendencias del proceso. Con la triangulación de la información se

²⁸ Los grupos de interés se caracterizan porque buscan lograr objetivos particulares ejerciendo mecanismos de presión política en los gobiernos en turno. Aunque los partidos políticos se pusieron como parte de los mismos, en el análisis se tienen en cuenta las especificidades debido a que estos participan de forma directa en los procesos electorales, además de que por lo menos nominalmente sus acciones deben estar dirigidas a canalizar intereses colectivos.

²⁹ En este tipo de entrevistas aunque el investigador tiene preguntas preestablecidas sobre el tema, se da cierta libertad al informante para que delimite el contenido de la discusión. Para una visión más general sobre la entrevista en investigación cualitativa y sus tipos puede consultarse a Vela Peón (2004).

buscaba contrastar las distintas interpretaciones de los hechos por parte de los actores. El uso de las fuentes se hizo en función de los periodos analizados. Los antecedentes (1975-1989) se reconstruyeron fundamentalmente con fuentes secundarias sobre la historia de las políticas de salud. Para este período se tomaron una serie de datos ya existentes que son reinterpretados a la luz del propósito de esta investigación. En menor medida, las entrevistas y los documentos parlamentarios se usaron para complementar ó contrastar algunos aspectos descritos en los estudios consultados.

A partir de 1990, para el análisis del diseño, implementación y modificación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) cobraron especial importancia las entrevistas con distintos actores políticos participantes en el proceso de reformas. Se realizaron 19 entrevistas semi- estructuradas³⁰ a representantes de partidos políticos, gremios médicos, sindicatos, asociaciones de trabajadores de la salud, asociaciones de usuarios, integrantes del movimiento por la salud, directivos de prestadoras de salud privadas, asesores del gobierno y académicos (en el anexo dos véase listado de personas entrevistadas). Los testimonios de estas personas aparecen en la mayoría de los casos con su nombre original debido a que son las mismas que en algún momento emitieron comunicados públicos o concedieron entrevistas a la prensa, y uno de los fines del estudio es poder contrastar las posiciones de estos personajes en diferentes momentos. Para estos mismos años se consultaron los debates registrados en el periódico *El Pulso*³¹ entre los años 1998 (año de creación de este periódico) y 2006. Este medio, de circulación nacional y periodicidad mensual, fue seleccionado porque es un periódico independiente y especializado el sector salud en Colombia. Sus artículos reúnen las opiniones y los análisis de los representantes de los distintos sectores tanto del Estado como de la sociedad. Este medio se caracteriza por tener un seguimiento permanente de las

³⁰ Estas se basaron en una muestra intencional de individuos que participaron de distintas formas en los cambios. Las preguntas semi - estructuradas se realizaron a partir del conocimiento previo del papel jugado por los actores en alguno (o varios) de los momentos de la reforma

³¹ Este es un periódico independiente especializado en el sector salud y publicado desde 1997. Sus artículos recogen los análisis de distintos actores. Aunque este periódico empieza a publicarse en 1998, sus análisis retoman toda la trayectoria de las políticas de salud, especialmente a partir de 1993 cuando se crea la ley 100.

políticas de salud. En total se revisaron, analizaron y clasificaron 112 artículos que combinan contenidos de las distintas secciones del periódico: editoriales, debates, entrevistas, opinión, monitoreo y notas generales. Estos documentos se complementan con 15 comunicados, boletines y desplegados publicados por distintos grupos en otros medios (escritos y/o por Internet) y con la consulta de la revista electrónica *Salud Colombia*, la cual tuvo una periodicidad mensual y fue publicada entre 1998 y el 2005. Todos estos documentos, junto con las entrevistas, fueron clasificados y procesados en el programa Atlas Ti³².

Finalmente, se consultaron documentos parlamentarios contenidos en los *Anales del Congreso* y en la *Gaceta Constitucional*. Esta última registró las discusiones de la Asamblea Constituyente de 1991, en la cual se conformó una comisión especial dedicada a los asuntos de salud. Con estos documentos en particular se formó un archivo que contiene más de 100 proyectos de ley, ponencias, informes, comunicados y debates dados en el Congreso en materia de salud y seguridad social entre 1968 y 1995. Estos documentos se utilizaron esencialmente como una fuente complementaria, debido a que el volumen de información y los recursos disponibles no permitieron una clasificación y procesamiento tan riguroso como el realizado en el caso de las entrevistas y la prensa.

³² Este programa informático busca facilitar el análisis cualitativo de grandes volúmenes de información, permite la segmentación de los textos en pasajes o citas, la codificación, la escritura de comentarios y anotaciones.

CAPITULO III

LAS POLÍTICAS DE SALUD ANTES DE LAS REFORMAS DE LOS AÑOS NOVENTA: UN RECORRIDO HISTÓRICO

Introducción

Este capítulo hace un recuento de los antecedentes del sector de la salud desde 1886 cuando fueron creadas las primeras instancias públicas dedicadas a regular la salubridad, y llega hasta el momento del declive del Sistema Nacional de Salud (en adelante SNS) a finales de los años ochenta y luego reformado en 1993. Con el fin de ilustrar los eventos y procesos más importantes, este recorrido histórico general se divide en dos grandes subperiodos que se diferencian tanto por el predominio de ciertas concepciones de la salud pública como por los factores sociopolíticos que pesaron en las decisiones del sector. El primero se concentra en las acciones para la salud antes de que se creara el sistema público centralizado (1886-1974). En este se mencionan distintos episodios como el predominio de la higiene, la creación de los ministerios e instituciones encargadas de la seguridad social y el auge de la planificación de la salud. El segundo, aborda la creación, puesta en marcha y declive del SNS (1975 - 1989), que tenía como objetivo prioritario integrar las tres formas de atención consolidadas durante la primera mitad del siglo XX: la asistencia pública dirigida a los pobres, la seguridad social para los trabajadores asalariados y la atención privada para quienes podían pagar por los servicios de salud. Finalmente, se resaltan los aspectos que llevaron a la crisis del SNS y se muestra la introducción de las primeras reformas neoliberales.

La creación y puesta en marcha de los organismos públicos para la salud se dio en un contexto caracterizado por la influencia de los dos partidos tradicionales en los distintos ámbitos de la vida nacional. Antes de que se consolidara la coalición bipartidista conocida como “Frente Nacional” en 1958, la violencia política procedía

fundamentalmente de los enfrentamientos entre liberales y conservadores. Las guerras civiles de estos años (como la “guerra de los mil días” entre 1899 y 1902) casi siempre fueron consecuencia de disputas electorales y se llevaron a cabo en nombre de la defensa de proyectos de nación centralistas vs. federalistas y del clericalismo vs. el secularismo (Palacios, 1983). Los períodos en que uno u otro grupo logró mantenerse en el poder durante la primera mitad del siglo XX, son conocidos dentro de la historiografía colombiana como “hegemonía conservadora” (1904-1929) y “república liberal” (1930-1946). Generalmente, los regímenes llegaban a su fin por explosiones de violencia, intentos de golpes de Estado y por las divisiones al interior de los dos partidos hegemónicos. Específicamente, la “república liberal” finalizó por las discordias provenientes de las diferencias entre la jerarquía oficial y un movimiento de rebeldes populistas que crecían rápidamente y estaba encabezado por Jorge Eliécer Gaitán (Bushnell, 1994).

Gaitán fue asesinado el 9 de abril de 1948, y como consecuencia el conflicto entre liberales y conservadores se intensificó. Los disturbios desencadenados por este evento se extendieron de la capital a las distintas regiones que se vieron atrapadas en medio de la confrontación entre los seguidores de ambos partidos: “en seis años, de 1948 a 1953, el balance fue de 140,000 víctimas. En el censo de 1951 se calculaba una población aproximada de 15 millones de habitantes en todo el territorio nacional. Esto quiere significar que el total de víctimas representó casi el 1% de la población (Pécaut, 1987: 489). Los enfrentamientos se hicieron incontrolables y sumergieron al país en una oleada de violencia que desembocó en la instauración de un régimen militar-civil. El general Rojas Pinilla asumió el poder entre 1953 y 1958 con el apoyo de los representantes más importantes de los dos partidos. Cuando estos últimos avizoraron que Rojas tenía intenciones de prolongar su estancia más allá de lo acordado, se unieron para derrocar la dictadura, restaurar parcialmente la democracia y compartir el poder.

El pacto bipartidista más conocido como “Frente Nacional”, excluyó a las minorías políticas y consolidó el control de los liberales y conservadores que dejaron

atrás los enfrentamientos para repartirse equitativamente los cargos públicos y alternar la presidencia. A pesar de que se puso el año de 1974 como fecha de finalización formal de dicho acuerdo, en la realidad, su desmonte se extendió hasta 1986 cuando se volvió a conformar un gobierno exclusivamente liberal (Archila, 2003). Durante el régimen frentenacionalista se logró detener la violencia partidista pero la agitación social no disminuyó. A mediados de los sesenta surgieron las guerrillas comunistas, que se convirtieron en la principal amenaza para el régimen que se dedicó a combatir cualquier manifestación colectiva asociada con las reivindicaciones de izquierda. Posteriormente, desde los años ochenta, el panorama se hizo más complejo con la aparición de los grupos paramilitares de ultraderecha y el incremento del narcotráfico. Los actores sociales por su parte, quedaron en medio del fuego cruzado entre los grupos armados y de las lógicas clientelistas de los partidos que más que actuar como mediadores, utilizaron los recursos estatales para beneficios particulares³³.

1. Las políticas de salud antes de la creación del SNS (1886 – 1974)

1.1. La instauración de las primeras medidas de salubridad: el predominio de la higiene y la seguridad laboral (1886 -1929)

La Constitución Política de 1886 (que siguió vigente hasta 1991) fue el marco jurídico para la creación de las primeras instancias para la salubridad, entre las que se destacaron la Junta Central de Higiene creada por ley 30 de 1886 y el Consejo Superior de Sanidad fundado en 1913. Este último fue transformado un año después en la Junta Central de Higiene adscrita al Ministerio de Gobierno. Posteriormente, en 1918 se creó la Dirección Nacional de Higienes que pasaría a ser en 1925 la Dirección Nacional de Higiene y Asistencia Pública, la cual estaba integrada al

³³ Para ampliar la información sobre la historia política de este período, pueden consultarse autores como Palacios 1983, 2002 y 2003; Pécaut, 1987; Abbel, 1996; Archila, 2003; Bejarano, 1994; Bushnell, 1994 y Hartlyn, 1993.

Ministerio de Instrucción y Salubridad. Fue hasta 1931 que la higiene se ubicó en un departamento autónomo bajo el nombre de Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública (Quevedo 1990 y 1996; Hernández y Obregón 2002; Hernández, 2002a, 2002b y 2004). Tanto el auge del enfoque higienista para las acciones en salud como el reconocimiento de las primeras garantías para la protección social de los trabajadores, coincidió con un momento político en el que el partido conservador controlaba el poder (hegemonía conservadora).

Durante estos primeros años se aprobó la ley 57 de 1915 que establecía la obligatoriedad de la asistencia médica y farmacéutica, y el pago de indemnizaciones en caso de incapacidad o muerte por accidentes de trabajo. Particularmente, se beneficiaron los trabajadores de las empresas de alumbrado, acueducto público, minas, ferrocarriles, tranvías y fábricas de licores. Esta fue la primera respuesta legal a los reclamos de los obreros, que para ese momento aun eran una organización social incipiente. Al parecer, su aprobación tuvo un carácter de prevención de futuros conflictos laborales. Este carácter anticipatorio de las medidas de protección de los trabajadores, probablemente estuvo influido por referentes de otros contextos como el mexicano, donde las movilizaciones obreras de inspiración anarquista³⁴ que se desarrollaron especialmente en los estados industriales como Nuevo León y México, ejercieron presiones sobre los patrones para mejorar las condiciones laborales. En México se había legislado sobre la responsabilidad de las empresas en accidentes de trabajo desde 1908. (Brachet – Márquez, 2001).

Los años veinte coincidieron con el desarrollo industrial, el crecimiento de las ciudades y del proletariado y la inserción del país en la economía mundial por medio de la exportación de café. Esto implicó el afianzamiento de los lazos comerciales con Estados Unidos que para entonces ya se había convertido en potencia industrial y en el principal mercado comprador de la producción colombiana (Palacios, 1983). El nuevo mapa de relaciones internacionales consolidó el predominio de un modelo de

³⁴ El anarquismo tenía influencia en varios países de América Latina durante esta época, particularmente en Argentina y Chile.

salud liderado por médicos higienistas que abogaban para que el país respondiera a la normatividad de instancias mayores como la Oficina Sanitaria Internacional. Estos actores también facilitaron la entrada de organismos de beneficencia externos, como la Fundación Rockefeller que emprendió una serie de campañas para controlar las epidemias de enfermedades como la fiebre amarilla, el paludismo y la unicinariasis³⁵. Según Quevedo (1996), el problema de saneamiento no tuvo que ver solamente con los puertos y las zonas petroleras sino con las zonas de producción agrícola que eran de interés para los estadounidenses. Para ese momento, las políticas de salubridad se centraban en erradicar las epidemias y mejorar las condiciones ambientales. Para los asuntos de salud individual existían dos opciones: pagar por la atención o acudir a las instituciones de beneficencia que para entonces era mayoritariamente privadas³⁶.

Aunque las organizaciones laborales se habían empezado a desarrollar desde principios de siglo con los artesanos y los trabajadores de los puertos marítimos y fluviales, fue hasta finales de los años veinte que se dio la mayor actividad organizativa. En este período cobraron fuerza los sindicatos con capacidad de cuestionar el orden tradicional. La respuesta del gobierno conservador ante estas manifestaciones de inconformidad casi siempre fue la represión militar³⁷, mecanismo que sin embargo, no logró disminuir los reclamos de las organizaciones obreras para que se instauraran sistema de protección social:

En el país se comenzó a hablar de la necesidad de constituir un sistema de seguridad social en 1928, cuando bajo el gobierno conservador de Miguel Abadía Méndez presentó varios proyectos de ley para crear seguros de trabajo, indemnizaciones obreras, un fondo de previsión social y una caja de seguros sociales (Jaramillo, 1994: 47)

³⁵ Esta última enfermedad parasitaria afectaba especialmente a la población campesina productora y recolectora de café.

³⁶ Las beneficencias fueron creadas desde mediados del siglo XIX, estas manejaban recursos provenientes del presupuesto nacional, de las donaciones privadas, los impuestos a las loterías y las rentas de los licores (Hernández, 2004: 84).

³⁷ El mejor ejemplo de la respuesta gubernamental a las peticiones de mejoras salariales y laborales, fue la famosa matanza de los trabajadores de la United Fruit Company el 6 de diciembre de 1928. El reconocimiento del seguro colectivo y el derecho a la protección por accidentes de trabajo, eran parte del pliego de peticiones de los trabajadores participantes en esta huelga.

Dentro del grupo de las nuevas fuerzas sociopolíticas en escena estaba la burguesía cafetera, que había extendido su poder y aumentado su tendencia a actuar como gremio autónomo. Por otro lado, también crecieron los sectores medios constituidos sobre todo por empleados del Estado, del comercio, bancarios, y por el sector de profesionales conformado especialmente por abogados, ingenieros y médicos. Sin embargo, según Mario Hernández, la influencia de estos grupos en el campo de la salud sólo vendría a manifestarse hasta los años treinta. (Hernández, 2001).

1.2. Creación del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social y consolidación de la protección laboral (1930- 1939)

El primer presidente de la “república liberal”, Enrique Olaya Herrera (1930 – 1934), fue uno de los impulsores de la aprobación de la convención de seguro contra enfermedad de los trabajadores de la industria, el comercio y los servicios domésticos, expedida por la Conferencia Internacional del Trabajo en 1927. Esta ratificación legislativa afianzó la ruta para el establecimiento de los seguros sociales en los años cuarenta en toda América Latina. Aunque estas acciones establecieron un antecedente importante en materia laboral, las transformaciones más profundas ocurrieron durante la presidencia de Alfonso López Pumarejo (1934-1938). Durante este gobierno, se implementaron una serie de reformas sociales y económicas bajo el nombre de “La Revolución en Marcha”. Los cambios buscaban la modernización del país mediante una mayor intervención del Estado. Estas medidas no sólo buscaban crear las condiciones para el desarrollo de la industria por medio de la sustitución de las importaciones, sino también establecer mecanismos para canalizar la explosión de las demandas de los obreros, exacerbadas desde finales de 1920.

El gobierno de López Pumarejo buscó alianzas con los trabajadores y generó distintas estrategias para favorecer a este sector: “En 1936 se fundó la primera

federación laboral importante, la Confederación de Trabajadores de Colombia, compuesta por importantes facciones del partido liberal, comunistas y socialistas. El apoyo del presidente López fue un elemento esencial para la creación de esta organización”. (Hartlyn, 1993: 55). Las reformas de este período incluyeron aspectos como el reconocimiento del derecho a la asistencia pública. Esta concepción implicaba que la atención de la salud de los pobres debía ser responsabilidad de las instituciones del Estado. A la vez, se atendieron asuntos que habían sido demandados por los campesinos desde tiempo atrás, como el proyecto de reforma agraria.

Como parte del nuevo papel del Estado, se crearon instancias como el Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social en 1938 que reemplazaría al Departamento Nacional de Higiene, con el objetivo de integrar las políticas sociales que debían concentrarse en los pobres, garantizar fuerzas de trabajo sanas y ciudades libres de enfermedades. Sin embargo, a decir de Mario Hernández (2004), este Ministerio, más que contribuir a la unidad, dividió los servicios en función de los programas de intervención, lo que dio lugar a que se expandieran las acciones higienistas y a que la atención de los pobres permaneciera en manos de las beneficencias privadas. Aunque las reformas del Presidente López Pumarejo apuntaban a fortalecer la asistencia pública en el sector de la salud, la realidad hospitalaria del país para ese momento era totalmente precaria. “El déficit de camas hospitalarias se calculaba en 12,000. Para lograr la meta internacional de 3 camas por cada 1000 habitantes” (Bocchetti, 2005: 45). Por otro lado, muchos de los médicos que brindaban atención privada estaban ubicados dentro de las elites de los dos partidos tradicionales. Estos conformaron una fuerza de oposición a las intenciones de integración; su interés era mantener la independencia y autonomía en el manejo de recursos. Según el testimonio de un médico representante del partido liberal y participante en distintos momentos y procesos de reformas de salud:

Cuando López Pumarejo llegó a la presidencia pudo hacer muy poco en la parte de salud. Aunque la creación del seguro social fue discutida durante su gobierno, no pudo avanzar debido a las presiones de los médicos organizados en el sector privado y por las presiones de una

coalición de empresarios que se formó en aquel período y que se opuso a la mayoría de las propuestas sociales de este gobierno (Entrevista a representante del partido liberal, 10/06/2005)

En las discusiones alrededor de la instauración de la seguridad social fueron notorias las tensiones entre los distintos grupos del sector: los médicos, por ejemplo, más que representar una fuerza promotora de la unificación de acciones para la salud, se constituyeron como un organismo de presión para mantener la atención privada. Los obreros trataron de impulsar una modalidad de seguro social en la cual las prestaciones estuvieran a cargo del patrón. Por su parte, los sectores medios representados sobretodo por los profesionales empleados en la burocracia estatal veían en el ahorro individual la mejor alternativa, y sobre esta base buscaron constituir alianzas con el régimen liberal. Para los campesinos cafeteros, concentrados en las luchas por el derecho a la tierra, la protección de la salud era un asunto secundario del que se ocupaba fundamentalmente la Federación de Cafeteros.

Finalmente, cuando parecía que habían ganado las alianzas entre las clases medias y representantes del gobierno para dar prelación a la opción de ahorro individual, intervino la Organización Internacional del Trabajo -OIT-, presionando para que se eligiera la alternativa del seguro social que incluía programas contributivos de pensiones, salud, riesgos profesionales y asignaciones familiares. Se decía que esta era la tendencia que a nivel mundial había demostrado mayores beneficios colectivos.

1.3.Creación de las instituciones de seguridad social y del ministerio de salud pública (1940 -1957)

No obstante la importancia que habían cobrado la salud y la protección laboral en las agendas sociales gubernamentales, no fue sino hasta 1946 (cuando retoma el poder el

Partido Conservador bajo la presidencia de Mariano Ospina Pérez³⁸) que se formalizó la creación de las instituciones de seguridad social. El regreso al poder de los conservadores había traído nuevas tensiones entre el gobierno y las centrales obreras. Sin el apoyo del régimen, la Central de Trabajadores de Colombia (CTC) se debilitó. Por lo tanto, el gobierno promovió la creación de una nueva central obrera que se impusiera como alternativa a las agremiaciones liberales y comunistas. La Unión de Trabajadores de Colombia (UTC) se formó con el auspicio de los jesuitas, fue respaldada por los industriales y gozó de gran aceptación dentro del gobierno porque sus principios eran cercanos a los del partido conservador.

Aunque la creación del Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS y luego ISS) con la ley 90 de 1946, coincidió con una presidencia conservadora, los proyectos que le dieron vida fueron discutidos durante los últimos años de la “república liberal”, específicamente durante el gobierno de Eduardo Santos (1938-1942) y en el segundo período presidencial de Alfonso López Pumarejo (1942-1945). En las discusiones de la ley que creó el ISS participaron distintos actores sociopolíticos que querían imponer sus intereses: representantes de los partidos liberal y conservador, las élites sindicales, los empresarios representados en las dos organizaciones más importantes de la época (ANDI y FENALCO³⁹), la sociedad de agricultores de Colombia, las beneficencias privadas, las asociaciones de profesionales de la burocracia estatal y los médicos. Como resultado de esta correlación de fuerzas se impusieron los intereses de los sindicatos y gremios profesionales, los empresarios y los médicos; y se excluyeron importantes grupos poblacionales como los campesinos, trabajadores por cuenta propia y los indígenas.

³⁸ Los conservadores regresaron al poder debido a la división que se dio dentro del partido liberal con dos candidatos: Gabriel Turbay y Jorge Eliécer Gaitán, este último se apoyó en una plataforma reformista respaldada sobre todo por la clase obrera. Aunque no fue aprobado, el primer proyecto de ley sobre la creación del seguro social fue presentado por Gaitán.

³⁹ La Asociación Nacional de Empresarios de Colombia (ANDI) había sido fundada en el año 1944 y la Federación Nacional de Comerciantes (FENALCO) en 1945. Ambos gremios tuvieron parte activa en las discusiones y apoyaron el proyecto para instaurar la seguridad social (Rodríguez y Arévalo, 1993).

Desde sus inicios el ISS fue rechazado por la Federación Médica Colombiana; este grupo veía la creación de esta institución como una amenaza para la profesión⁴⁰, por lo que se opusieron a la regulación y reducción de tarifas que pudieran afectar sus intereses. Las distintas presiones llevaron a que se instauraran programas de seguridad social con prestaciones y financiamiento diferencial, lo que generó grandes inequidades. Bajo esta lógica se crearon el Instituto Colombiano de Seguros Sociales para los empleados del sector privado, y la Caja Nacional de Previsión para los trabajadores del sector público⁴¹.

Para administrar los componentes de la seguridad social, los ministerios de Trabajo, Higiene y Previsión Social fueron divididos en dos organismos independientes. En uno se centralizó la higiene y en el otro los asuntos laborales:

En la higiene quedaría la atención de los pobres y todas las acciones preventivas, en una desarticulación conceptual que comenzaba a entenderse como salud pública. Debido a este viraje el Ministerio de Higiene cambiaría su denominación a Ministerio de Salud Pública en 1953 (Hernández, 2004: 229).

La seguridad social fue adjudicada al Ministerio de Trabajo; éste debía administrar los asuntos de los trabajadores que contaban con una estabilidad salarial (que en su mayoría eran trabajadores urbanos). En la administración del ISS estaban representados el gobierno nacional, los gremios médicos, los empresarios y los trabajadores. El ISS se puso en marcha en 1949 con el compromiso de que el gobierno financiara el 25% de sus gastos, el otro 50% estaría a cargo del patrón y el 25% sería responsabilidad de los trabajadores. En el año 1952 se presentó la primera crisis institucional debido a que el gobierno dejó de participar con sus aportes. Este

⁴⁰ La Federación Médica Colombiana jugó un papel de franco rechazo en todo el debate sobre el seguro social. Los médicos se oponían sobre todo a la que denominaban “socialización de la medicina”, porque decían que esto convertiría al médico en empleado burócrata y afectaría su iniciativa médico – científica. (Hernández, 2004: 257).

⁴¹ La Caja Nacional de Previsión se caracterizó por la segregación de dependencias, mismas que se fueron conformando de acuerdo a los intereses y hegemonías de poder de los distintos gremios públicos. Las fuerzas armadas, los educadores, el Congreso de la República, la empresa de petróleos, los trabajadores de las telecomunicaciones, entre otros, constituyeron entidades previsoras propias.

suceso se ubica en una coyuntura de intenso conflicto social, que ha sido denominado en la historiografía colombiana como “la violencia”.

La convulsión que venía dándose en los distintos territorios por las confrontaciones entre los seguidores de ambos partidos, se intensificó hasta el punto más alto con el asesinato el 9 de abril de 1948 del líder liberal Jorge Eliécer Gaitán. Las protestas sociales por este episodio activaron el sistema de alarmas de una clase dirigente que creía poder tener el control de todos los eventos desestabilizadores, y que contestó con nuevas acciones de represión sindical, en vez de implementar un plan sistemático de reformas sociales:

En junio de 1948, un decreto suprimió la inmunidad del fuero sindical y prohibió la práctica de la huelga durante la vigencia del estado de sitio. El ministro de Trabajo estaba autorizado para decidir y resolver sobre la legalidad de toda acción colectiva. En mayo, la sede de la Federación de Trabajadores de Cundinamarca fue ocupada por el ejército. En junio, los dirigentes de Antioquia fueron detenidos por haber intentado reunirse, y en el Atlántico las directivas de los sindicatos fueron totalmente destruidas (Pécaut, 1987: 502).

La agudización del conflicto se manifestó en el aumento de los crímenes políticos (por pertenecer a alguno de los dos partidos). A finales de los años cuarenta se conformaron las autodefensas liberales. Estos grupos armados generalmente estaban formados por campesinos víctimas de la violencia y despojados de sus tierras, que eran apoyados por intelectuales de los estratos medios que pretendían derrocar al régimen conservador. Una de las expresiones más agudas de la guerra civil entre liberales y conservadores tuvo lugar en los llanos orientales, donde la resistencia liberal se organizó contra la policía conservadora. Estas acciones tuvieron por respuesta represión y operaciones militares en gran escala. Sin embargo, no todos los rebeldes fueron sometidos, ni concertaron el desarme en los planes de amnistía gubernamental ulteriores, aspecto que constituyó la semilla del movimiento guerrillero de izquierda “Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC)” creado en los años sesenta. En este mismo período, también se inició la primera misión del Banco Mundial (1949), encabezada por Lauchlin Currie, quien elaboró

diversos estudios económicos, agrícolas, políticos y sociales dirigidos a orientar las estrategias para alcanzar la modernización y el desarrollo. En esta perspectiva, la salud tuvo un lugar destacado porque se le vinculaba con el progreso económico.

Al finalizar este período, la violencia entre los partidos se había vuelto incontrolable y había llevado a la instauración de un régimen militar – civil entre 1953 y 1957. Aunque durante el gobierno del general Rojas Pinilla se alcanzaron algunos acuerdos y amnistías para los involucrados en el conflicto, las explosiones de violencia partidaria continuaron. Rojas había logrado alianzas con algunos sectores obreros buscando consolidar una tercera fuerza política, pero nuevamente este intento había fracasado. En materia de salud, en 1953, el Ministerio de Higiene se convirtió en Ministerio de Salud Pública. Con esta acción se trataba de responder a las sugerencias de la misión del BM, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) –esta última con representación en Colombia desde 1951–, y de instituciones filantrópicas como la fundación Rockefeller que había promovido la creación de la escuela Nacional de Salud Pública de Medellín, con el objetivo de aumentar el número de especialistas en asuntos de salud colectiva. Según la nueva concepción de la salud, las políticas y programas debían dirigirse no sólo a los trabajadores y a las condiciones ambientales, sino a la población en general.

1.4. La planificación de la salud y los intentos por coordinar los servicios (1958-1974)

La opción para restaurar “la democracia” fue la instauración de un pacto entre los liberales y conservadores para compartir el poder conocido como “El Frente Nacional”. Según Hartlyn (1993), este régimen se estableció por las acciones de los líderes políticos que desde un principio contaron con el apoyo activo de los grupos económicamente dominantes (industriales, banqueros y comerciantes) y de la

jerarquía eclesiástica. Posteriormente se sumaron las fuerzas militares⁴² y los organismos internacionales. Estos grupos fueron determinantes en el mantenimiento del bipartidismo y en la orientación de las políticas, mientras que la incorporación de los sectores populares siempre estuvo en un segundo plano. En este contexto, las rivalidades por los cargos públicos dejaron de tener importancia, porque se habían establecido condiciones para garantizar la paridad tanto en el gabinete ministerial como en el Congreso y las dependencias administrativas.

Con el establecimiento de la coalición bipartidista se matizaron las diferencias ideológicas que habían caracterizado históricamente a los liberales y los conservadores. Los discursos de entonces, se centraron en promover objetivos comunes como la modernización del país por medio del fortalecimiento de la industria nacional. En palabras de Uribe (1993), en este periodo no podían revivirse los viejos proyectos políticos que estaban indisolublemente asociados a la violencia, lo que llevó a que ambos partidos optaran por adoptar las propuestas inscritas en la ideología de la modernización y el desarrollo económico como alternativas legitimadoras.

Durante el “Frente Nacional” se fortalecieron los mecanismos clientelares, que se convirtieron en la principal forma de relación entre los ciudadanos y los organismos gubernamentales. En la medida en que crecían los recursos de la burocracia y las funciones del Estado, los políticos podían contar con un medio para mantener la hegemonía del poder a través del intercambio de votos por servicios. La manipulación de cargos públicos y de favores personales con recursos del Estado se convirtió en una práctica cotidiana. Estrategias como los “auxilios parlamentarios” que eran partidas del presupuesto nacional controladas por los congresistas, fueron usadas para mantener el capital electoral en las regiones. Aunque estos auxilios eran

⁴² Una vez que los altos militares colaboraron en la expulsión de Rojas Pinilla y se comprometieron con el retorno a un gobierno civil, los líderes de los partidos negociaron una mayor autonomía para este sector que se convertiría en un sostén importante del Frente Nacional. Dicha autonomía para el manejo del orden público se tradujo en represión sistemática de las protestas sociales (Hartlyn, 1993: 113).

legales no existía un reglamento para regular su distribución. Estos fondos se concentraban principalmente en los ministerios de educación, salud y gobierno y variaban de acuerdo a la importancia del representante político. La lista de mecanismos para manipular los presupuestos públicos también incluyó el ‘pago’ de favores a grupos empresariales financiadores de las campañas políticas y los sobornos a altos funcionarios del Estado para favorecer contratos.

En este período, se aumentó la burocracia estatal y se fortalecieron los sindicatos de empleados públicos: “Según las estadísticas, de 1959 a 1965 los sindicalizados pasaron de 250,000 a 700,000 y las tasas de sindicalización (en relación con toda la población ocupada) subieron del 5,5% al 13,4%” (Palacios, 2003: 248). Muchas de estas organizaciones fueron cooptadas por el Frente Nacional mediante políticas que subsidiaban el acceso a la educación superior con becas y subsidios para la salud y la vivienda. Este vínculo permanente entre los partidos y las agremiaciones de trabajadores, obstaculizó en muchos momentos la posibilidad de promover reformas sociales radicales. La única opción que pareció tener algún nivel de autonomía fue la Confederación Sindical de Trabajadores de Colombia (CSTC) creada en 1964 por los sindicatos que habían sido expulsados de la CTC debido a sus tendencias comunistas. Esta organización cuestionó la cooptación de los partidos y optó por el camino de la oposición a las alianzas tradicionales, pero no consiguió una incidencia importante.

A las características del contexto nacional se sumó la acentuación de la lucha anticomunista promovida por Estados Unidos a partir del triunfo de la revolución cubana, la cual inspiró, a mediados de los sesenta, la aparición de las guerrillas de armadas de izquierda en Colombia, de las cuales sobreviven: el Ejército de Liberación Nacional (ELN) y las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC). Como parte de las estrategias para contrarrestar la “amenaza revolucionaria” se promovieron reuniones de integración regional, como la realizada por la Organización de Estados Americanos en Punta del Este – Uruguay – en 1961, con el

objetivo de formalizar la instauración de las políticas impulsadas por la “Alianza para el progreso”.

Dentro del marco de los acuerdos de Punta del Este, la planificación se convirtió en un nuevo instrumento para regular las acciones estatales; su fin era demostrar la eficacia de las alternativas capitalistas en los países latinoamericanos para alcanzar el bienestar (y así evitar las comunistas). Los lineamientos centrados en la planificación estatal repercutieron en la concepción de las políticas de salud que se incluyeron dentro de los sectores que debían estar en los planes de desarrollo de los gobiernos, debido a su efecto directo en la producción y por ende en el desarrollo económico. El objetivo más importante de estos acuerdos, en materia de salud, era aumentar en un mínimo de cinco años la esperanza de vida al nacer, elevar la capacidad de aprender y producir y mejorar la salud individual y colectiva. Para este periodo también se incrementó la influencia de organismos externos como la CEPAL y la OPS, y empezó a tener presencia la banca multilateral a través del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional.

El Estado colombiano se adscribió a las recomendaciones de la carta de *Punta del Este* e inició una serie de acciones dirigidas regular la asistencia médica e integrar los servicios preventivos y curativos para la salud; estos intentos convergían más tarde en la creación del Sistema Nacional de Salud. Hacia finales de los cincuenta y principios de los sesenta, en el país se desarrollaron una serie de instituciones y programas que buscaban mejorar la asistencia en salud desde una perspectiva más colectiva y social:

Durante la década de los sesenta el país mejoró en la mayoría de los índices. La expectativa de vida paso de 48 a 58 años, la mortalidad de menores de un año se reduce de 120 por 1000 a 70 por 100. El gasto público *per cápita* en educación y salud medido en moneda constante, creció al 12% anual (Quevedo, 1990:146).

Como resultado de esta nueva concepción del desarrollo, el Estado trato de centralizar la coordinación y planificación de las políticas de salud. En este marco fue

formulado el plan decenal del Ministerio de Salud Pública. El plan formulado en 1962 buscaba promover una serie de programas dirigidos a mejorar la salud colectiva mediante actividades de prevención y curación realizadas por centros de salud locales (Hernández y Obregón, 2002). Las acciones en salud ya no debían dirigirse solamente a la erradicación de epidemias o la expansión de la protección laboral sino a garantizar el bienestar de toda la población. En la medida en que se empezó a vincular la salud como uno de los elementos que contribuía al progreso económico, el Estado empezó a tener una presencia más activa en el sector. En estos años, el Ministro de Salud Álvaro Angulo también presentó una propuesta ante el Congreso para desarrollar un Plan Nacional Hospitalario⁴³ (proyecto de ley 117). El plan buscaba la adscripción de los hospitales privados a la planificación pública y la reorganización de los servicios, que como puede verse a continuación presentaban deficiencias que urgía remediar:

Según estudios adelantados por el Ministerio de Salud Pública durante los sesenta, el país enfrentaba un déficit en el número de camas que según las estimaciones correspondía a 20,000. Para lograr habilitar estos alojamientos se requería de unos \$800 millones, con lo que se pasaría de tres camas por cada mil habitantes a un mínimo de cuatro por cada mil habitantes (Bocchetti y otros, 2005: 45).

En general, los intentos que se habían hecho para integrar el sector y reorganizar los servicios por la vía parlamentaria habían fracasado. Las posibilidades de llevar el plan hospitalario de 1962 a feliz término fueron entorpecidas por las asociaciones médicas interesadas en mantener la independencia de los hospitales privados, las beneficencias privadas (muchas de las cuales pertenecían a la Iglesia católica) y algunos parlamentarios que buscaron continuar con el control de los recursos destinados a financiar las instancias anteriores. En 1965, el Ministro de Salud (que para entonces era el médico Juan Jacobo Muñoz) buscó revivir la idea de la integración pero esta vez lo hizo mediante un decreto (decreto núm. 3196 de 1965).

⁴³ Desde los años cuarenta se habían elaborado distintas propuestas de planes hospitalarios para ordenar los recursos y centralizar la coordinación en el Estado; todos los intentos habían sido obstaculizados. La construcción y dotación de hospitales, hasta ese momento, había obedecido más a “favores políticos” y esfuerzos aislados.

Esta decisión se topó nuevamente con un fuerte rechazo entre los actores que ya habían frenado el plan hospitalario nacional anterior. Además, esta vez se sumaron otros grupos como los obreros y empleados públicos que querían mantener sus propios sistemas de seguridad social. Entre los trabajadores había una gran desconfianza hacia las propuestas del gobierno por sus reiterados incumplimientos en el pago de las cuotas estatales para el sostenimiento del ISS⁴⁴.

Como consecuencia de estas presiones, el grupo de actores que se oponía a las propuestas del Ministerio de Salud, logró que el decreto 3196 fuera declarado improcedente por la Suprema Corte de Justicia, argumentando que las medidas que se pretendían implementar violaban el derecho a la propiedad privada. El poder seguía concentrándose en grupos de interés que manifestaban muy poca preocupación por los usuarios de los servicios que eran los verdaderamente afectados por estas decisiones. Las organizaciones populares, por su parte, no lograron constituirse en un organismo de presión importante; en dicho aspecto habían incidido factores como la represión sistemática de las iniciativas de movilización social, la debilidad política de estos grupos y la cooptación de muchos líderes comunitarios por parte del régimen bipartidista. Así mismo, aunque el porcentaje de trabajadores inscritos en los sindicatos se había duplicado entre 1959 y 1965 gracias a que el Frente Nacional había concedido mayor autonomía a las actividades de estas organizaciones, éstos no representaron una real opción de oposición al bipartidismo. Al contrario las dos organizaciones que agrupaban casi 70% de los trabajadores sindicalizados estaban cada vez más involucradas con los partidos tradicionales. La Confederación de Trabajadores de Colombia (CTC) se había convertido en un apéndice del liberalismo, mientras que la Unión de Trabajadores de Colombia (UTC) se alineó con el partido conservador.

⁴⁴ En promedio durante los años comprendidos entre 1958 y 1966 el gobierno sólo aportó al ISS el 36% de lo que debía sufragar. En algunos años como en 1965 el déficit alcanzó el 82.3%; cuando mayor nivel de participación tuvo fue en 1961, girando el 71.2% de los dineros correspondientes a su cuota (Rodríguez, 1990: 284).

En un nuevo intento por reorganizar los recursos de la salud, que era el objetivo central de las propuestas rechazadas anteriormente, en 1967 el gobierno gestionó la aprobación de una partida presupuestal del 10% de las reservas de invalidez, vejez y muerte recaudadas por el ISS para mejorar la infraestructura hospitalaria del país. Este objetivo sólo se alcanzó a medias, porque la mayor parte del presupuesto fue invertida en construcción y remodelación, dejando aspectos de dotación y mantenimiento sin financiación y sin continuidad. (Restrepo y otros, 1998). Posteriormente, en 1968, durante el mandato del liberal Carlos Lleras Restrepo (1966-1970) y cuando estaba como Ministro de Salud Antonio Ordóñez Plaja, se concedieron facultades extraordinarias al ejecutivo para legislar sobre asuntos específicos. Estas medidas fueron usadas para impulsar reestructuraciones al interior del Estado, en particular, en el sector de la salud se expidió la ley 39 de 1969 para crear el Plan Nacional Hospitalario. Este tenía como objetivos prioritarios, coordinar los distintos niveles de atención y la construcción y dotación de hospitales para el trienio 1970-1973.

Las reformas promovidas por Lleras Restrepo, encontraron fuertes obstáculos en la deficiente coordinación de los recursos, la falta de políticas hospitalarias, la ausencia de planificación en la inversión, las diferencias en la dotación entre el campo y la ciudad, y de nuevo los conflictos de interés entre actores que se resistían a perder el control de los recursos destinados a la atención de los pobres, quienes finalmente seguían sin acceder a los servicios (Quevedo, 1990; Hernández y Obregón, 2002; Bochetti, 2005). Para finales de los años sesenta el debate sobre la necesidad de integrar el sistema de seguridad social y garantizar una cobertura universal de la población había cobrado fuerza. Las propuestas se respaldaban en estudios como el de Luis Mario Rivadeneira en 1969 (quien para ese momento era el director de la Caja Nacional de Previsión que cubría la seguridad social de trabajadores oficiales), evidenciaban problemas de cobertura del sistema de seguridad social colombiano: la población cubierta por el ISS y las cajas de compensación era de 595,737 trabajadores. Esta cifra en relación con la población económicamente

activa, calculada en 4,577,000 (de las cuales 2,372,000 eran campesinos), mostraba que sólo se tenía cubierta una quinta parte de la población.

La idea de reorganizar el sector salud fue nuevamente retomada durante el gobierno conservador de Misael Pastrana (1970-1974), quien respaldó dicha iniciativa con un estudio que buscaba dotar de instrumentos normativos y técnicos el concepto de sistema de salud que era la tendencia latinoamericana. El estudio fue elaborado por salubristas y apoyado por organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Los resultados ofrecieron dos alternativas; la primera sugirió la creación de un sistema único nacional de salud que incluyera el fortalecimiento del ministerio encargado del sector, la supresión, fusión o reforma de las entidades descentralizadas y la incorporación de las beneficencias privadas al sector público (Colombia, Senado de la República, 1972: 1497-14988). La segunda alternativa era la creación de un sistema nacional de salud basado en las tres formas de atención existentes hasta ese momento. En los debates de las propuestas participaron, además de los salubristas, los médicos, representantes sindicales y los representantes parlamentarios ligados a las beneficencias y hospitales privados. La opción universalista fue rechazada por los miembros del Congreso quienes argumentaron que la idea de crear un sistema único de salud tenía tintes socialistas, además de considerarse “demasiado centralista”. Finalmente, la alternativa que tuvo aceptación fue la de crear un sistema nacional de salud que no tendría mucho de novedoso porque respetaría por completo las autonomías institucionales existentes (Hernández y Obregón, 2002).

Finalmente, con la ley novena de 1973 se revistió al Presidente de facultades extraordinarias para reorganizar el sector de la salud. Durante 1974 fueron decretadas una serie de leyes que dieron vida al decreto 056 de 1975 para la creación del Sistema Nacional de Salud (SNS).

2. Los intentos fallidos por la integración de la salud pública (1975-1989)

2.1. La creación del Sistema Nacional de Salud (SNS) y la huelga de los trabajadores de la salud (1975-1978)

La creación del SNS buscó integrar los subsectores que habían funcionado de manera independiente desde la regulación de la seguridad social en 1946, y posicionar la salud como un bien público. La creación de esta nueva estructura se aprobó durante la presidencia del liberal Alfonso López Michelsen (1974-1978). Las políticas de este gobierno estaban inscritas en el plan de desarrollo denominado “Para cerrar la brecha”, aunque en este se mencionaba la necesidad de reorganizar y mejorar los servicios de salud, su proyecto central estaba puesto en metas económicas más que sociales. En este período se inició el desmonte de la estrategia de sustitución de importaciones que ya empezaba a mostrar disfunciones en países como Argentina, México y Brasil y se promovieron las tendencias aperturistas. Para entonces, el Banco Mundial había aumentado la influencia en América Latina con los programas contra la pobreza rural y con la asesoría a los gobiernos para el rediseño de las políticas económica.

El ascenso al poder de López Michelsen había despertado ilusiones entre los sectores sindicales que conservaban la esperanza de que se reviviera el interés por mejorar las condiciones de los trabajadores (que ahora representaban un sector importante de la población), tema que había ocupado un lugar prioritario en el gobierno de su padre López Pumarejo en 1936. Sin embargo, estas expectativas pronto se convirtieron en desilusión porque los objetivos gubernamentales apuntaban especialmente a fortalecer el comercio exterior. La insatisfacción rápidamente se reflejó en protestas sociales que encontraron como respuesta las viejas formas de represión:

Que las esperanzas de un cambio social dirigido por López Michelsen se fueron disipando, lo muestra el auge de los movimientos laborales y

cívicos a partir de 1975, ante los cuales el presidente reimplantó el estado de sitio, inicialmente en forma parcial y luego total (Archila, 2003: 111)

Es en medio de un ambiente caldeado por las confrontaciones entre el gobierno y los trabajadores, y en un momento en que entraban en crisis los ideales proteccionistas del EB keynesiano, que vio la luz el Sistema Nacional de Salud. La nueva estructura establecida por medio del decreto 056 de 1975, pretendía articular las instituciones del sector público y privado que prestaban servicios. Las decisiones políticas, de planeación y financieras estarían a cargo del Ministerio de Salud, quien transferiría recursos a los servicios locales de los departamentos y de allí a los hospitales locales, bajo la lógica de subsidios a la oferta. Dentro de este nuevo modelo, los hospitales tenían un papel central y debían ser los encargados de las actividades de prevención primaria, secundaria y terciaria. Las instituciones prestadoras de servicios, por su parte, fueron agrupadas en tres subsectores:

- 1) **El subsector oficial:** destinado a atender la población pobre que no podía acceder a la seguridad social. La prestación de servicios estaría a cargo de la red de hospitales y centros de salud pública.
- 2) **El subsector de la seguridad social:** conformado por el Instituto de Seguros Sociales y las Cajas de Previsión Social. El financiamiento de este subsector continuaría teniendo un carácter tripartito, lo que significaba que los recursos procederían de las cotizaciones de los patrones, el Estado y los trabajadores.
- 3) **El subsector privado:** conformado por las entidades privadas que ofrecían servicios particulares de salud como las Cajas de Compensación Familiar, las aseguradoras y las asociaciones sin fines de lucro.

Los cambios proyectados para el sector de la salud no fueron bien recibidos por todos los actores. Por ejemplo, la Unión de Trabajadores de Colombia (UTC) que todavía era una de las centrales obreras más importantes, hizo explícita su insatisfacción frente a la adscripción del ISS al nuevo sistema. En un comunicado

público dirigido a Haroldo Calvo Núñez, Ministro de Salud de entonces, argumentaban que los trabajadores no podían financiar una instancia que correspondía al Estado, dado que los recursos del ISS provenían fundamentalmente de fuentes privadas (los patrones y los trabajadores), por lo que no debían ser destinados a cubrir riesgos sociales. (Hernández y Obregón, 2002). Por otro lado, la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME) y la Federación Médica Colombiana (FMC) también constituyeron un bloque de oposición, porque según su criterio, esta medida afectaba la independencia del gremio. Los médicos seguían teniendo una incidencia importante en el sector, a menudo, muchos de sus representantes que eran accionistas de clínicas privadas, también estaban en cargos públicos que les facilitaban el acceso a las instancias de decisión. Sin embargo, en el momento en que explotaron las protestas por la decisión de reformar el sector de la salud, estos actores estaban divididos entre la Federación Médica Colombiana, que defendía la práctica médica privada y la Asociación Médica Sindical de Colombia (ASMEDAS)⁴⁵ que se identificaba cada vez más con las organizaciones obreras y defendía el derecho a la asistencia pública y la seguridad social.

A pesar de las manifestaciones de oposición, el gobierno siguió con el proyecto del SNS. Con la idea de conformar una estructura coordinada promovió la reestructuración de ISS que decía debía acogerse a las nuevas reglas de juego. En el informe presentado al Congreso de la República en 1976, el Presidente López Michelsen hizo referencia a los problemas burocráticos que en su criterio justificaban la reorganización de esta institución:

Bástenos decir que el ideal de los bajos costos administrativos resulta de muy difícil acceso en un organismo que tiene aproximadamente veinticinco mil empleados, y al cual la financiación de los desplazamientos de sus numerosos dirigentes sindicales por todo el país, le representa 26 millones de pesos, en tanto que sus disponibilidades anuales para medicina son de 27 millones de pesos. (López Michelsen, 1976: 141)

⁴⁵ Esta Asociación Sindical fundada en 1958, ha estado presente en los distintos momentos del sector, la misma busca defender los derechos laborales, sociales y económicos de los médicos.

Con el decreto 148 de 1976, la Ministra de Trabajo, María Elena de Crovo, buscó hacer del ISS un establecimiento público. Esta medida implicaba el cambio en el estatus de los empleados, quienes dejaban de ser “trabajadores oficiales” para convertirse en “empleados públicos”. Esto significaba renunciar a las negociaciones y pactos colectivos y convertirse en empleados de libre nombramiento y remoción. La ministra argumentó que estas reformas iban a permitir la flexibilización laboral necesaria para ampliar los servicios y las coberturas de la institución. Las protestas sociales no se hicieron esperar. Los médicos sindicalizados en la Asociación Médica ASMEDAS y el Sintra ISS argumentaron que con dichas medidas lo único que se iba a lograr era la disminución de la calidad de los servicios. Además, se corría el riesgo de que los trabajadores quedaran atrapados en las rencillas partidistas, al convertirse en empleados públicos.

En 1977 se incrementaron las manifestaciones de insatisfacción popular por las políticas de apertura económica impulsadas por el gobierno, el aumento del desempleo, el alza de precios en los productos básicos y la negativa del Presidente López Michelsen para negociar pliegos laborales. El paro cívico nacional de septiembre convocado por las centrales sindicales fue una de las más grandes protestas ciudadanas realizadas en estos años: “La magnitud que alcanzó entonces la protesta sorprendió en los diversos ámbitos de la opinión. Los primeros desconcertados fueron los dirigentes sindicales agrupados en el Consejo Nacional Sindical” (Medina, 1997: 31). En esta coyuntura, los trabajadores de la salud iniciaron una huelga que duro 56 días, cuyo objetivo era detener las reestructuraciones propuestas para el ISS. Aunque la protesta no logró que se diera marcha atrás en la ‘integración’ del Seguro Social al SNS, consiguió que se creara un nuevo estatus laboral para los empleados de dicha institución bajo el nombre de “empleados de la seguridad social”, quienes conservaron el derecho a mantener la estabilidad laboral y las convenciones colectivas. Así mismo, como consecuencia de esta movilización, la Ministra de Trabajo tuvo que dejar su cargo.

La reforma aprobada en el ISS en 1977, alejó aun más las posibilidades de integración y contribuyó a que se mantuvieran lógicas independientes y fragmentadas para los distintos subsectores (Hernández, 2002b). Este año se cerró con la creación de la Superintendencia de Salud (SUPERSALUD); esta dependencia adscrita al Ministerio de Salud sería la encargada de la inspección, vigilancia y control del SNS.

2.2. El auge de la atención primaria de salud y las primeras medidas de descentralización (1978 – 1985)

Entre 1978 y 1982 asumió la presidencia el liberal Julio Cesar Turbay Ayala, quien llegó al poder cuando el modelo de sustitución de importaciones estaba llegando a su fin. Durante este periodo se profundizaron diversos cambios sociales y políticos. Por ejemplo, era evidente la notoria decadencia de los partidos como intermediarios de distintos grupos poblacionales, entre los que estaban los jóvenes y los grupos intelectuales de sectores urbanos que no se identificaban con las viejas prácticas clientelares. Las organizaciones de los trabajadores también habían empezado a distanciarse de los partidos, debido a la constante represión a la que se habían visto sometidas y al incumplimiento de distintos acuerdos.

Turbay inició su gobierno con la expedición de un “Estatuto de Seguridad”, respaldado en el artículo 121 de la constitución de 1886 sobre el estado de sitio. Dicho estatuto incrementaba la facultad de las fuerzas armadas para efectuar arrestos, penalizar la protesta social, y establecer mecanismos de censura para la información que era transmitida por la radio y la televisión. El gobierno presentó esta Ley como una respuesta necesaria ante el incremento de los ataques guerrilleros y del terrorismo del narcotráfico. Para entonces, la violencia ya no estaba concentrada en las confrontaciones partidistas como había sucedido en los años cincuenta, pero había

adquirido niveles similares en intensidad, lo cual evidenciaba la crisis del régimen bipartidista⁴⁶.

En materia de sindicalismo, para mediados de los años setenta alrededor de un tercio de todos los afiliados a los sindicatos en Colombia trabajaban para el Estado, y un poco más de la mitad de la burocracia estaba sindicalizada. Sin embargo, estas condiciones no significaron que estos sectores necesariamente apoyaran al régimen. Para entonces, la mayoría de los sindicatos formaban parte de confederaciones de trabajo independientes que muchas veces fueron el mayor foco de oposición y/o presión ante las medidas gubernamentales (Hartlyn, 1993)⁴⁷. Debe resaltarse que en las movilizaciones de los trabajadores de la salud el papel del subsector público no fue sobresaliente, el grupo vinculado a los hospitales públicos tenía poca capacidad de lobby y generalmente se limitaba a la ejecución de la política del Ministerio de Salud por medio de los Servicios Seccionales de Salud.

En este periodo, la ruta de la salud pública colombiana estuvo marcada por la declaración de Alma Ata (1978). La meta de este nuevo acuerdo promovido por la OMS-OPS era que los gobiernos y el sector salud en general tomaran acciones para promover modelos de Atención Primaria, con el lema era: “*Salud para Todos en el año 2000*”⁴⁸. Siguiendo estos objetivos el plan de desarrollo 1978 -1982 dio prioridad a la asignación de recursos para promover acciones como el control de los factores que afectaban al grupo materno infantil, la promoción de la participación comunitaria, la prevención de enfermedades endémicas y el cuidado del medio ambiente. Aunque el énfasis gubernamental en los programas de prevención de primer nivel

⁴⁶ En este contexto creciente de insatisfacción ciudadana, surgió el “nuevo liberalismo” en 1979, liderado por Luis Carlos Galán (quien sería asesinado en 1989 cuando era candidato presidencial). Este movimiento fue una facción del partido liberal que representó a importantes sectores urbanos descontentos con la corrupción, el narcotráfico y en general con la oleada de violencia e inseguridad.

⁴⁶ Entre 1974 y 1980 hubo 258 huelgas en el sector público, de estas, 26% fueron convocadas por los trabajadores de la salud” (Hartlyn, 1993: 226).

⁴⁷ Entre 1974 y 1980 hubo 258 huelgas en el sector público, de estas, 26% fueron convocadas por los trabajadores de la salud” (Hartlyn, 1993: 226)

⁴⁸ El lema de *Salud para Todos en el año 2000*, surgió durante la conferencia internacional sobre atención primaria de salud realizada en Alma Ata en 1978. Según esta declaración, la atención primaria involucra asistencia sanitaria esencial para los individuos, familias y comunidades.

representaba un avance en materia de salud, no daba solución a otros problemas como la dotación, el funcionamiento y el déficit presupuestal hospitalario.

Pese a estos cambios positivos, el sistema de salud no había logrado la anhelada integralidad, ni la implementación de servicios de calidad para toda la población. Al contrario, cada subsector fue configurando una relativa autonomía que se traducía en núcleos de poder independientes que negociaban con sectores partidarios los alcances del control estatal, por lo que la asignación de los recursos dependía más de los vínculos partidistas que de las necesidades de las regiones; un ejemplo de esto puede verse en el testimonio de un dirigente de la Asociación Nacional de Trabajadores Hospitalarios de Colombia (ANTHOC)⁴⁹:

Se pueden citar experiencias como la del Tolima, tierra originaria de Alfonso Jaramillo Salazar, que fue ministro de salud durante el gobierno de Turbay Ayala. Durante su administración hizo que se construyera un hospital de cinco pisos en el Líbano (Municipio del departamento de Tolima), esto sin tener tanta población, sin tener tantas necesidades (Entrevista a dirigente de ANTHOC, 14/06/2005)

El final del gobierno de Turbay Ayala coincidió con la crisis de la deuda desencadenada desde principios de los ochenta en la mayoría de los países de la región. Aunque todos los países se vieron afectados de una u otra manera con esta situación, Colombia fue uno de los que sufrió menos consecuencias. Durante la llamada “década perdida”, fue el único país que no experimentó crecimiento económico negativo, debido a que su endeudamiento externo no era tan alto comparado con países como Argentina, Perú y Bolivia. Un ejemplo de esta situación lo dan los siguientes datos:

En el año peor de la crisis en cada país (en 1981-90) el PIB p/h se redujo a una tasa promedio regional anual de 1% en 1980-91 y América Latina padeció la primera superinflación en su historia. Perú, Argentina y Bolivia sufrieron las mayores caídas del PIB p/h (-3.3% a -1.4%). Sin embargo, Colombia experimentó un crecimiento de 1.6% con una

⁴⁹ Esta organización de trabajadores fue fundada en 1972, desde entonces ha concentrado sus luchas en la protección laboral de los trabajadores de la salud y en la defensa de los hospitales públicos.

inflación relativamente baja en su peor año (32%), (Mesa-Lago,2000: 15).

En este contexto de crisis económica regional inició su gobierno el conservador Belisario Betancur (1982-1986). Entre los propósitos fundamentales de este Presidente estuvieron la introducción de las políticas para descentralizar al Estado y la negociación con los grupos guerrilleros alzados en armas. Durante esta administración se iniciaron las negociaciones políticas con el movimiento guerrillero M19⁵⁰ mientras que en materia administrativa y económica se empezaron a adoptar las medidas impuestas por el BM y el FMI para respaldar la deuda. Una de las condiciones de estos organismos era la descentralización del aparato estatal, la cual estaba dirigida a recuperar el equilibrio fiscal e incluía estrategias como la reestructuración de los seguros sociales. Según Mesa-Lago (2000), las instituciones de seguridad social fueron ubicadas en los primeros estudios de las instancias internacionales como causantes de pérdidas económicas, pero también como fuentes potenciales de recursos.

En salud, una de las metas (no alcanzada) por el gobierno Betancur, era lograr una cobertura sanitaria de al menos 75% de la población. Para los años ochenta, las cifras oficiales estimaban que la cobertura en el subsector público era del 40%, la de la seguridad social del 20%, y la de la atención privada de 11%, quedando casi el 30% de la población sin acceso a ningún tipo de atención (Ministerio de Salud, 1994). Las intenciones de ampliar la cobertura de los servicios se vieron truncadas por problemas económicos relacionados con la caída de los precios del café y del aumento de las tasas de interés de la deuda externa. Estos aspectos combinados con el aumento de la violencia política, no sólo deterioraban cada vez más la credibilidad del Estado, sino que también influyeron para que constantemente se pospusieran las iniciativas de reforma social porque la prioridad una y otra vez era “el orden público”.

⁵⁰ Aunque el “Movimiento 19 de abril” (M19), se había formado desde 1974 con el objetivo de generar un movimiento urbano comprometido con la lucha armada, la mayor escalada de sus acciones se dio a partir de 1979 con el robo de 5000 fusiles de un cuartel de Bogotá y la toma de la embajada de República Dominicana al año siguiente (Palacios, 2003:271).

En este período fueron asesinados varios líderes del M19; dichas condiciones llevaron a que en junio de 1985 se rompiera la tregua pactada con este movimiento guerrillero que regresó a la clandestinidad e intensificó sus ataques. El nivel de las confrontaciones confluía en la trágica toma del Palacio de Justicia Nacional:

En noviembre de 1985, un comando del M19 asaltó el Palacio de Justicia y tomó como rehenes a todos los ocupantes del edificio, entre ellos 12 magistrados. El operativo militar para retomar el edificio duró 27 horas, en las que murieron más de un centenar de colombianos, entre ellos 11 magistrados”.(Palacios, 2003: 280).

La combinación de los ajustes económicos sobre los niveles de vida de la población y de la convulsión política, dio pie para que las centrales obreras representadas en la UTC, la CTC, la CSTC y el sindicato de maestros FECODE, intentaran unirse en lo que llamaron el Frente Sindical Democrático y convocaran a un paro nacional. Al fracasar este intento, se conformó la Central Unitaria de Trabajadores (CUT) en 1986, mecanismo que buscaba reunir y restablecer la fuerza organizativa del sector sindical. A pesar de los distintos esfuerzos realizados por los grupos obreros, su poder de presión sólo se recuperó en algunas coyunturas específicas durante las siguientes décadas. Las políticas de descentralización hicieron su entrada en 1986 durante los últimos meses de este gobierno, con la delegación de aspectos administrativos, fiscales y políticos a los departamentos y municipios. Se instauró la elección popular de alcaldes y gobernadores, al tiempo que se estimuló la participación ciudadana en las decisiones públicas. En materia de salud, estas primeras medidas descentralizadoras trasladaron la responsabilidad de mantener la infraestructura de los hospitales a los municipios, los cuales debían empezar a asignar recursos procedentes de las transferencias nacionales para construir, dotar y mantener estas instalaciones (Ley 12 de 1986).

Para el final del periodo, Betancur había fracasado en la negociación de paz con el M19, el país estaba dolido por la tragedia del Palacio de Justicia, se había incrementado la violencia del narcotráfico y la presión estadounidense para aplicar el

tratado de extradición, además de que se habían debilitado las organizaciones sindicales.

2.3 Declive del SNS (1986 – 1989)

El liberal Virgilio Barco (1986-1990) llegó al poder presidencial tras un amplio respaldo del electorado. Durante esta administración, terminó la paridad de cargos para liberales y conservadores pactada en “el Frente Nacional” y se conformó un gobierno monopartidista. En materia económica 1986 y 1987 fueron años de recuperación debido a una breve bonanza cafetera y petrolera, además del incremento de las exportaciones menores. Sin embargo, esto no repercutió en la disminución de los homicidios por delincuencia común ni de los episodios de violencia política. Por ejemplo, con el fortalecimiento de los grupos paramilitares que actuaban con el apoyo de amplios sectores del Estado y de la sociedad y con el financiamiento de organizaciones de narcotraficantes, se recrudecieron los ataques a los líderes de izquierda y a los activistas sociales.

Para entonces, se intentaba la consolidación de un nuevo partido político llamado Unión Patriótica (UP) que había nacido como resultado de los acuerdos de paz celebrados entre las FARC y el gobierno Betancur. Su actuación legal como frente político de este grupo guerrillero le había permitido ocupar cargos en el Congreso, las instituciones ministeriales y la dirección de algunos gobiernos municipales. Sin embargo, la radicalización de los grupos paramilitares puso fin a estas iniciativas de fortalecer terceras fuerzas políticas y también a la breve tregua con las FARC:

Más de mil militantes de la Unión Patriótica fueron asesinados después de su surgimiento en 1985, entre ellos sus candidatos presidenciales, varios alcaldes, senadores, representantes, concejales, diputados y dirigentes populares, en una escalada de terror que se prolongaría durante la segunda mitad de la década de los ochenta y que muy lentamente

pondría al descubierto la configuración del llamado modelo narco-paramilitar como el elemento central de la agudización de la guerra sucia (Bejarano, 1994:81)

Simultáneamente a la intensificación del conflicto interno, la administración Barco profundizó los lineamientos internacionales y se centró en el achicamiento del Estado. Una de las prioridades de este Presidente fue el reordenamiento institucional de instancias públicas como el SNS. En el diagnóstico del plan de desarrollo se hablaba de los recurrentes problemas de coordinación en el sector salud, del centralismo del sistema y de la poca efectividad en la cobertura. Con el argumento de resolver estos asuntos, se asignaron parte de los recursos de un préstamo del BM, para un estudio dirigido a la consolidación del SNS. Con este propósito, el Ministerio de Salud y el Departamento Nacional de Planeación iniciaron junto con un amplio grupo de salubristas el “Estudio Sectorial de Salud 1988 – 1989” que analizaba el estado del sector (Yepes y Sánchez, 2000).

Durante los dos primeros años del gobierno Barco (1986 y 1987), volvieron a presentarse numerosas protestas sociales⁵¹: “Se organizaron marchas cívicas y paros campesinos que además de las reivindicaciones de servicios públicos, salud, tierra y trabajo, sumaban un nuevo elemento: la exigencia del derecho a la vida” (Palacios, 2003: 283). En esta nueva coyuntura de manifestaciones ciudadanas reaparecieron las organizaciones de trabajadores coordinadas por la Central Unitaria de Trabajadores (CUT), las cuales se organizaron en torno a diversas demandas incluida la salud. Las movilizaciones no lograron transformaciones importantes en el reconocimiento de derechos sociales y mostraron la incapacidad del gobierno para ofrecer soluciones al descontento ciudadano. Recurrentemente los distintos regímenes acudieron a mecanismos como la conmoción interior⁵² para reprimir movimientos o

⁵¹ Durante este período se registraron 33 marchas campesinas, 53 tomas de lugares públicos, 39 manifestaciones, 16 bloqueos a carreteras y 38 paros cívicos” (Bejarano, 1994: 89).

⁵² El estado de conmoción interior fue una figura jurídico-política instaurada por la Constitución de 1886 que le concedía facultades extraordinarias al Presidente para reestablecer el orden público y controlar la violencia. Esta medida no sólo fue usada por distintos gobiernos colombianos en las coyunturas de violencia política sino para aplacar protestas ciudadanas que no representaban ninguna amenaza a la institucionalidad estatal.

demandas sociales. Los actores populares que para finales de los ochenta se manifestaban en la escena pública (los movimientos cívicos y campesinos especialmente) cada vez estaban más alejados de los partidos tradicionales, ya no buscaban la intermediación de los caciques locales sino que intentaron formas directas de acercamiento y negociación con altos representantes del gobierno. El desgaste del esquema fretenacionalista repercutió para que se evidenciara la necesidad de instaurar movimientos o partidos de oposición (casi inexistentes durante la segunda mitad del siglo XX) que constituyeran opciones alternativas al bipartidismo.

Entre los actores que se debilitaron con la puesta en marcha del SNS estuvieron las beneficencias privadas, dado que la atención a los pobres se había concentrado fundamentalmente en instancias públicas. Así mismo, al final de este período los sindicatos obreros habían perdido poder de negociación y organismos internacionales como la OPS dejaban de tener incidencia en el sector por el giro que empezaban a dar los enfoques de la salud. A cambio, empezó a fortalecerse la influencia del BM y la presencia del subsector privado conformado por empresas adscritas a la dinámica del mercado, como los hospitales privados, la naciente medicina prepagada y los seguros de indemnización en salud. De acuerdo con uno de los consultores que hacían parte del ministerio durante estos años: “para finales de los ochenta aproximadamente 1.5 millones de personas estaban amparadas a aseguradoras privadas” (Olano, 1991: 121).

A pesar de los distintos intentos realizados en este período para reorganizar el sector de la salud, se mantuvieron los problemas de cobertura y dotación hospitalaria a la vez que no se logró la coordinación entre los subsectores público, de la seguridad social y privado. Esto significaba que los servicios seguían siendo diferenciales según los grupos atendidos y que un amplio sector de la población continuaba sin acceso al sistema. La SUPERSALUD que era la instancia encargada de vigilar el SNS permanentemente justificaba su falta de medidas para intervenir estos aspectos, en la insuficiencia de recursos humanos, la limitación de los presupuestos y el poder de los

subsectores de la seguridad social y privado, quienes nunca se adscribieron totalmente a la normatividad del SNS.

El sector salud muy pocas veces fue un tema relevante en la opinión pública durante estos años, debido a que las condiciones del contexto permanentemente repercutían para que la seguridad pública estuviera en primer lugar. En los planes de desarrollo gubernamentales los asuntos sociales casi siempre eran secundarios, mientras el mayor rubro del presupuesto se destinaba al gasto militar con el argumento de combatir la subversión y el narcotráfico, aspectos que por demás no se tradujeron en una mayor capacidad de suministrar seguridad a la ciudadanía⁵³. Hasta finales de los ochenta, tanto el poder Ejecutivo como el militar tuvieron concesiones excesivas que se decían necesarias para controlar las explosiones de violencia.

⁵³ Una revisión del gasto de la fuerza pública en Colombia entre 1926 y 1998, muestra que como proporción del PIB este creció 1,532% mientras que el gasto del gobierno central con otros destinos creció 1,245% . Tal comportamiento se explica porque el gobierno central destinó, en promedio, más recursos al sector defensa que al resto de los sectores (Tobar y otros, 1999:169).

**CUADRO 5:
PERIODOS, EVENTOS, ACTORES Y MECANISMOS ANTES DE LAS REFORMAS DE LOS NOVENTA
Período: Antecedentes históricos 1886-1989**

Sub - periodos	Eventos	Actores	Mecanismos de intervención e interacción
1) Las políticas de salud antes de la creación del SNS (1886-1974)	Instauración de primeras medidas de salubridad (1886-1929)	<ul style="list-style-type: none"> -Gobiernos conservadores -Junta Central de Higiene hasta (1886-1918) -Dirección Nacional de Higiene entre (1918 – 1925) -Dirección Nacional de Higiene y Asistencia Pública (1925-1931) -Departamento Nacional de Higiene (1931-1938) -Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social (1938-1946) -Ministerio de Higiene (1946-1953) -Ministerio de Salud Pública (1953) -Médicos higienistas y del sector privado -Beneficencias privadas - élites cafeteras -Organizaciones obreras (de trabajadores de los puertos, ferrocarriles y obras públicas) -Fundación Rockefeller -Oficina Sanitaria Internacional 	<ul style="list-style-type: none"> - Acciones para combatir las epidemias y proteger el ambiente - Introducción de primeras medidas de protección laboral -Atención individual en manos de beneficencias y médicos privados e higienistas -Alianzas de grupos económicos dominantes, Iglesia católica y partido conservador -Huelgas obreras -Represión de las protestas obreras por parte del régimen
	-Creación del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social (1930-1939)	<ul style="list-style-type: none"> -Gobiernos liberales -Confederación de Trabajadores de Colombia (CTC) -Médicos organizados en sector privado -Jerarquía eclesiástica -Grupos económicos poderosos -Beneficencias privadas - Trabajadores del sector público -Organización Internacional del Trabajo (OIT) 	<ul style="list-style-type: none"> -Plan de reformas sociales: “la revolución en marcha” de López Pumarejo -Reconocimiento de la asistencia pública como función del Estado -Alianzas de CTC y gobierno liberal -Alianzas gremios estatales y profesionales con partido liberal -Políticas sociales dirigidas a los pobres, los obreros y la erradicación de enfermedades.
	Creación de las instituciones de seguridad social y del Ministerio de Salud Pública (1940-1957)	<ul style="list-style-type: none"> -Gobierno liberal -Gobierno conservador -Gobierno militar (rojas pinilla) -Unión de Trabajadores de Colombia (UTC) - Federación Médica de Colombia -Gremios de industriales y comerciantes -Élites sindicales -Sociedad de agricultores de Colombia -Beneficencias privadas -Jerarquía eclesiástica -Trabajadores del sector público -Organización Panamericana de la Salud -Banco Mundial -Fundación Rockefeller 	<ul style="list-style-type: none"> -Creación del seguro social -Alianzas de la UTC con gobierno conservador -Rechazo a la creación del ISS por parte de médicos -Creación de programas de seguridad social con prestaciones y financiamiento diferencial -Enfrentamientos entre liberales y conservadores (explosión de la violencia) -Represión protestas obreras -Inician misiones del BM -Énfasis en acciones de salud colectiva

Período: Antecedentes históricos 1886-1989

Sub - periodos	Eventos	Actores	Mecanismos de intervención e interacción
<p>Continua 1) Las políticas de salud antes de la creación del SNS (1886-1974)</p>	<p>La planificación de la salud (1958-1974)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Representantes de partidos Liberal y conservador - Grupos económicos dominantes (industriales y comerciantes) - Jerarquía eclesiástica - Trabajadores del sector público - Ministros de salud pública - Federación Médica de Colombia - Sindicato ISS - Beneficencias privadas - Confederación sindical de trabajadores de Colombia - Guerrillas comunistas - OPS - CEPAL 	<ul style="list-style-type: none"> - Pacto bipartidista "Frente Nacional" - Clientelismo político - Cooptación de gremios y organizaciones de trabajadores por el régimen - Levantamientos armados de guerrillas comunistas - Introducción de "La alianza para el progreso" - Adscripción de Colombia a acuerdo de "Punta del Este" - Protección de la industria nacional - La salud se concibe como componente del desarrollo - Implementación de estrategias de planificación de la salud centralizadas en el Estado - Creación de instituciones y propuestas para la atención de la salud colectiva: planes de salud y planes hospitalarios - Obstaculización de propuestas de reorganización del sector por grupos parlamentarios aliados con médicos, obreros y trabajadores públicos - Concesión de facultades extraordinarias al ejecutivo para reorganizar el sector salud
<p>2) Los intentos fallidos por la integración de la salud pública (1975-1989)</p>	<p>- La creación del SNS y la huelga de los trabajadores de la salud: (1975-1978)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gobierno liberal de López Michelsen - Ministerio de Salud-SUPERSALUD - Empresarios - Campesinos - Jerarquía eclesiástica - Líderes de partidos - Organizaciones obreras - Sintra ISS - ASMEDAS - ANTHOC - Médicos del gremio privado - Asociaciones y gremios de empleados de la salud - ASCOFAME y Federación Médica de Colombia - Ministra de trabajo María Elena Crovo - OPS 	<ul style="list-style-type: none"> - Se promueven tendencias aperturistas y desmonte de sustitución de importaciones - Oposición de los trabajadores a la integración del seguro social en el SNS y al cambio de status laboral - Huelgas de trabajadores de la salud en 1977 - Acuerdo entre gobierno y trabajadores del seguro social

Período: Antecedentes históricos 1886-1989

Sub - períodos	Eventos	Actores	Mecanismos de intervención e interacción
<p>Continua 2) Los intentos fallidos por la integración de la salud pública (1975-1989)</p>	<p>-Auge de la atención primaria (1978-1985)</p>	<p>-Gobierno liberal de Turbay Ayala -Gobierno conservador de Betancur -Ministerio de Salud-SUPERSALUD -Ministerio de Salud -Médicos del gremio privado -Sintra ISS -ASMEDAS -ANTHOC -Sindicato de Maestros Fecode -Centrales Obreras reunidas en la CUT -Grupo guerrillero M19 -Salubristas -OPS -Banco Mundial -FMI</p>	<p>-Represión de movilizaciones sociales -Conflictos entre obreros y régimen -Promoción de acciones de atención primaria en salud -Fragmentación de las instituciones de salud y consolidación de núcleos independientes -Unión de grupos sindicales -Introducción de primeras medidas de descentralización del Estado</p>
	<p>-Declive del SNS (1986-1989)</p>	<p>-Gobierno liberal de Virgilio Barco -Partido de izquierda Unión Patriótica -Grupos paramilitares -Central Unitaria de Trabajadores (CUT) -Sintra ISS -ASMEDAS -ANTHOC -Movimientos cívicos (indígenas, mujeres, jóvenes) y campesinos -Salubristas y médicos -Aseguradoras privadas -OPS -Banco Mundial</p>	<p>-Conformación de gobierno monopartista (fin de Frente Nacional) -Se intenta consolidación de terceras fuerza política (Unión Patriótica) -Radicalización grupos paramilitares de ultra derecha contra UP y líderes sociales -Políticas de achicamiento del Estado -Protestas sociales por políticas estatales -Se debilitan lazos de organizaciones obreras y sociales y partidos políticos tradicionales -Informes gubernamentales argumentando necesidad de reforma en sector salud -Estudios para conocer estado del sector salud y proponer cambios</p>

SEGUNDA PARTE
LA CONTIENDA POR LAS
REFORMAS: 1990-2006

CAPITULO IV

SE ACTIVAN LOS CAMBIOS:

AGENDA Y DISEÑO DE UN NUEVO SISTEMA DE SALUD (1990 – 1994)

En el momento del diseño del sistema de seguridad social en salud pocos actores captaron el tamaño de las transformaciones, las dimensiones del cambio (Entrevista a Hernández, 01/06/05).

Introducción

Este capítulo reconstruye el proceso de agenda, diseño y aprobación de la reforma llevada a cabo en el sector salud durante los primeros años de la década de los noventa. Con el fin de ilustrar la ruta que llevó a que se estableciera el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) el análisis se divide en dos sub-períodos: el primero, hace un recuento de la consolidación de la descentralización del sector con la aprobación de la Ley 10 de 1990, de la promulgación de la Constitución de 1991 y de la discusión de los primeros proyectos de Ley para reformar el SNS. El segundo, se centra en el diseño, aprobación y reglamentación del SGSSS. Finalmente, se hace un balance de los resultados en términos de ganadores y perdedores después de las transformaciones.

Esta etapa tuvo como marco de referencia las directrices del Banco Mundial (BM) y del Fondo Monetario Internacional (FMI), que para entonces se habían convertido en los organismos orientadores del desarrollo en la región; pero también, y sobre todo, estuvo determinada por una serie de particularidades del contexto colombiano. El plan de desarrollo del gobierno de Cesar Gaviria (1990-1994) fue el eje para consolidar las políticas de apertura económica, la descentralización, la privatización de empresas públicas, la desregulación de los mercados financieros y la flexibilización laboral. Paralelamente, se inicio una reforma estructural del Estado

que buscaba recuperar la legitimidad de las instituciones, democratizar la vida política y ampliar las garantías ciudadanas. Con tales propósitos, se convocó a una Asamblea Nacional Constituyente y se proclamó la Constitución de 1991. Ambos procesos, de por sí contradictorios, imprimieron nuevas dinámicas en las relaciones entre el Estado y la sociedad.

La nueva Carta política significó avances en el reconocimiento de derechos económicos, sociales y culturales pero no se resolvió la crisis política exacerbada desde finales de los ochenta. Durante este período, se intensificaron las acciones de los grupos armados (como las FARC, el ELN y los paramilitares) que no hicieron parte de los acuerdos constitucionales, continuaron los problemas con el narcotráfico y se incrementaron los homicidios: “En los diez años transcurridos entre 1990 y 1999 260,690 colombiano fueron víctimas de homicidios” (Palacios, 2003: 654). Además, en la medida en que se crearon las condiciones para que nuevos partidos y movimientos se integraran a la vida política, también se establecieron nuevas alianzas entre los grupos tradicionales para mantener el control del poder.

En los balances sobre el desempeño del Estado colombiano realizados a principios de los noventa, la salud fue uno de los sectores más criticados debido al centralismo, la baja cobertura, la fragmentación de los servicios y los problemas financieros. Estos aspectos fueron tomados como muestra del desgaste de los sistemas de protección social y del uso ineficiente de los recursos públicos. La solución para estos problemas según las directrices neoliberales debía buscarse en la aplicación de mecanismos de mercado (competencia, regulación e incentivos). Bajo esta lógica fue creado el SGSSS en 1993. Esta estructura dio inicio a una serie de cambios institucionales y presupuestales, y a una nueva dinámica en la correlación de fuerzas entre los diversos actores del sector.

1. De la descentralización sectorial a las reformas estructurales (1990 – primeros meses de 1993)

1.1. La consolidación de la descentralización de la salud: Ley 10 de 1990

Aunque el Banco Mundial se había afianzado desde 1983 como un actor importante dentro del sector salud colombiano por su papel como organismo financiador, es a partir de los lineamientos del informe de 1987 que ejercería una influencia más decisiva en los procesos de reforma. El equipo del BM, conformado por John Akin, Nancy Birdsall y David de Ferranti (1987), elaboró una propuesta para financiar la atención en salud en contextos de austeridad presupuestal. Las medidas se basaban en la implementación de cuatro estrategias: 1) cobro de cuotas moderadoras a los usuarios de los servicios públicos de salud, 2) establecimiento de incentivos para el desarrollo de seguros de salud, 3) empleo eficiente de los recursos gubernamentales y 4) descentralización de los servicios de salud. Este enfoque representaba una nueva tendencia fundamentada en el análisis del costo / beneficio de las acciones de salud. Se abogaba por recomponer el equilibrio fiscal en el sector y promover cambios en el papel del Estado. Las soluciones pasaban fundamentalmente por la reorientación del gasto público y por la expansión y apertura de nuevos mercados.

Según Hernández y Obregón (2002), inicialmente los criterios establecidos por el BM no fueron totalmente retomados en Colombia. Los primeros intentos para responder a la crisis del sector apuntaron sobretodo a consolidar el SNS más que a reformarlo. La materialización de esta tendencia fue la Ley 10 de 1990, que ordenaba la descentralización administrativa y financiera del sistema de salud. Los lineamientos que sirvieron de base para esta reglamentación fueron tomados del *Estudio Sectorial de Salud* (1988-1989), dirigido por el médico investigador en asuntos de salud Francisco Yepes Luján y realizado con recursos del BID. Este estudio insistía en priorizar las directrices de la OMS – OPS sobre la promoción de la atención primaria y la prevención en salud por encima de los parámetros de mercado.

La Ley que aprobó la descentralización en 1990, concebía la salud como un servicio público que debía estar a cargo del Estado y a la descentralización como un medio para reordenar la oferta de servicios y las competencias administrativas. El objetivo era comprometer a los gobernantes y a las comunidades en la extensión de la cobertura y en el acceso a los servicios. Las nuevas medidas establecieron que los municipios serían los responsables del manejo de los recursos y de la prestación de los servicios⁵⁴, mientras que el Ministerio de Salud se encargaría de formular las políticas y normas sectoriales, y la Superintendencia de Salud de las funciones de inspección, vigilancia y control (Londoño, 2001). Aunque la descentralización de competencias y recursos del sector salud hacia los entes territoriales había comenzado desde 1987 con la delegación a los municipios de la inversión en infraestructura hospitalaria, fue la ley 10 de 1990 la que reorganizó el SNS.

Para hacer efectiva la transferencia de recursos los entes territoriales debían cumplir con unas condiciones que los acreditaban como aptos para el manejo del situado fiscal. Por ejemplo, debían instaurar la obligatoriedad de la carrera administrativa, hacerse responsable de la carga prestacional de los trabajadores y de transformar los hospitales públicos locales en empresas autónomas. Estas disposiciones generaron reacciones diversas, por un lado, algunos consideraron la mayor autonomía política, administrativa y fiscal como una posibilidad de fortalecer sus redes de poder, como fue el caso de muchos dirigentes locales vinculados con los partidos tradicionales e interesados en el monopolio de los recursos, pero también de los actores armados que vieron esta medida como una forma de apropiarse de dineros del Estado, especialmente los grupos paramilitares habían extendido notablemente sus redes y tenían el control de distintos gobiernos locales. Por otro, los gremios sindicales del sector como el sindicato del ISS y y ANTHOC se opusieron a la transferencia de los pasivos pensionales a los municipios porque decían que esta era

⁵⁴ Según la Ley 10/90, las entidades territoriales debían organizar un fondo local para manejar el presupuesto de la salud, el mismo estaría sometido a las normas del régimen fiscal de dichas entidades y recibiría las rentas nacionales cedidas o trasferidas para los servicios destinados al sector.

una forma de que el Estado central se desentendiera de las soluciones a estos problemas.

Según el discurso oficial, la descentralización debía contribuir a mejorar el desempeño del sector en cuanto a eficiencia, equidad y calidad en los servicios. Los cambios se promovieron bajo el objetivo de acercar los servicios de salud a la población, y con tal fin se incentivaron estrategias como el nombramiento de un representante de las comunidades en las juntas directivas de los servicios. Esto explica porqué en un principio muchas organizaciones sociales y comunitarias vieron la Ley 10/90 como una opción para conseguir atención en salud y ampliar la participación. Otros actores, como los sindicatos de la salud, siempre fueron opositores. Estos últimos argumentaban que las reestructuraciones apuntaban a debilitar aún más su estructura gremial al quitarles la posibilidad de negociar con un solo patrón (el Estado)⁵⁵. Era evidente que detrás de las propuestas de descentralización se ocultaba la intención de disminuir costos laborales y fragmentar a los grupos sindicales que ejercían un poder importante en el ámbito nacional (como el sindicato del seguro social). Según las doctrinas económicas neoliberales, el intervencionismo estatal había ayudado a la configuración de actores sociales como los sindicatos, quienes, por su inflexibilidad y su corrupción hacían ineficiente la economía, además de ser obstáculos para agenciar las reformas (Ocampo, 1993).

Aunque los principios generales de la ley 10/90 apuntaban a integrar el sistema de salud y promover el liderazgo estatal en el manejo del sector, su aplicación tuvo incidencia sólo en la red pública de servicios que cubría a la población pobre, debido a que los subsectores de la seguridad social y privado conservaron su autonomía institucional, técnica y financiera (Hernández, 2002b). De esta manera, los problemas de fragmentación se mantuvieron y los actores se concentraron en seguir defendiendo intereses de grupos particulares.

⁵⁵ La ley 50/90 ya había introducido las condiciones para legitimar la “flexibilidad laboral”. Por los recortes de personal los sindicatos estaban debilitados y los trabajadores asalariados habían empezado a perder centralidad en la contienda política.

1.2. La constitución de 1991. Nuevos pactos – viejos vicios

Al comenzar la década de los noventa, un grupo de estudiantes de universidades públicas y privadas se tomaron la escena pública para exigir el cese de la violencia⁵⁶ y la reforma de las instituciones estatales. El asesinato del candidato liberal Luis Carlos Galán fue el detonador de estas manifestaciones ciudadanas que lograron que en las elecciones realizadas en marzo de 1990 para representantes parlamentarios, gobernadores y alcaldes, se incluyera una iniciativa llamada “séptima papeleta”. Esta consistía en un voto adicional para solicitar la convocatoria de una Asamblea Constituyente para reformar la Carta política de 1886. Cabe resaltar, que la campaña presidencial 1989-90 fue especialmente trágica, en ella fueron asesinados tres de los candidatos: Galán del partido liberal, Carlos Pizarro de la AD-M19 y Bernardo Jaramillo Ossa de la Unión Patriótica.

En medio de esta coyuntura política llegó a la presidencia el liberal Cesar Gaviria Trujillo (1990-1994), quien heredó la candidatura presidencial porque se desempeñaba como jefe de campaña del representante liberal asesinado. Durante este gobierno se dieron dos sucesos que marcaron la pauta en las interacciones de los actores: se proclamó la Constitución de 1991 y se formalizó la entrada de las políticas neoliberales. El plan de desarrollo conocido como “La revolución pacífica” priorizó aspectos como la liberalización de la economía y la libre competencia. En materia de salud, el plan se propuso incrementar los niveles de eficiencia, la promoción de la competencia y el establecimiento de subsidios a la demanda: “Se trata de inducir la eficiencia en las acciones estatales, permitiendo la competencia de los agentes no gubernamentales y utilizando nuevos instrumentos como los subsidios directos a la demanda” (Gaviria, 1991)

⁵⁶“Tras el período conocido como “la violencia” (1946-1964) el país había logrado disminuir lentamente sus niveles de criminalidad hasta alcanzar cifras en los años setenta que no estaban lejos del promedio de América Latina. En 1970, por ejemplo se produjeron 4,445 homicidios. Esta cifra se duplica en 1983 (9,829) y se multiplica por seis en 1991 (25,190). (Pizarro, 2004: 222).

En este marco de transformaciones el movimiento exguerrillero recientemente incorporado a la vida civil Alianza Democrática M-19⁵⁷ (AD-M19) fue delegado para el manejo del Ministerio de Salud entre 1990 y 1992. Mientras la AD-M19 estuvo a cargo de esta cartera buscó tomar distancia de los lineamientos del BM y retomó las estrategias de promoción y prevención promovidas por la OPS. Una de las metas más importantes del Ministro de Salud Camilo González Posso (1991-1992) por ejemplo, era la creación de un sistema público universal de salud, propuesta que iba en contravía del deseo de privatización del Ejecutivo. Las diferencias en las concepciones de salud entre estas dos instancias, estuvieron latentes en los debates constitucionales para reformar el sector.

La Asamblea Nacional Constituyente elegida en diciembre de 1990 estuvo compuesta por una pluralidad de actores, incluidos exguerrilleros recientemente reinsertados. La misma, estuvo conformada por 70 delegados de los cuales 25 pertenecían al partido liberal, 19 al movimiento AD M-19, 11 al Movimiento de Salvación Nacional formado por una división del partido conservador y liderado por Álvaro Gómez, 9 al Partido Conservador; y los indígenas, la Unión Patriótica y los grupos evangélicos tuvieron cada uno dos delegados. El partido revolucionario de los trabajadores (PRT) y el movimiento indígena Quintín Lame⁵⁸ tuvieron un representante cada uno pero sin derecho a voto (Calderón, 2003). Esta apertura fue recibida con entusiasmo por distintos grupos sociales que esperaban que este nuevo pacto político significara, por fin, su inclusión y reconocimiento.

El texto de 1991 intentaba devolver credibilidad a los partidos políticos y recuperar legitimidad institucional. La nueva carta proclamó a Colombia como un Estado social de derecho e intentó superar el bipartidismo mediante la apertura a la participación de nuevos partidos y movimientos políticos. Fueron reconocidos

⁵⁷ Como resultado de los diálogos de paz iniciados desde mediados de los ochenta, tanto la Alianza Democrática M-19, como el Ejército Popular de Liberación (EPL) y la Unión Patriótica (UP) se habían articulado como movimientos políticos. Estos grupos contaron con un respaldo importante en las elecciones para la Asamblea Constituyente.

⁵⁸ En sus orígenes este fue un movimiento armado indígena surgido en el departamento del Cauca. Este grupo se desmovilizó en 1991.

nuevos actores en el escenario, como los indígenas y las comunidades negras, se instauraron mecanismos para favorecer la participación de la ciudadanía, y se reforzó la tendencia descentralizadora. En este contexto, fueron asignados nuevos recursos financieros para la salud y se definió la atención en salud, como un servicio público a cargo del Estado (art. 49 de la Constitución de 1991).

Estos cambios a la vez que significaban una apertura hacia la democratización, también introdujeron artículos que, en el caso específico de la salud, sirvieron para reforzar la presencia de la iniciativa privada, como el artículo 48 que establece que: La seguridad social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas de conformidad con la ley. Esta apertura a la competencia, a la vez que dejó en manos del Estado la responsabilidad de dirigir y coordinar el sistema de salud, admitió la presencia activa del sector privado en el manejo de los servicios⁵⁹. No puede negarse el carácter progresista de la nueva Carta, pero tampoco puede desconocerse que también creó el marco institucional adecuado para introducir la lógica del mercado.

En el marco de las disposiciones constitucionales transitorias, se nombró una Comisión Constitucional de Seguridad Social que tuvo una importante presencia de las organizaciones sindicales y además contó con representantes del partido de izquierda UP. Se dividió en tres subcomisiones de pensiones, salud y atención social de las personas mayores y de las Cajas de Compensación Familiar. La comisión estaba encargada de elaborar una propuesta integral de reestructuración de la seguridad social, que debía servir de base para el proyecto de reforma que el Ejecutivo iba a presentar ante el Congreso. El debate se concentró en el tema de las pensiones y se caracterizó por la presencia de dos posiciones divergentes: universalizar y unificar el sistema mediante el liderazgo estatal, o introducir la lógica del mercado y focalizar la seguridad social. Entre septiembre de 1991 y enero de

⁵⁹ Casos como el mexicano tuvieron una trayectoria similar. La reforma constitucional realizada en este país en 1984 proclamó el 'derecho a la salud' pero introdujo a la iniciativa privada por la puerta trasera, misma que antes no había sido participe del sector salud hasta entonces.

1992, esta instancia sesionó dos veces por semana y contó con la participación de miembros del gabinete y directores de las entidades públicas, así como de representantes de los sindicatos, gremios empresariales y algunos movimientos políticos y sociales.

La subcomisión de salud, al igual que la comisión general, tuvo grandes diferencias internas. En el único tema en el que se mantuvo cierto consenso fue en la necesidad de reformar el sector. De acuerdo con un informe del Viceministro de Salud de principios de los noventa, aunque la ley 10 había abierto caminos para adecuar los servicios de salud, era insuficiente para continuar avanzando en aspectos claves como la fragmentación institucional, los altos costos, la insatisfacción de los usuarios y la inadecuada distribución de los recursos (Agudelo, 1991). Según datos de esta cartera, en la estructura del Sistema Nacional de Salud existente desde 1975, “las entidades de seguridad social captaban al 18% de la población, y otro 17% era atendido por entidades privadas. El sector oficial tenía una cobertura menor al 40%, y dejaba por fuera a casi la tercera parte de la población” (Ministerio de Salud, 1994a:158).

Las discusiones de la subcomisión de salud pueden resumirse en tres tendencias que ilustran la forma como se presentó la correlación de fuerzas en ese momento. La primera, liderada por el Ministerio de Salud en manos de la AD- M19, se basó en la creación de un sistema de aseguramiento universal descentralizado territorialmente pero administrado en forma unificada. Se planteaba una estructura administrativa territorial de direcciones de salud que fortaleciera la red de hospitales públicos y los programas de atención primaria. Esta propuesta estuvo liderada por Camilo González Posso entonces Ministro de Salud y por Carlos A. Agudelo su Viceministro, quienes se apoyaron en un grupo de consultores como Julio Silva Colmenares, Iván Jaramillo y Guillermo Olano para validar el proyecto de creación de un seguro nacional de salud.

La segunda tendencia estuvo liderada por un grupo de técnicos del Departamento Nacional de Planeación al que pertenecían economistas como Juan Luis Londoño y Nelcy Paredes, y que contaba con el apoyo mayoritario de funcionarios de alto nivel, incluyendo al Presidente de la República. Su propuesta optaba por el aseguramiento individual, los subsidios a la demanda para la población de menores recursos y la instauración de la libre competencia. Se contemplaba la segmentación en distintos niveles con la creación de dos subsistemas: uno para los trabajadores asalariados y sus familias, operado por aseguradoras públicas y privadas, y otro, subsidiado y de carácter público para la cobertura de la población pobre. Los demás prestadores de salud (clínicas privadas, organizaciones de beneficencia, hospitales públicos) debían adaptarse para funcionar bajo la lógica de la libre elección.

La tercera propuesta, presentada por el Instituto de Seguros Sociales, estuvo encabezada por Cecilia López Montaña, entonces directora general del ISS, adscrita a una facción del Partido Liberal que se oponía a la línea representada por Gaviria. La propuesta de este grupo consistía en un seguro universal administrado bajo la lógica institucional del Seguro Social. La idea era aumentar los afiliados al régimen contributivo del ISS mediante subsidios gubernamentales. Los miembros de este sector aceptaban cierto nivel de competencia, siempre y cuando se mantuviera el monopolio de esta institución en el sistema de afiliación y de recaudación de las cuotas. El sector médico sindicalizado en ASMEDAS apoyaba esta tendencia.

Los médicos del sector privado estaban representados por la Asociación Médica Colombiana y por la Federación Médica. Ambos tuvieron escasa participación en los debates a pesar de la incidencia que habían tenido en el sector. Las pocas expresiones públicas de estos actores mostraban una opinión favorable y de apoyo a la propuesta del Ejecutivo, debido a que uno de sus intereses era ampliar las posibilidades de contratación como prestadores privados. Este debate se vio nutrido por la participación de otros representantes de la Central Unitaria de Trabajadores

(CUT), de la Unión Patriótica⁶⁰ y de algunos académicos y políticos de larga trayectoria en el sector como Antonio Yepes Parra (Partido Liberal), cuyas propuestas apuntaban a aspectos específicos de administración o cobertura, sin lograr un acuerdo integral sobre la ruta de las transformaciones. Otras instancias universitarias y organizaciones no gubernamentales como la Fundación para la Educación Superior y el Desarrollo (Fedesarrollo) y la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia también se articularon a las discusiones mediante investigaciones, foros y seminarios sobre el tema. Según Ramírez (1993), los estudios de Fedesarrollo incidieron en el enfoque definitivo del proyecto de reforma.

Aunque durante las discusiones sobre la ruta que debían seguir las reformas se dieron posiciones coincidentes sobre la necesidad de ampliar las coberturas y mejorar la eficiencia y calidad de los servicios, fueron más fuertes los desacuerdos entre quienes abogaban por la necesidad de impulsar un sistema público universal y los que defendían el aseguramiento individual y la introducción de mecanismos de mercado. Los enfrentamientos entre estas corrientes y la falta de consenso en temas centrales como el tipo de aseguramiento, el papel del Estado, la separación entre aseguradores y prestadores de los servicios y la financiación fueron el pretexto para que los resultados de esta discusión no fueran tomados en cuenta en la formulación del proyecto de reforma que haría el Ejecutivo.

1.3. Reformar por decreto vs. Reformar por consenso: El proyecto de Ley 155 de 1992

El Presidente Gaviria era uno de los más férreos defensores del modelo chileno, y desde su paso por el Ministerio de Hacienda durante el gobierno Barco, se había

⁶⁰ La Unión Patriótica tuvo como delegado en la Comisión Constitucional de Seguridad Social a Álvaro Cardona, quien presentó una propuesta para la creación de un Seguro Nacional de Salud (SNS). En esta admitía la presencia de prestadores privados siempre y cuando estuvieran articulados al SNS.

inclinado por medidas tendientes a fortalecer el mercado⁶¹. Por consiguiente, la privatización de los fondos de pensiones constituía una de las prioridades en su política económica. Desconociendo muchas de las recomendaciones de los grupos que conformaron la subcomisión constitucional de salud, el gobierno presentó en septiembre de 1992 el Proyecto 155 ante el Congreso. Este planteaba la reforma del sistema de pensiones sin incluir la salud y proponía la liquidación total del ISS para poner en su lugar un sistema de ahorro individual administrado por fondos privados.

La omisión de la salud en la agenda del Ejecutivo no fue bien recibida por un sector del Congreso, representado en la Comisión Séptima que estaba encargada de los asuntos de la Seguridad Social, y en la que tenían representación grupos como los pensionados, los nuevos partidos como la AD-M19 y la Unión Patriótica, además de algunos médicos como el parlamentario conservador Jaime Arias quien aunque no se oponía a los propósitos de la reforma impulsada por el gobierno, demandó la necesidad de incluir la salud (Ramírez, 1993). Esta Comisión vetó el proyecto 155 y solicitó al gobierno una reforma integral de la seguridad social. Con el fin de neutralizar las presiones de estos actores, Gaviria convocó a un grupo de técnicos para que elaboraran una nueva propuesta que pudiera integrar tanto la salud como las pensiones. Este grupo estaba bajo la supervisión del Ministro de Salud, que para ese momento era Gustavo de Roux, integrante de la AD-M19, y de Juan Luis Londoño, entonces sub-director del Departamento Nacional de Planeación (DNP). También incluía otros técnicos como la economista Nelcy Paredes del DNP, Eliseo Velásquez del ISS, Mauricio Perfetti del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social e Iván Jaramillo asesor del Ministerio de Salud. Entre octubre y noviembre de 1992, este equipo se encargó de elaborar una propuesta para la reforma del sector salud. La propuesta debía combinar elementos de competencia con mecanismos de solidaridad y compensación, con el objetivo de conciliar aspectos de los dos enfoques en pugna

⁶¹ El modelo chileno creado en los ochenta se caracterizaba por la implementación de planes privados de seguros conocidos como ISAPRE (Instituciones de Salud Provisionales). Esta modalidad aumentó notoriamente las instituciones privadas de servicios (Solimano y Vergara, 2007 y Tetelboin, 2007).

manifiestos desde las discusiones de la comisión constitucional (Ramírez, 1993; Ministerio de Salud, 1994a).

El documento conocido como “Proyecto Hatogrande”, que fue presentado al Presidente en noviembre de 1992, implicaba cambios generales en el sector: la creación de un sistema de seguro obligatorio de cobertura familiar, la promoción de la competencia entre proveedores de salud públicos y privados, y la instauración de subsidios a la demanda. A pesar de que la convocatoria para elaborar el proyecto de reforma había sido realizada por el Ejecutivo, nuevamente el Presidente Gaviria descartó las transformaciones generales propuestas porque “exigían muchos cambios institucionales y el debate podía obstaculizar la discusión del proyecto de pensiones” (Jaramillo, 1999: 43). Debido a los obstáculos que permanentemente se ponían a la concertación de una propuesta de reforma de salud, el Ministro Gustavo de Roux presentó su renuncia, lo que a la vez condujo a que el AD-M19 perdiera liderazgo en la oposición a las medidas privatizadoras que el Ejecutivo insistía en imponer.

Gaviria aprovechó esta coyuntura para hacer cambios estratégicos en los ministerios e instituciones más importantes. Para los cargos directivos, seleccionó a un grupo de personajes que había participado en las reformas económicas de primera generación y que coincidían con su visión de la reforma. En el ISS nombró a Fanny Santamaría y el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social quedó a cargo del Luís Fernando Ramírez, ambos ex-funcionarios del Ministerio de Hacienda. A la cabeza del Ministerio de Salud puso al economista doctorado en Harvard y ex-subdirector del Departamento Nacional de Planeación Juan Luis Londoño, quien se convertiría en el principal gestor de las transformaciones (Ramírez, 1993). Como parte de las estrategias para legitimar la reforma, este grupo se centró en los análisis de factibilidad financiera, lo que daba un matiz técnico a las discusiones y a la vez limitaba la participación de muchos agentes quienes, no entendieron en un principio la terminología y propósitos de los debates. La participación de estos tecnócratas se convirtió en una de las claves más importantes para impulsar los cambios estructurales en el sector de la salud.

En noviembre de 1992, el nuevo Ministro de Salud Juan Luis Londoño, presentó ante el Congreso una adición al proyecto de ley 155/92, que proponía la creación de un régimen subsidiado para los más pobres. La finalidad era complementar el proyecto de pensiones con una alternativa de salud basada en subsidios a la demanda para la población a cargo del subsector público. Pero este intento del Ejecutivo fue nuevamente vetado por la Comisión Séptima, argumentando que se insistía en una reforma parcial y no integral del sector salud. La renuencia del Congreso forzó al ministro Londoño a retomar los planteamientos generales del proyecto “Hatogrande” y a reiniciar los debates con los actores del sector.

Durante los primeros meses de 1993, distintos grupos presentaron propuestas con la intención de que fueran incluidas en la versión final del proyecto de reforma. En primer lugar, un grupo del partido conservador, liderado por el Jaime Arias propuso la articulación de la salud al proyecto del gobierno pero como un eje independiente de las pensiones. Su proyecto se centraba en la creación de un sistema de protección pública en salud que mantuviera los tres subsectores tradicionales, pero con la aprobación de un seguro popular para la atención de los más pobres. Esta iniciativa no tenía muchas diferencias con el Proyecto antes presentado por el Ministro Londoño y vetado por el Congreso. Las Cajas de Compensación Familiar, por su parte, propusieron un seguro único de salud administrado por agencias públicas y privadas de salud.

La Asociación Médica Sindical (ASMEDAS) y la Asociación de Facultades de Medicina (ASCOFAME), coincidieron en la necesidad de conservar y fortalecer al ISS y en aumentar la contratación con instituciones privadas. Mientras las organizaciones de los trabajadores de salud del sistema público asociado en organizaciones como ANTHOC y la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (ANEC) estaban a favor de la creación de un sistema público único que integrara tanto a la red pública como al ISS. En estas demandas también habían hecho presencia nuevos actores como los indígenas y los afrodescendientes, quienes desde las discusiones constitucionales habían buscado el reconocimiento de los derechos de

las minorías étnicas. En el campo particular de la salud, estos grupos reclamaban la constitución de regímenes especiales para sus comunidades.

Aunque las empresas privadas de salud habían estado presentes de una u otra forma en los debates previos, y habían apoyado al Ejecutivo en la idea de privatizar al estilo chileno, sólo hasta esta etapa de los debates se pronunciaban abiertamente mediante la Asociación de Empresas de Medicina Integral (ACEMI)⁶². Su propuesta se basaba en la focalización, la libertad de elección, la descentralización y la separación de la administración financiera y la prestación de los servicios. Este proyecto planteaba la creación de dos subsistemas: uno de seguros de salud y otro de subsidios directos individuales para la población de bajos ingresos, además, de la reorganización del ISS, las cajas de previsión, y la autonomía del régimen privado.

Paralelamente a estas propuestas, la Fundación para la Educación Superior (FES) lideró la conformación de un grupo encabezado por Francisco Yepes Luján e integrado por parlamentarios, alcaldes municipales, trabajadores de los servicios de salud y académicos. Esta alianza conocida como “Grupo de Macropolíticas de Salud y Seguridad Social”, propuso la creación de un sistema de aseguramiento por capitación, la libertad de elección de los usuarios y de competencia en la prestación de los servicios, la transformación de los hospitales públicos en empresas y la transformación del ISS en dos empresas independientes encargadas de atender seguros de salud y seguros económicos respectivamente. Como parte de las iniciativas discutidas dentro este grupo también estuvo la presentada por el liberal Antonio Yepes Parra, cuyo énfasis estaba en la descentralización del ISS.

En general, la mayoría de las propuestas contemplaba introducir la competencia entre agentes públicos y privados, establecer un plan de cobertura para la población pobre, además de mantener al Ministerio de Salud como ente rector de las políticas del sector. Las diferencias se manifestaron en temas como el

⁶² ACEMI fue creada en 1992 con el propósito de representar a las empresas privadas de salud. Esta asociación busca promover la iniciativa privada en el aseguramiento y gestión de planes de salud.

aseguramiento, los planes de beneficio “individual y focalizado” vs. “universal”, los niveles de descentralización, la competencia, el nivel de los recursos públicos, los riesgos de generar selección adversa por parte de los aseguradores privados, y los grados de participación que debían tener el Estado y el mercado (Ministerio de Salud, 1994b; Ramírez, 1993).

Con estos antecedentes, a finales de marzo de 1993, se conformó un equipo para el estudio de las propuestas de reforma realizadas por los distintos actores y para elaborar el articulado final del proyecto. Estaba coordinado por el Ministerio de Salud, y contaba con la participación de representantes del Ministerio de Trabajo, el ISS, las Cajas de Compensación, ACEMI, los servicios de salud públicos regionales, y dos parlamentarios (Álvaro Uribe Vélez y María del Socorro Bustamante) encargados de coordinar los debates en la Cámara y el Senado. Finalmente, el proyecto 155 fue modificado con el fin de incluir la reestructuración del sector salud. La actuación del Ministro Londoño fue determinante en la definición y contenido de la propuesta definitiva. Una de sus preocupaciones durante los debates fue mantener las directrices generales que el Presidente Gaviria había planteado desde los intentos de reforma. Estas buscaban abrir el sector a la competencia del mercado y disminuir la participación del Estado en el manejo de los servicios. Finalmente, el Proyecto de Ley 155 que dio origen a la Ley 100, fue nuevamente presentado ante el Congreso en 1993.

Para ese momento, el escenario de las discusiones se había transformado, algunas de las fuerzas políticas que habían sido claves en la subcomisión constitucional de 1991 ya no tenían influencia. Particularmente, la oposición del movimiento de izquierda AD-M19 había dejado de tener un papel protagónico en los debates después de su retiro del Ministerio de Salud. Así mismo, la fracción liberal que se oponía a las reformas gaviristas ya no estaba en la dirección del ISS, y se había consolidado una nueva tendencia que pretendía dar prioridad a aspectos técnico – económicos más que políticos. En esta etapa, el equipo técnico liderado por Juan Luis

Londoño y apoyado por el presidente Gaviria tenía las riendas para sacar adelante la reforma neoliberal del sector salud.

2. Aprobación y reglamentación de la reforma al sistema de salud (1993-1994)

2.1. Los debates en el Congreso: consensos y discrepancias (1993)

En abril de 1993 fue presentado el Proyecto de Ley 155/92 que dio origen a la Ley 100/93. El entonces Senador Álvaro Uribe Vélez fue el principal ponente ante la Comisión Séptima del Congreso, de la propuesta integral de reforma al sistema de seguridad social que contenía tanto las pensiones como la salud. La iniciativa contemplaba la creación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud como un organismo para la participación y concertación de los actores. También proponía la creación de dos regímenes: el contributivo para los trabajadores con una vinculación laboral formal y el subsidiado para los más pobres. Las entidades encargadas de la afiliación y administración de la población serían las Entidades Promotoras de Salud (EPS), mientras que la prestación de los servicios estaría en manos de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS). También se propuso la creación de un Plan Obligatorio de Salud y de un Fondo de Solidaridad y Garantía financiado con las cotizaciones de los empleados y los empleadores y con recursos del presupuesto nacional (Ministerio de Salud, 1994b).

El Proyecto para crear un Sistema General de Seguridad Social no sólo motivó respuestas de los congresistas de la Comisión Séptima, sino de los distintos actores del sector. Estos hicieron pronunciamientos, publicaron comunicados, realizaron foros y elaboraron propuestas que consideraban debían integrarse al articulado de la Ley. Entre los participantes estuvieron los servicios de salud regionales, los hospitales privados, los sindicatos de médicos, de los organismos públicos de salud y del ISS; las aseguradoras privadas, los médicos del sector privado, las facultades de medicina, los gremios empresariales, las cajas de compensación y algunos organismos no

gubernamentales. Entre los meses de mayo y agosto de 1993, estos grupos hicieron públicas sus opiniones sobre la reforma. Por ejemplo, el Servicio Seccional de Salud de Antioquia expresó su preocupación por el énfasis en la privatización de los servicios y el debilitamiento de las entidades estatales. Según esta instancia, el proyecto desarticulaba los aspectos de promoción y prevención y no resolvía los problemas de fragmentación y cobertura.

La Federación Médica Colombiana, se pronunció en representación de los médicos del sector privado para expresar su consentimiento con la mayoría de los puntos de la reforma, y expresar su respaldo a la propuesta. En cambio, la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME) advirtió sobre el peligro de constituir dos regímenes (contributivo y subsidiado) con planes de atención diferentes. Estos actores argumentaron que esta modalidad mantenía las condiciones de inequidad del sistema. Además, hicieron un llamado para que se ampliara la participación al sector académico y a las organizaciones de trabajadores en las instancias de decisión.

ACEMI, por su parte, que actuaba como vocero de las aseguradoras privadas, insistió sobre aspectos más particulares como el tipo de enfermedades que deberían ser cubiertas en el paquete básico de salud y pidieron que se autorizaran las preexistencias y los planes complementarios. También reclamaron crear condiciones para garantizar la libre competencia y libertad de precios. Los empresarios industriales y los comerciantes representados por gremios como FENALCO y la ANDI, estuvieron en sintonía con la propuesta de ACEMI pero su mayor preocupación era que no se aumentaran las cotizaciones que debían aportar para la seguridad social de los trabajadores. La Asociación de Cajas de Compensación Familiar, entidad que destinaba parte de sus recursos a la atención básica en salud de los trabajadores afiliados, presentó una propuesta para que las Cajas se transformaran en aseguradoras y prestadoras de servicios.

Los médicos sindicalizados se manifestaron por medio de la Asociación Médica Sindical (ASMEDAS), cuyas demandas tenían muchas coincidencias con el Sindicato del ISS y con los sindicatos obreros agrupados en la CUT. Este grupo de actores expresó su oposición al proyecto de reforma argumentando que la intención era privatizar el sector y desaparecer al ISS. También declararon su desacuerdo con la representación minoritaria de los trabajadores en las decisiones y reclamaron soluciones para el déficit de la red hospitalaria nacional. Como resultado de los debates con los diferentes actores algunos aspectos del proyecto 155 fueron modificados y/o precisados.

Como parte de los acuerdos se estipuló garantizar a los usuarios la libertad de afiliación al ISS o a las EPS públicas o privadas, se aprobó una cotización máxima en salud del 12% del salario y la creación de un fondo de solidaridad para garantizar la cobertura de quienes no tuvieran capacidad de pago. Las presiones ejercidas por el sindicato del ISS habían logrado que en el Proyecto de Ley incluyera un pronunciamiento del Congreso pidiendo que no se insistiera en la liquidación de esta institución, ni en su reemplazo por fondos privados de pensiones. Entre los argumentos presentados se alegó, por ejemplo, que el ISS no había sido diseñado para la competencia económica, ni los fondos privados para ser solidarios. Por tanto, al enfrentar ambas instancias, se destruirían recíprocamente (Gaceta del Congreso, mayo de 1993). El Proyecto también incorporó elementos de protección especial para las comunidades indígenas. Uno de los temas que no había logrado consenso, era el contenido del paquete básico de servicios; algunos abogaban por un plan integral similar al establecido por el ISS para los trabajadores, el cual garantizaba la cobertura de todos los riesgos de salud, y otros insistían en la necesidad de crear paquetes diferenciales en función de la disponibilidad de los recursos. Otros puntos de diferencia se centraron en el sostenimiento de los hospitales públicos y en el financiamiento del régimen subsidiado.

Este fue un período de cambios en distintas esferas estatales; al tiempo que se discutía la reforma del Sistema de Seguridad Social también se estaba llevando a cabo

una reforma general a las políticas de descentralización (Ley 60 de 1993)⁶³. En oposición a estas transformaciones, un sector de los trabajadores públicos sindicalizados conformado por los maestros y los empleados de la empresa petrolera, promovieron movilizaciones y denuncias contra las medidas privatizadoras y lograron negociar con el gobierno para no ser incluidos en la reforma a la seguridad social y conservar los regimenes especiales conseguidos en el pasado por convención colectiva. Las manifestaciones de inconformidad de algunos grupos opositores, evidenciaban la permanencia de las diferencias fundamentales sobre la reforma, pero no necesariamente implicaban el rechazo total a las transformaciones. Esto confirma lo dicho por Grindle (2003), quien plantea que la mayoría de las iniciativas reformistas son acuerdos negociados que permiten que ocurra el cambio dentro de un contexto donde la oposición presenta cierta tolerancia, a cambio de mantener los privilegios conseguidos con anterioridad.

Los debates para articular los artículos y directrices resultado de las discusiones en el Senado y en la Cámara continuaron hasta diciembre de 1993 en una comisión de conciliación de la que hicieron parte 14 senadores y 20 representantes a la Cámara. En este punto el presidente Gaviria buscó el apoyo de los líderes tradicionales de los partidos para lograr las coaliciones que permitieran la aprobación de la reforma. Para ese momento, los acuerdos se facilitaron debido a que la AD-M19 que constituía una de las fuerzas de oposición más importantes, se había retirado del gobierno⁶⁴.

Sobre los puntos más álgidos de la discusión, la Comisión Parlamentaria encargada de la salud formuló unos compromisos básicos que permitieran avanzar

⁶³ La ley 60 de 1993 destinaba transferencias de recursos nacionales hacia los departamentos y municipios con el fin de financiar la atención en salud de la población pobre. Su cambio con respecto a la ley 10 de 1990 estaba en ampliación de la disponibilidad de los recursos financieros, que ya no serían sólo del situado fiscal sino también de las participaciones municipales, además incluía los subsidios a la demanda de servicios de salud.

⁶⁴ La AD-M19 se retiró del gobierno en agosto de 1993, después de las elecciones para el nuevo Congreso. Este fue un acto de protesta contra los mecanismos usados por los liberales y conservadores, que se aprovecharon del fraccionamiento de los partidos e impulsaron múltiples listas de candidatos para conseguir mayorías en el Congreso, haciendo que se mantuviera del dominio de estos grupos.

hacia la aprobación final del Proyecto de reforma. Por ejemplo, se aprobó que todos los afiliados al sistema tuvieran derecho a un paquete integral de servicios (Plan Obligatorio de Salud) que debería ser definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Aunque en su primera fase este sería diferencial según el tipo de afiliación, la meta era que en el año 2001 se unificarían servicios para ambos grupos. Básicamente, la diferencia consistía en que los afiliados al régimen contributivo continuarían con el plan de atención ofrecido por el ISS⁶⁵, mientras que los beneficiarios del régimen subsidiado recibirían un plan equivalente al 50% del anterior. También se acordó autorizar la introducción de medicamentos genéricos, propuesta con la que naturalmente no estuvo de acuerdo la industria farmacéutica⁶⁶. Para la transformación del ISS y de los hospitales públicos se propuso un régimen de transición. En cuanto a la financiación, se definió que anualmente se incluiría una partida en el presupuesto nacional para el Fondo de Solidaridad y Garantía. Finalmente, se negó la aceptación de las preexistencias porque limitaban la posibilidad de una atención integral. Sin embargo, se establecieron cuotas moderadoras y copagos para los usuarios⁶⁷, además, aunque en un principio se habían rechazado los planes complementarios, los gremios privados lograron que estos se mantuvieran como una opción de ampliar los beneficios de los afiliados al régimen contributivo.

Finalmente, el 23 de diciembre de 1993 fue aprobada la ley 100 que crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), compuesto por los sistemas de salud, pensiones, riesgos profesionales y servicios complementarios para los ancianos e indigentes. Esta fecha era poco propicia para la aprobación de una Ley que había tenido tantas objeciones. Sin embargo, este tipo de hechos no pueden ser vistos

⁶⁵ La Ley 100 en su artículo 156 definió el POS como un plan integral de protección a la salud, con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales. Inicialmente, se aprobó que los afiliados al régimen subsidiado contarían básicamente con servicios de primer nivel que se irían ampliando progresivamente con los desarrollos del sistema de salud.

⁶⁶ De acuerdo con Patricia Ramírez, las presiones de este grupo no lograron tener la incidencia suficiente, debido a que en el tiempo en que la ley fue discutida había un debate nacional por el incremento de los costos de las medicinas (Ramírez, 2002).

⁶⁷ Tanto los copagos como las cuotas moderadoras son rubros adicionales que deben pagar los usuarios para acceder a los servicios prestados por las EPS.

como asuntos casuales. En esos días era más fácil cumplir con el trámite legislativo porque la atención de la opinión pública estaba centrada en las fiestas navideñas. El objetivo de la nueva Ley de salud era crear condiciones de acceso a los servicios para toda la población por medio de los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia, y de las estrategias de aseguramiento y competencia entre agentes públicos y privados. Este modelo está basado en el principio de competencia regulada, cuyos orígenes se remiten a la propuesta de Alain Enthoven economista y profesor de la Universidad de Stanford, quien basó sus investigaciones en la observación del sistema de salud norteamericano⁶⁸. En el esquema de la competencia regulada, las fuerzas del mercado deben contribuir al desarrollo de un sistema eficiente y competitivo, mientras que el Estado debe concentrarse en la regulación del sector. La intervención de éste en el financiamiento y provisión de servicios sólo se justifica en la medida en que pueda servir para subsanar las fallas del mercado.

El sistema de salud que se había aprobado cambiaba la lógica de subsidios a la oferta por subsidios a la demanda, y se fundamentaba en el aseguramiento mediante dos regímenes: uno contributivo conformado por los empleados formales y personas con capacidad de pago, y financiado mediante una cotización del 12% de su salario o ingresos (4% a cargo del empleado y 8% a cargo del empleador. Los empleados independientes debían asumir la totalidad del aporte); y otro subsidiado dirigido a las personas sin capacidad de pago. Para la focalización de este grupo poblacional se encargó a los municipios la aplicación de una encuesta socioeconómica que pudiera clasificar a los beneficiarios según los niveles de pobreza; los parámetros combinaban criterios de Línea de Pobreza (LP) con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). El instrumento es conocido como Sistema de Selección de Beneficiarios (SISBEN). El régimen subsidiado debía financiarse con un aporte solidario proveniente de los

⁶⁸ Sin embargo, en este escrito Enthoven especifica que sus argumentos no son aplicables a los países en desarrollo, detalle que los reformistas en toda América Latina parecen haber olvidado.

afiliados al régimen contributivo y por el Estado⁶⁹, además de los recursos girados como transferencias a los municipios y otras fuentes fiscales de carácter nacional.

La Ley también aprobó la creación de una tercera categoría poblacional supuestamente temporal bajo el nombre de ‘vinculados’. Este grupo debía incluir aquellos usuarios que inicialmente no cumplieran las condiciones para quedar dentro del régimen subsidiado, pero tampoco contaban con un ingreso fijo suficiente para cotizar de manera particular en el sistema. Estas personas continuarían siendo atendidas con políticas similares al antiguo SNS; en caso de necesitar algún servicio deberían acudir a la red de hospitales públicos o a instituciones privadas que mantuvieran contratos con el Estado, y en el mediano plazo se esperaba que pudieran articularse de manera gradual al SGSSS.

Para el funcionamiento del SGSSS se separaron los niveles administrativos y de prestación de servicios. Las aseguradoras denominadas Empresas Promotoras de Salud (EPS) y Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS)⁷⁰, manejarían los recursos económicos y serían intermediarias entre los usuarios y las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS). Adicionalmente, se creó una subcuenta para las enfermedades catastróficas y de alto costo no cubiertas por los planes obligatorios, lo que significaba darle entrada a los planes complementarios. El Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) que concentraría los recursos financieros, estaría adscrito al Ministerio de Salud, y sería el encargado de distribuir una cantidad monetaria fija a las aseguradoras intermediarias (EPS) por cada persona asegurada. Este mecanismo se conoce como Unidad de Pago por Capitación (UPC)⁷¹. Con estos cambios, los

⁶⁹ Por cada punto aportado por los trabajadores, el Estado debería girar una cantidad igual al Fondo de Solidaridad y Garantía.

⁷⁰ Las ARS fueron conformadas por empresas solidarias de salud, cajas de compensación y entidades promotoras de salud. A estas se les encargó el manejo del régimen subsidiado, mientras las EPS debían manejar el contributivo.

⁷¹ La UPC es una cuota de valor anual que permite distribuir el valor de las cotizaciones para financiar el costo de la protección de salud por igual a todos los afiliados según el criterio de equidad. Corresponde al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud aprobar el valor anual de la UPC, que a la vez es la principal fuente financiera de las EPS, encargadas de actuar como intermediarias del recaudo (Jaramillo, 1997: 160-61).

recursos asignados al sector aumentaron notablemente; la ley 60 de 1993 que se había aprobado simultáneamente a la de salud, “destinó la transferencia del 50% del situado fiscal a los municipios para el primer nivel de atención, y agregó 10 puntos porcentuales más para la prevención de enfermedades y fomento de la salud” (Jaramillo, 1999: 104). La función de regulación del sistema estaría a cargo del Ministerio de Salud responsable de coordinar las políticas del sector y la Superintendencia Nacional de Salud responsable de la vigilancia y control de los recursos financieros y del cumplimiento de la normatividad y del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS).

Quienes aprobaron la nueva ley pretendían que en un plazo de 10 años el 70% de la población pudiera incorporarse al régimen contributivo, y 30% al subsidiado. Esta meta más que optimista suponía un crecimiento del 5% anual en el PIB, combinado con el aumento de la afiliación de la población con capacidad de pago, y en general una mejora en el ingreso real de la población⁷². Esta visión no tomó en cuenta algunos aspectos que entorpecerían el alcance de las metas establecidas, como por ejemplo la inestabilidad y fragilidad de la economía colombiana, la concentración del ingreso, la corrupción del sistema político que no permitía garantizar que el aumento de los recursos estuviera directamente relacionado con el crecimiento de la cobertura y la equidad. A continuación se ilustra esta situación con datos correspondientes al período 1985-1999:

⁷² Cuando se estaba discutiendo la Ley fueron descubiertos nuevos yacimientos de petróleo (Cusiana y Copigua) que se suponía iban a aumentar de manera notoria los recursos fiscales, y por ende las tasas de empleo y los recursos para financiar el régimen subsidiado.

CUADRO 6: CRECIMIENTO, BIENESTAR Y EQUIDAD EN COLOMBIA 1985 – 1999

Años	Crecimiento o PIB	Gasto social/PIB	Tasa de desempleo	Índice de concentración GINI	Pobreza LP Ingresos
1985	3,8	7,7	14,1	n.d	n.d
1986	6,9	7,4	13,8	n.d	n.d
1987	5,6	7,4	11,8	n.d	n.d
1988	4,2	7,2	11,2	0,554	59,2
1989	3,5	7,6	9,9	n.d	n.d
1990	3,7	7,5	10,5	n.d	n.d
1991	2,4	7,1	9,8	0,554	57,7
1992	3,8	7,4	9,2	0,564	55,8
1993	5,3	8,2	7,9	0,584	56,4
1994	5,3	8,3	7,6	0,569	54,4
1995	5,4	10,6	8,7	0,556	55,0
1996	2,0	12,6	11,9	0,561	53,8
1997	3,2	13,1	12,1	0,540	54,2
1998	0,6	13,3	15,7	0,560	55,7
1999	-4,0	13,9	22,0	0,589	60,1

Fuente: Sarmiento Anzola, 1999: 79. El autor se basa en cifras oficiales del Departamento Nacional de Estadística (DANE), cuentas nacionales, encuesta de hogares y del Departamento Nacional de Planeación.

Como muestran estos datos, aunque entre los años 1993 y 1995 el PIB alcanzó el crecimiento proyectado del 5%, este no se reflejó en la disminución de la pobreza por ingresos que siempre se mantuvo por encima del 50%, al tiempo que la concentración del ingreso presentó un aumento constante. Además, desde 1996 cuando empezaron los síntomas del estancamiento económico, este aumentó se revirtió y el PIB llegó a ser de negativo hasta llegar a -4,0 en 1999, mientras que la tasa de desempleo empezó a crecer de manera acelerada hasta llegar a un 22%. Esto último, implicaba que un porcentaje importante de población afiliada al régimen contributivo dejaría de cotizar al sistema y empezaría a demandar la inclusión en los subsidios estatales o quedaría por fuera de la seguridad social, por tanto la población con capacidad de pago no aumentó sino que disminuyó.

Uno de los aspectos novedosos de la reforma fue la creación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) y el intento por incluir a diferentes actores del sector en los espacios de decisión. De acuerdo con la ley 100, este organismo debía fungir como una instancia de concertación de las decisiones sobre

salud. El Consejo debería encargarse de regular los aspectos relacionados con el aseguramiento y la prestación de los servicios de salud. Entre sus funciones estaban: establecer los criterios de selección del régimen subsidiado, decidir sobre los medicamentos a los que tenían derecho los afiliados, estandarizar el precio del paquete básico de servicios y establecer el límite de los pagos que debían hacer los usuarios (cuotas moderadoras), además de dictar medidas para evitar la selección adversa y presentar informes anuales al Congreso de la República sobre la evolución del sistema de salud.

El CNSSS debía reunir representantes del gobierno, las aseguradoras privadas, las prestadoras de servicios, los trabajadores, los empleadores, las entidades regionales, los profesionales de la salud y los usuarios. El gobierno tenía la mayor representación⁷³, seguido por los aseguradores y prestadores privados, y en último lugar por los trabajadores y los usuarios (Gómez y Sánchez, 2006). En el cuadro a continuación se detalla esta distribución de los actores:

CUADRO 7: CONFORMACIÓN DEL CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Gobierno	Gremios	Trabajadores y Usuarios
1) Ministro de salud 2) Ministro de Trabajo y Seguridad Social o su delegado 3) Ministro de Hacienda o su delegado 4) Representante Departamentos 5) Representante Municipios 6) presidente del ISS	1) Representantes de los empleadores (industriales y comerciantes) 2) Representante de EPS 3) Representante de IPS 4) Representante de profesionales de la salud	1) Representante de los trabajadores 2) Representante de los pensionados 3) Representante de las asociaciones de usuarios del sector rural
Asesores permanentes: Academia Nacional de Medicina Federación Médica Colombiana Asociación Colombiana de Facultades de Medicina Asociación Colombiana de Hospitales Facultades de Salud Pública		

Fuente: Velandia, Restrepo y Rodríguez (2002); y Gómez y Sánchez (2006)

⁷³ El Ejecutivo era el encargado de seleccionar a los miembros del Consejo y el Ministerio de Salud definía las agendas de discusión, además el Ministerio de Hacienda podía vetar los proyectos en caso de que estos afectaran el presupuesto nacional.

En cuanto a los hospitales públicos, la ley ratificó la meta establecida desde la Ley de descentralización de 1990, para que estas instituciones se constituyeran en empresas autónomas financiadas no a partir de los subsidios a la oferta, sino de los subsidios a la demanda. En la práctica esto significaba que los recursos dejarían de ser transferidos directamente a los hospitales, para ser entregados a una instancia intermediaria (EPS o ARS). Para esta transición se estipuló un programa de conversión gradual que garantizaba que durante los primeros tres años de transformaciones estas instituciones recibieran una suma igual a la obtenida al momento de ser aprobadas estas transformaciones (año 1993). La ley también incluyó elementos para incorporar como promotoras de salud a organizaciones del sector solidario y a las comunidades indígenas.

El tema de los programas públicos preventivos a cargo del Estado (conocidos en Colombia como programas de salud pública) no tuvo un lugar importante en las discusiones del Congreso. Como consecuencia, este aspecto se menciona en la ley solamente en forma muy general. En la nueva normatividad, estos servicios quedaron ubicados en el Plan de Atención Básica (PAB), destinado a servicios colectivos que no fueran cubiertos por los planes individuales. Con el tiempo, estos programas se fueron concentrando sobre todo en actividades educativas como la prevención del consumo de tabaco, el alcoholismo y la planificación familiar, descuidando aspectos básicos como la cobertura materno – infantil, la atención a las personas de la tercera edad y las campañas de vacunación. En general, varios de los artículos aprobados en la Ley 100 de 1993 fueron imprecisos, aspecto que no tuvo un carácter involuntario sino estratégico por parte de los reformadores, que sabían que en la etapa posterior de reglamentación deberían hacerse nuevas adaptaciones de los aspectos relacionados con el financiamiento, la competencia y el subsidio a la demanda, pero sin la obstrucción de los distintos grupos de interés (González, 2000).

En cuanto al papel de las agencias internacionales, la OPS hizo algunos comentarios generales sobre el programa de reformas a los sistemas de salud en América Latina, advirtiendo sobre los peligros del fortalecimiento del sector privado,

y del posible debilitamiento de los grupos asalariados y sindicalizados, así como del papel del Estado (Ramírez, 1994). Sin embargo, no puede decirse que esta instancia haya tenido un papel activo en el proceso político colombiano para la aprobación de la reforma. Para entonces, la OPS había perdido fuerza y protagonismo en toda la región. Así mismo, aunque no se conoce un pronunciamiento específico por parte del Banco Mundial durante esta etapa del debate colombiano, los criterios establecidos por este organismo tanto en el documento de 1987 “Una Agenda para la Reforma”, como en el informe “Invertir en Salud” publicado en julio de 1993, fueron claramente retomados por los equipos técnicos colombianos encargados de liderar la propuesta del Ejecutivo. Además, no puede olvidarse que los recursos para estas transformaciones provenían precisamente de los créditos de dicha institución. En el informe de 1993, se hizo énfasis en los aspectos que debían garantizar los gobiernos para reorganizar los sistemas de salud. Por ejemplo, se promovió la generación de condiciones para la competencia en el financiamiento y en la prestación de servicios, con el objetivo de regular los costos y supuestamente aumentar la satisfacción de los usuarios.

2.2. La reglamentación de la Ley: ¿sólo un asunto técnico? (1994)

El primer semestre del año 1994 estuvo dedicado a la expedición de las normas reglamentarias para la implementación de la ley 100: “entre el 1 y el 5 de agosto de 1994 se elaboraron aproximadamente 22 decretos fundamentales que de alguna manera comprometían al nuevo gobierno en la implementación del nuevo sistema de salud” (Plaza, 1999: 23). En este lapso, fue necesario adaptar la estructura institucional del Ministerio de Salud a las nuevas reglas del juego. En agosto de este mismo año llegó a la presidencia el liberal Ernesto Samper, quien representaba una fracción del partido liberal conocida como “liberalismo unido”, la cual se había caracterizado por tener una posición crítica frente a las reformas gaviristas.

El proceso de expedición de los decretos reglamentarios no tuvo el mismo nivel de participación de la formulación de la Ley. Esta labor estuvo a cargo fundamentalmente del grupo técnico que había tenido el control de la reforma y que estaba liderado por el Ministro Londoño, uno de los objetivos fundamentales de este grupo era reglamentar la nueva Ley antes del cambio de gobierno programado para el 7 de agosto. Este equipo consideraba que en esta etapa las consultas eran innecesarias, porque, según su criterio, éste era un trámite fundamentalmente técnico que podía resolverse con el apoyo de expertos nacionales e internacionales⁷⁴. Aunque esta estrategia de aislar los grupos de interés apresuró la formulación de un importante número de decretos y el establecimiento de las bases para el funcionamiento de los nuevos actores en un tiempo muy corto, desconoció los efectos de mantener la discusión de los cambios como un aspecto puramente tecnocrático. Posteriormente en el momento de la implementación, esta exclusión intencional de actores estratégicos del sector, se convertiría en una nueva fuente de conflicto (González, 2000).

3. Balance de las transformaciones: ganadores y perdedores

Según un análisis de Antonio Yepes Lujan y Luz H. Sánchez (ambos participantes activos en los debates de la reforma desde 1990), el articulado final de la ley 100 trató de conciliar las dos posiciones que se habían constantemente opuesto en las discusiones sobre la ruta que debían tomar los cambios: privatización vs. fortalecimiento del sistema estatal. El resultado fue un sistema mixto en el que el Estado asumió un papel rector y modulador, pero a la vez se liberó de las responsabilidades del aseguramiento y de la prestación de los servicios, para dejarlos en manos de particulares (Yepes y Sánchez, 2000). Sin embargo, éste no fue el único balance sobre las transformaciones, según el ex – ministros de salud de la AD-

⁷⁴ Según Gonzáles (2000) distintos expertos como Guillermo Chiao, José Luis Bobadilla, Robert Evans y Julio Frenk, estuvieron en Colombia para ayudar a definir la ruta de la reforma.

M19 que había liderado la creación de un sistema integral durante la etapa de discusiones constitucionales,

Esta ley reproduce muchos de los vicios del antiguo sistema y mantiene la fragmentación en tipos de atención para ricos y para pobres. Los regímenes creados están atados a una concepción de salud individualizada, de atención de la enfermedad con abandono de concepciones fundamentales de salud pública. (Entrevista a ex – Ministro de Salud, 17/06/05).

Suele decirse que el resultado final de la reforma de los noventa fue exclusivamente una respuesta a las exigencias del Banco Mundial. Sin embargo, aunque los parámetros de este organismo fueron los que impulsaron los grupos con mayor poder, no puede decirse que las transformaciones realizadas no hayan pasado por amplios debates y álgidas discusiones en las que se buscó generar una correlación de fuerzas que impidiera que las decisiones pudieran ser decretadas exclusivamente desde arriba. A pesar de que no puede compararse el peso de los actores en las decisiones, los debates para el diseño y aprobación de la ley 100 de 1993 contaron con una nutrida participación de diferentes sectores sociales. Pese al debilitamiento que habían sufrido los sindicatos del sector con las políticas de flexibilización laboral, sus acciones de presión fueron efectivas para mantener la estructura del ISS y la red de hospitales públicos, a pesar de que en las primeras propuestas de reforma se había planteado su desaparición.

El escenario de negociación más importante casi siempre fue el Congreso; esta instancia logró influir de manera significativa en el resultado final de la ley. En un principio, el interés del gobierno se centró exclusivamente en cambiar el sistema de pensiones, pero la presión ejercida por los grupos parlamentarios (especialmente los vinculados a la Comisión Séptima) logró que en el proyecto de reforma también se incluyera la salud. A partir del momento en que el gobierno aceptó elaborar una propuesta de reforma a la seguridad social integral (pensiones y salud), buscó mantener el liderazgo de su iniciativa y la orientación de la ruta de los cambios. En la tarea de sacar adelante la reforma a la seguridad social, el grupo de economistas y

técnicos liderado Juan Luis Londoño tuvo un papel determinante. Este equipo reformador formaba parte de una estrategia más amplia de cambios generales en la estructura del Estado; sus propuestas estaban condicionadas por las sugerencias del Ministerio de Hacienda en materia de factibilidad financiera, por encima de las posibilidades de mejorar la prestación y la calidad de los servicios.

En el proceso de agendar y diseñar los cambios, el Estado nunca fungió como un agente neutral encargado de canalizar las demandas sociales, tal como lo plantean los análisis pluralistas. Aunque la nueva carta constitucional proclamada la participación de los partidos y la apertura democrática, los desarrollos del sistema político continuaban centrados en el viejo esquema presidencialista. Durante el tiempo en que se discutió el diseño del nuevo sistema de salud, el Presidente Gaviria logró marcar la ruta de las transformaciones valiéndose de elementos como las “facultades extraordinarias”, para nombrar personas afines al enfoque del gobierno en los Ministerios e instituciones más importantes. Vale recordar que durante los primeros intentos de transformación del sector, cuando la dirección del Ministerio de Salud estaba en manos de la Alianza M19, la posición de este movimiento no fue la del gobierno; al contrario, esta instancia junto con el ISS, fue parte de las voces que se opusieron al tipo de cambios que se querían introducir, y al salir de la arena política, allanaron el terreno para la adopción de la reforma impulsada desde el Ejecutivo.

En este proceso, también influyeron condiciones como la fragmentación en que se encontraban los partidos tradicionales y la debilidad de los movimientos de izquierda, ejemplificada en la renuncia del AD- M19. Además, el hecho de que los episodios de violencia política continuaran contribuyó para que las demandas de la mayoría de la población siguieran estando concentradas en la solución a problemas como la inseguridad y el logro de la paz. Por otro lado, en estos debates no fue evidente una posición de partido por parte de las bancadas liberal y conservadora para defender u oponerse a las transformaciones. En este sentido, fueron más fracciones o personajes de los movimientos particulares, los que lideraron las posiciones frente a

la reforma. Según el testimonio de un representante sindical que participó en los debates:

Los intereses fuertes estaban alineados en torno al mercado de la salud y las pensiones más que a intereses de partidos. Los aliados del sector social eran muy pocos, estaban derrotados, o venían de una confusión política muy grande dado el enrarecimiento del ámbito nacional en ese momento por los asesinatos de los militantes de la Unión Patriótica y de otros líderes sociales. En esta coyuntura temas como la reforma laboral o de la seguridad social se convertían en asuntos tangenciales. (Entrevista a representante sindical, 21/06/05)

Los empleados públicos de la empresa de petróleo, los maestros, los militares y los congresistas, por su parte, pudieron negociar con el gobierno para mantener los regímenes especiales y quedaron exentos de las nuevas medidas establecidas por la ley 100. Los médicos, en cambio, no lograron consolidar una posición como gremio. La fragmentación que ha caracterizado históricamente a estos actores y sus interés por mantener la división entre los servicios de salud pública y privada, fueron determinantes a la hora de participar en las discusiones. Así mismo, aunque los académicos empezaban a participar en los debates, en esta etapa de la reforma no tuvieron una incidencia significativa.

Indiscutiblemente, entre los favorecidos con el nuevo sistema estuvieron las aseguradoras privadas, muchas de las cuales ya existían antes de la ley 100 pero no tenían el poder ni la capacidad de presión que alcanzarían durante los años noventa con la implementación del nuevo modelo. Estos grupos se mostraron dispuestos a apoyar la reforma desde un principio, siempre y cuando se favoreciera la introducción en ella de mecanismos de mercado. Una parte muy importante de la reforma se concentró en inyectar recursos al sector de la salud; el significado de esta inversión tal vez no fue muy claro en un principio para algunos sectores, pero lo fue para los asesores económicos de las empresas de salud privadas, las Cajas de Compensación, y para muchos alcaldes y dirigentes territoriales que ahora tendrían control directo sobre los recursos.

Los usuarios representados por organizaciones comunitarias o asociaciones de usuarios no jugaron un papel importante. Esta fue más una discusión entre técnicos, políticos y grupos de interés tradicionales en el sector. A pesar de que la nueva ley incluía algunos aspectos dirigidos a mejorar las condiciones de equidad como la cobertura familiar para los trabajadores, y el subsidio de afiliación para los más pobres, un sector importante de la opinión pública creyó que los cambios que se proponían estaban asociados únicamente con transformaciones en el ISS, y que por tanto sólo incumbía a los trabajadores asalariados. Una excepción a este caso fueron las comunidades indígenas que buscaron la conformación de regímenes especiales de salud con financiamiento público. El desinterés por un tema tan importante como la salud estuvo marcado por la poca divulgación de los cambios acaecidos, aspecto que no fue circunstancial sino parte de las estrategias de muchos gobiernos latinoamericanos en los noventa para poner en marcha las reformas. Según José A. Ocampo:

La literatura económica demostró a lo largo de la década de los noventa que la efectividad de una política económica depende muchas veces de que los agentes que van a ser afectados por las medidas no las conozcan antes de ser adoptadas (Ocampo, 1993:9)

En síntesis, en la contienda política por agendar y diseñar los cambios, se articularon distintos actores del gobierno, los partidos, representantes institucionales, sectores privados, gremios médicos, organizaciones de trabajadores del sector, sindicatos, empresarios y algunos académicos y consultores. Todos ellos lucharon por posicionar sus intereses, y aunque la capacidad de organizarse de los grupos sociales para ejercer una oposición decisiva no fue tan efectiva como las coaliciones gobierno – sector privado, sí lograron incidir en aspectos claves para evitar la aplicación de un paquete de cambios radicalmente privatizador.

Cuadro 8: Resumen de Agenda, diseño y aprobación de un nuevo sistema de salud (1990 -1994)

Sub – períodos	Eventos	Actores	Mecanismos de intervención e interacción
1) De la descentralización sectorial a las reformas estructurales (1990-primer trimestre de 1993)	Aprobación de la ley de descentralización para el sector salud (Ley 10 / 1990)	<ul style="list-style-type: none"> -Banco Mundial -Ministerio de Salud -Departamento Nacional de Planeación (DNP) -Fundación para la Educación y el Desarrollo Social (FES) -Sindicato del ISS -Sindicato Médico (ASMEDAS) -Asociación de Clínicas y Hospitales (ANTHOC) -Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (ANEC) -Alcaldes -Secretarías de salud -Consejos Municipales -Grupos paramilitares 	<ul style="list-style-type: none"> -Financiamiento -Agendas y rutas para las reformas -Estudio sectorial de salud -Descentralización de red pública de servicios -Oposición a cambios en régimen laboral
Constitución de 1991 (Comisión de Seguridad Social)	Constitución de 1991 (Comisión de Seguridad Social)	<ul style="list-style-type: none"> -Presidente Cesar Gaviria -DNP (Juan Luis Londoño y Nelcy Paredes) -Ministerio de Salud -AD-M19 (Camilo González Posso y Carlos A. Agudelo) -Instituto Seguros Sociales -ISS- (Cecilia López Montaña) -Gremios Médicos del sector privado (Asociación Colombiana de Medicina, Federación Médica) -Aseguradoras privadas (ACEMI) -Asociación de facultades de medicina (ASCOFAME) -Central Unitaria de Trabajadores y movimiento -Unión Patriótica (Alvaro Cardona) -Antonio Yepes Parra (médico - partido liberal) -Grupos indígenas 	<ul style="list-style-type: none"> -Apoyo a las reformas -Coaliciones con partidos tradicionales (liberal y conservador) -Apropiación de recursos para la salud -Promoción del aseguramiento individual y apertura al mercado -Liquidación del ISS -Apoyo de aseguradoras privadas -Oposición a proyecto liderado por presidente Gaviria -Propuesta de aseguramiento universal -Oposición a proyecto del gobierno -Coalición con fracción de partido liberal que se opone a proyecto de presidente Gaviria -Alianzas de sindicato médico (ASMEDAS) y Sintra ISS -Propuesta para universalizar cobertura manteniendo monopolio del ISS -Fragmentación de posición gremial -Defensa de medicina prepagada Apoyo a la propuesta gubernamental -Proyecto para mejorar la eficiencia del ISS y aumentar contratación con agentes privados -Oposición a proyecto del gobierno -Propuestas para universalizar cobertura -Propuesta para creación de un Seguro Nacional de Salud administrado con fondos municipales -Demanda por la creación de regímenes especiales

Cuadro 8: Resumen de Agenda, diseño y aprobación de un nuevo sistema de salud (1990 -1994)

Sub – períodos	Eventos	Actores	Mecanismos de intervención e interacción
<p>Continúa 1) De la descentralización sectorial a las reformas estructurales (1990-primer trimestre de 1993)</p>	<p>-Reformas por decreto Vs. Reformas por consenso (proyecto 155/1992)</p>	<p>-Presidente Cesar Gaviria -Congreso (Comisión Séptima) -Grupo de expertos convocado por el Ejecutivo para formular propuesta de reforma: Gustavo de Roux – Min. salud, Juan Luis Londoño (DNP), Nelcy Paredes (DNP), Eliseo Velásquez-(ISS), Mauricio Perfetti e Iván Jaramillo (consultores) y FEDESARROLLO -Ministro de Salud Juan Luis Londoño -Comisión Séptima del Congreso</p>	<p>-Presenta proyecto 155/92 para reformar las pensiones -Veto a proyecto del Ejecutivo y demanda reforma integral de la seguridad social (pensiones y salud) -Proyecto “Hato Grande” -Ejecutivo descarta reforma general y propone creación de sistema de subsidios a la demanda -Renuncia Min. Salud de la AD- M19 -Gobierno Cambia los Ministros y directores de estamentos claves -Nombramiento de Juan L. Londoño como Ministro de Salud -Propuesta de adición al proyecto 155-1992 para creación de régimen subsidiado - Congreso rechaza propuesta parcial de reforma y exige propuesta integral</p>
		<p>-Grupo de parlamentarios conservadores, -Cajas de Compensación -ASMEDAS, ACEMI, Sindicato ISS Centrales obreras, sindicatos de trabajadores estatales Grupo de Macropolítica de salud (liderado por Francisco Yepes Lujan) Indígenas y afrodescendientes</p>	<p>-Pronunciamientos, propuestas y comunicados -Presentación de proyectos de ley para la reforma integral de la seguridad social (se mantiene la división entre universalización vs. focalización)</p>

Cuadro 8: Resumen de Agenda, diseño y aprobación de un nuevo sistema de salud (1990 -1994)

Sub – períodos	Eventos	Actores	Mecanismos de intervención e interacción
2)Aprobación y reglamentación de reforma (1993-1994)	Debates en el Congreso	<p>Presidente Gaviria Equipo reformador: : Juan Luis Londoño, Min. de trabajo Luis F. Ramirez, Directora del ISS Fanny Santamaría y consultores: Nelcy Paredes, Mauricio Pefetti e Iván Jaramillo</p> <p>-Comisión Séptima del Congreso</p>	<p>-Coaliciones con miembros de partidos tradicionales -Cabildéo con distintos sectores y grupos para negociar aprobación de reforma</p> <p>-Debates y estudio del Proyecto de Ley</p>
		<p>Álvaro Uribe Vélez</p> <p>-Servicio regionales de salud -Gremios médicos (Federación Médica Colombiana, Academia Nacional de Medicina y Asociación de Facultades de Medicina) -Trabajadores sindicalizados de la salud (ISS, ASMEDAS) -Empresas de medicina privada (ACEMI y Unión de Aseguradores colombianos) -Asociación clínicas y hospitales (ACHC) -Gremios industriales y bancarios (ANDI y Asobancaria) -Cajas de Compensación -Organismos no gubernamentales -(Fundación Corona y -Fundación para el Desarrollo (FEDESARROLLO)</p>	<p>-Comunicados y pronunciamientos para apoyar u oponerse a las reformas -Sugerencias para quitar, precisar o incluir asuntos en el articulado del proyecto de reforma</p>
		<p>-Sindicatos de maestros, trabajadores de la empresa de petróleo y congresistas</p>	<p>-Negociación con el gobierno para mantener regímenes especiales</p>
	Reglamentación de la Ley (1994)	-Ministro Londoño y equipo reformador	<p>-Cierre de espacios de consulta y participación -Consultas con expertos internacionales -Centran discusión en aspectos técnico – económicos de la reforma</p>

CAPITULO V

IMPLEMENTACIÓN DE LA REFORMA:

LA SALUD ENTRE EL ESTADO Y EL MERCADO (1995 – 2003)

A veces los cambios son tan rápidos que no tomamos conciencia de ellos hasta mucho después. En otras ocasiones son tan lentos que no los advertimos. Sólo se vuelven una realidad cuando nos vemos privados de algo que teníamos o cuando estalla un conflicto a causa de ello (Laurell, 2001: 7).

Introducción

Este capítulo analiza el papel de los actores que participaron en los distintos eventos de contienda a partir de la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) entre los años 1995 y 2003. La primera parte, se centra en la transición del sector (1995-2000) enfatizando la reconfiguración de las fuerzas y las estrategias usadas por los actores para enfrentar los distintos problemas que empezaron a surgir con la puesta en marcha del SGSSS. La segunda parte (2001-2003) hace énfasis en los eventos que marcaron los primeros ajustes a la Ley 100 (Ley 715/01), en las transformaciones del Ministerio de Salud, las reformas del ISS, y los balances realizados por distintos actores diez años después de la aprobación de la reforma.

La transición entre el modelo anterior (Sistema Nacional de Salud) y el que se acababa de aprobar (Sistema General de Seguridad Social en Salud) comenzó en 1995 con una serie de adaptaciones institucionales, legales, administrativas y financieras para hacer efectiva la creación de un modelo mixto de salud caracterizado por la co-participación del Estado y el mercado. En esta etapa, el Congreso ya no era el escenario central para los debates en torno a la salud. La atención estaba concentrada sobre todo en las acciones emprendidas desde las instancias del Estado, y en el tipo de coaliciones que se formaban o de las presiones que algunos grupos ejercían desde la sociedad para acelerar u obstaculizar las transformaciones. Entre los

actores que habían tenido un papel clave durante la fase de diseño del sistema de salud, varios se habían transformado o debilitado, mientras otros, que no habían tenido una presencia importante empezaron a participar activamente en la arena política de la salud.

A partir del momento en que se hicieron palpables los efectos de la reforma se crearon nuevas organizaciones opositoras o se reajustaron las existentes con el objetivo influir en el destino de las iniciativas. Las dinámicas de interacción del proceso de implementación de la política de salud seguían enfrentando dos posiciones antagónicas. Por un lado, el sector gubernamental tanto como las empresas privadas se apropiaron del nuevo discurso de la salud fundamentado en las reglas del mercado y se apoyaron en diversos mecanismos para dar continuidad a lo establecido. Por otro, algunos sectores como los sindicatos, las asociaciones profesionales, los académicos, los partidos de izquierda y los grupos sociales organizados buscaron constituir coaliciones que les permitieran ganar fuerza en las interacciones con el Estado, y llevar a cabo distintas formas de resistencia en contra de las transformaciones.

El inicio de los cambios coincidió con un ambiente político agitado por el escándalo que vinculaba al entonces presidente Ernesto Samper (1994-1998) con dineros del narcotráfico⁷⁵, y con el agotamiento de la ciudadanía que seguía sin ver soluciones para los problemas de corrupción, seguridad pública, inequidad y desempleo. A finales de los noventa, además, se presentó una fuerte recesión económica y el escenario nacional se hizo aun más complejo. Al tiempo que el gobierno de Andrés Pastrana (1998-2002) inicio un proceso de negociaciones con las FARC, los grupos paramilitares se unieron para actuar como Autodefensas Unidas de Colombia (AUC), aduciendo el inicio de una nueva etapa contrainsurgente.

⁷⁵ El Presidente Samper fue acusado de haber financiado parte de su campaña presidencial con recursos provenientes del cartel de Cali. El proceso de investigación por estos cargos desencadenó uno de los mayores escándalos políticos, conocido como proceso 8,000. Para permanecer en el poder y conseguir la absolución de los parlamentarios, Samper ‘negoció’ con los grupos tradicionales y terminó por ceder en aspectos que en un principio se había comprometido a transformar, tales como frenar el avance de las reformas neoliberales y el aumento de la inversión social.

Después de la reforma política, la escalada del conflicto armado continuó debido a que no todas las organizaciones guerrilleras, del narcotráfico, o los paramilitares habían participado en las negociaciones que llevaron a la promulgación de la nueva Constitución, problemas como las violaciones a los derechos humanos, el secuestro y el desplazamiento forzado se acrecentaron. La crisis sociopolítica del país había adquirido un carácter permanente, lo que ahondaba la debilidad de las instituciones estatales y la deslegitimación de los partidos. Además, limitaba las opciones de participación social que frecuentemente se veían afectadas por las acciones violentas de los grupos en conflicto.

1. La transición: entre las resistencias y la consolidación de nuevas hegemonías (1995 – 2000)

A partir de la reforma, se dieron cambios muy importantes en los actores del campo de la salud. Con la implementación surgieron diversas organizaciones, tanto en los niveles institucionales como en los gremiales y comunitarios. En particular, se crearon las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), ambas se encargarían de administrar los recursos del aseguramiento y serían las intermediarias entre los usuarios y las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS). Se consolidaron espacios legislativos como la Comisión Séptima del Congreso, y aumentó la incidencia en las decisiones de la salud de instancias como el Ministerio de Hacienda y del Departamento Nacional de Planeación.

Se fortalecieron, así mismo, iniciativas gremiales como la Asociación de Empresas de Medicina Integral (ACEMI) y la asociación de hospitales y clínicas (ACHC) que reunía sobre todo a aseguradores y prestadores privados. Así mismo, se hicieron visibles las posturas de la academia y aparecieron en la escena pública grupos sociales organizados como las asociaciones de usuarios, las veedurías

ciudadanas, las organizaciones indígenas, los gremios de Secretarios Municipales de Salud (COSESAM), la Federación Colombiana de Municipios y el Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social. En este periodo, también se establecieron alianzas estratégicas entre los sindicatos de la salud y los de la seguridad social (como Sintra ISS, ASMEDAS, ANEC y ANTHOC) que conformaron organismos como Sintraseguridad Social, y entre los hospitales públicos que se habían transformado en Empresas Sociales del Estado y que crearon la Asociación de ESES. Además, otras instancias como la Corte Constitucional y la Defensoría del Pueblo⁷⁶ también tendrían un papel relevante en este proceso.

1.1. De los subsidios a la oferta a los subsidios a la demanda (1995 - 1997)

El plan de desarrollo del presidente Ernesto Samper (1994-1998) se proponía combinar la consolidación de las reformas económicas e institucionales con programas centrados en el desarrollo del empleo y de la educación. Según el equipo gubernamental, éste era *un modelo de desarrollo alternativo* que no buscaba únicamente el crecimiento del mercado, sino también la equidad social. En materia de salud, la transición implicaba transformar la oferta pública (que representaba casi el 80% de los servicios) y propiciar la expansión de las promotoras privadas. Entre las metas propuestas para el sector estaban garantizar la afiliación progresiva de la población al nuevo sistema de aseguramiento (contributivo y subsidiado), sustituir los subsidios a la oferta por subsidios a la demanda y apoyar la transformación de los hospitales públicos en empresas estatales autónomas (Empresas Sociales del Estado). Esta última meta se había proyectado desde 1990 con la Ley de descentralización, sin embargo, muy pocos hospitales habían empezado su proceso de transición hasta ese momento.

⁷⁶ La Corte Constitucional fue creada por la Constitución de 1991 como un organismo adscrito a la rama judicial que debe salvaguardar la protección de los derechos constitucionales. La Defensoría del pueblo, por su parte, es una institución del Estado colombiano encargada de la promoción, divulgación y defensa de los derechos humanos.

Es importante recordar que durante las discusiones constitucionales para la salud, a principios de los noventa, una facción del partido liberal vinculada con el recién elegido presidente Samper y liderada por la entonces directora del ISS Cecilia López, había sido parte del grupo de opositores a la reforma. Este antecedente constituía un revés para el grupo encargado de diseñar y reglamentar la Ley 100, que veía al nuevo equipo gubernamental como una amenaza para el avance del sistema proyectado en 1993. Con el cambio de gobierno, algunos de los actores que habían ocupado cargos clave durante el diseño del sistema de salud pasaron a integrarse al sector privado (como Nelcy Paredes a ACEMI), o a la banca internacional (como Juan Luis Londoño al BID). Otros, que habían estado en la oposición a la reforma pasaron a formar parte del Ejecutivo. Esta rotación entre sectores cambiaba la distribución de los intereses en juego y de las tensiones que se mantenían como consecuencia de los cambios que la Ley significaba. Por tanto, el momento de la implementación representaba una posibilidad de volver a la arena pública para redefinir fuerzas y buscar beneficios.

El primer Ministro de Salud del gobierno Samper fue el médico Alonso Gómez (agosto de 1994 – julio de 1995), quien había estado vinculado a las organizaciones laborales del hospital San Juan de Dios, entonces uno de los hospitales públicos más importantes del país. Era uno de los más firmes opositores a los cambios aprobados en 1993; no estaba motivado para gestionar la transición de los subsidios a la oferta hacia la demanda, ni para apoyar la creación de empresas de salud privadas. Al contrario, con su gestión buscaba fortalecer las instituciones públicas estatales, unificar el paquete de servicios de salud y mejorar las condiciones salariales de los trabajadores del sector⁷⁷. La ley 100 había establecido un lapso de siete años para la transformación de los fondos públicos, período que incluía la adaptación de los hospitales estatales a la nueva modalidad de aseguramiento que ya

⁷⁷ Este Ministro aprobó un programa de nivelación salarial para los trabajadores de la salud, medida criticada por los defensores de la reforma que argumentaban que dicho aumento quitaría competitividad a los hospitales porque gastarían la mayoría de los recursos en el pago de personal.

no contemplaba un presupuesto general (subsidios a la oferta), sino que implicaba el pago de un monto fijo por cada persona atendida (subsidios a la demanda).

En vez de poner en marcha el SGSSS, durante el inicio de su gestión el Ministro Gómez buscó alterar los acuerdos establecidos en la Ley 100, los cuales abrían la competencia al sector privado y proponían fortalecer los entes territoriales para que fueran los encargados del manejo de los recursos destinados a la población más pobre. Para tal fin, los municipios debían conformar EPS transitorias y focalizar a los beneficiarios del subsidio. Sobre esta base, el gobierno expidió el decreto 2491/94 por medio del cual se delegaba la responsabilidad de la afiliación de la población subsidiada a las direcciones territoriales de salud⁷⁸. Esta medida no fue bien recibida por el sector privado ni por el equipo técnico encargado del diseño de la Ley 100. Según argumentaban, el decreto representaba un retroceso frente a lo acordado en 1993 porque volvía a concentrar el monopolio de los recursos en las instituciones estatales, y así limitaba la libre competencia que era uno de los propósitos fundamentales del nuevo sistema.

En este proceso de transición, el ISS también debía iniciar una reestructuración institucional, debido a que ya no tendría el monopolio del aseguramiento de los trabajadores privados. En el nuevo esquema, este organismo debía separar funciones (como ente asegurador y prestador). El responsable de emprender estas transformaciones fue Antonio Yepes Parra, representante del partido liberal y participante en la comisión constitucional para reformar la salud. Yepes sostenía que factores como la resistencia de los trabajadores y muchos directivos para acoplarse al nuevo esquema de competencia, la deficiente estructura institucional para enfrentar los nuevos retos y el poco apoyo gubernamental para facilitar esta transición, fueron parte de los obstáculos que impidieron los cambios que se proponían. Durante la puesta en marcha de la reforma, se ahondaron las diferencias

⁷⁸ Éstas eran instancias públicas municipales existentes desde el anterior sistema de salud

entre quienes defendían el papel del ISS y buscaban mantener su liderazgo, y aquellos que criticaban su gestión y demandaban su articulación al nuevo sistema.

En esta etapa, el proceso de cambios encontró múltiples obstáculos que se combinaron para alterar el camino trazado en 1993. Por un lado, estaban las presiones ejercidas por el sector privado y los grupos políticos que habían apoyado la Ley 100 y que aducían que las medidas del Ministro Alonso Gómez habían generado un retraso de dos años en el inicio de la implementación del sistema. Por el otro, se incrementaban las protestas del sindicato médico (ASMEDAS), de los trabajadores de los hospitales públicos mediante ANTHOC y del Sindicato del ISS, quienes estaban inconformes con las propuestas de nivelación salarial, y se negaban a apegarse a las nuevas reglamentaciones. Ambas circunstancias se sumaron al desgaste sufrido por el presidente Samper frente a la opinión pública por las acusaciones que lo vinculaban con el narcotráfico, y dieron origen a una fuerte crisis de legitimidad que llevó a cambios en distintas instancias del Ejecutivo, incluido el Ministerio de Salud:

Con un gobierno a la defensiva, las metas sociales se trastocaron con el único objetivo de permitir que Samper terminara su mandato. El programa social (Red de Solidaridad) que se había creado para superar la pobreza, terminó clientelizado a favor de los políticos que rodeaban al presidente (Archila, 2002: 34)

Para reemplazar a Gómez, fue nombrado el médico Augusto Galán Sarmiento en julio de 1995. A diferencia de su antecesor, éste tenía una posición totalmente favorable a la reforma. Durante su gestión, reorientó la política de salud y creó las garantías para asegurar la puesta en marcha de la Ley 100. El nuevo Ministro de Salud dejó interrumpidos los planes y proyecciones establecidos por el decreto (el 2491/94) e inició el proceso de implementación del régimen subsidiado (Plaza, 1999). Para corregir los problemas que decía había heredado de su antecesor, promovió un nuevo decreto (2357/95) que ponía fin al ejercicio transitorio a cargo de las instancias públicas territoriales y establecía regulaciones para la instauración de la competencia y la focalización de la población más pobre. El decreto estipulaba que la afiliación subsidiada se hiciera mediante las Administradoras del Régimen Subsidiado - ARS

(EPS, Cajas de Compensación Familiar y Empresas Solidarias de Salud), y autorizaba la conformación de un primer grupo de aseguradoras privadas para administrar el régimen contributivo. Estas aseguradoras provenían, en su mayoría, de empresas de medicina prepagada y de entidades financieras con tradición y poder en el mercado.

En el momento en que el régimen subsidiado empezó a ser implementado, el Ex - Ministro de Salud Alonso Gómez trató de obstaculizar los cambios desde otro escenario. Para entonces había sido nombrado asesor presidencial en asuntos de salud. Desde este espacio gestionó la aprobación del decreto 294/96 por medio del cual se creaba el Programa Presidencial para el Desarrollo Hospitalario, que buscaba mantener los subsidios a la oferta y fortalecer las instituciones estatales. Esto generó nuevas resistencias por parte de las empresas privadas de salud y de un sector del gobierno, y aunque no alteró los propósitos de la Ley 100 sí retrasó la puesta en marcha del decreto 2375 hasta mediados de 1996 (Plaza, 1999). Al finalizar este mismo año, se expidió una Ley (344/96) que formalizaba el retiro gradual de los subsidios a la oferta transferidos a los hospitales públicos, lo que significaba la disminución de cerca del 50% de los recursos de estas instituciones que debían empezar a operar bajo la lógica de la demanda.

Durante la puesta en marcha de la reforma, también fue creado un programa para evaluar el desarrollo de las transformaciones llamado *Programa de Apoyo a la Reforma*, el cual se financió con un préstamo aprobado por el BID en 1995. Este se había originado en las sugerencias realizadas por un grupo de la Universidad de Harvard contratado por el gobierno para asesorar los cambios institucionales en el sistema de salud. Los diagnósticos y pronunciamientos de los expertos vinculados a las instancias internacionales exaltaban generalmente los logros del mercado

regulado, y orientaban sus recomendaciones hacia profundizar las estrategias para fortalecer el mercado y disminuir las responsabilidades del Estado⁷⁹.

Al comenzar el proceso de reestructuración institucional, los Sintra ISS y de la red hospitalaria pública (ANTHOC) opusieron una fuerte resistencia, negándose a aceptar las nuevas reglas de contratación y funcionamiento. Estas manifestaciones, sin embargo, no lograron alteraciones importantes, sino tan sólo aplazar algunas decisiones y posibilitar que se establecieran normas especiales de adaptación para ciertas entidades estatales como el ISS, cuyos sindicatos mantenían poder de presión, mientras muchos hospitales públicos buscaron cumplir con las exigencias de competitividad y autonomía administrativa y se convirtieron en instituciones autónomas (ESES). Con la expedición de una nueva reglamentación que sentaba las bases para la libre competencia, se daba inicio a un nuevo capítulo del sistema de salud.

Para quienes apoyaban la reforma, las medidas adoptadas por el nuevo Ministro de Salud habían encauzado el camino trazado por la Ley 100. Sin embargo, a pesar del apoyo a su gestión por parte de los gremios privados y de algunos sectores como Hacienda y Planeación Nacional con gran incidencia en las decisiones de la salud, Galán se vio forzado a renunciar a su cargo en marzo de 1996. Su corta estancia en el Ministerio fue parte de las secuelas del escándalo que involucraba al Presidente Samper con dineros del narcotráfico⁸⁰. En su reemplazo fue nombrada María Teresa Forero, directora hasta entonces de la Asociación Colombiana de Medicina Integral (ACEMI). Su llegada al Ministerio de Salud fue decisiva para fortalecer las disposiciones de la Ley 100 y para el beneficio de los intereses privados. Para mediados de 1997 se había autorizado la creación de 10 entidades

⁷⁹ El informe de la Universidad de Harvard respaldó el trámite del gobierno colombiano ante del BID, para solicitar un crédito de 38 millones de dólares destinado a cofinanciar la implementación de la política de salud (Muñoz López, *El Pulso*, 2002).

⁸⁰ Augusto Galán quien era hermano del ex - candidato liberal Luis Carlos Galán asesinado por el narcotráfico en 1989, arguyó límites morales para sustentar su renuncia.

públicas y 21 privadas para el manejo de la seguridad social en salud (Jaramillo, 1999).

La llegada al Ministerio de Salud de personas afines al enfoque de la reforma eliminó algunos de los obstáculos que impedían iniciar la implementación, pero no fue una garantía para evitar los múltiples problemas que se empezarían a presentar a lo largo de este proceso. Por ejemplo, la focalización de la población más pobre comenzó siendo más lenta de lo esperado, según una Encuesta de Calidad de Vida realizada por el Departamento Nacional de Estadística en 1997. Sólo un aproximado de cinco millones de personas (o sea 20% de la población pobre) estaban cubiertas por el régimen subsidiado, mientras que 41% de la población total continuaba sin tener afiliación a ninguno de los dos regímenes. Según esta misma encuesta, también se estaban presentando altos porcentajes de evasión de quienes tenían la capacidad para afiliarse al régimen contributivo. Casi 3 millones de personas con ingresos superiores a 4 salarios mínimos no se encontraban afiliados a la seguridad social.

Cuando los sectores más pobres empezaron a comprender que para tener derecho a la atención no era suficiente con una identificación que los clasificaba como beneficiarios de los recursos del Estado, ni con articularse a las estrategias de participación promovidas por la reforma⁸¹, buscaron constituir formas organizativas autónomas con el fin de ejercer una presión más efectiva en la disputa por la inclusión en el régimen subsidiado. Por ejemplo, en Bogotá se unieron algunos grupos que venían trabajando alrededor de los hospitales públicos y conformaron la Federación de Asociaciones de Usuarios de la Salud. Según uno de los representantes de esta iniciativa, lo que llevó a que se consolidara dicha propuesta fue la necesidad de presionar al gobierno para que se aplicara la estrategia de focalización para

⁸¹ A pesar de que el decreto 1557 de 1994 había establecido la participación social como uno de los fundamentos del sistema de seguridad social, espacios como los Comités Municipales de Participación Comunitaria –Copacos- (conformados para contribuir en la planificación y gestión de los servicios de salud) y las asociaciones de usuarios (creadas como agrupaciones de afiliados tanto en los regímenes contributivo como subsidiado, para velar por la calidad de los servicios y defender el usuario), en la mayoría de los casos se habían limitado a la gestión de quejas y reclamos sobretodo en las IPS y EPS públicas (Arévalo, 2004).

seleccionar a los beneficiarios del subsidio en todas las comunidades pobres de la capital y oponerse al cierre de los hospitales públicos (entrevista a Estupiñán, 27/06/05). Aunque según la Ley 100 las EPS debían facilitar la creación de estas asociaciones, la mayoría de las aseguradoras privadas omitió el cumplimiento de esta medida porque veían la presencia de las asociaciones de usuarios como un obstáculo para su funcionamiento.

En el caso de las comunidades indígenas, cuando se puso en marcha la Ley 100 se promovieron diversas denuncias y comunicados que argumentaban que las empresas de salud encargadas del régimen subsidiado no estaban teniendo en cuenta las características étnicas. Las manifestaciones de inconformidad se divulgaron fundamentalmente mediante organizaciones indígenas (de carácter regional y nacional) como la Organización Nacional Indígena de Colombia, el Consejo Regional Indígena del Cauca, la Asociación de Cabildos y Autoridades Tradicionales indígenas. Desde el punto de vista de estos grupos, el subsidio, más que una solución, se había vuelto un elemento de conflicto porque las comunidades se habían empezado a dividir entre los que tenían identificación como subsidiado y los que no la tenían, aspecto que en muchos casos había llevado a enfrentamientos internos. Según un equipo de asesores de los pueblos indígenas, “con la Ley 100 no sólo aumentó la cobertura en aseguramiento en estas las comunidades, sino también los problemas de acceso a los servicios por las negaciones de atención por parte de las IPS, la falta de información, y los conflictos por el desconocimiento de las autoridades indígenas, de la medicina tradicional y de la diversidad étnica” (Torres y Ariza, 2006: 192). Para subsanar estos problemas, algunas organizaciones buscaron constituir sus propias administradoras, las ARS Indígenas.

Las transformaciones tampoco habían logrado aún la descentralización total ISS, ni la separación completa entre funciones como asegurador y como prestador de servicios. Además, los gastos administrativos de este organismo habían empezado a

crecer, mientras que los ingresos recibidos por afiliación disminuían cada vez más⁸². La información sobre cobertura real del sistema también era contradictoria, debido a que las EPS (tanto públicas como privadas) no habían logrado estandarizar los sistemas de información. Por otro lado, los hospitales públicos (en proceso de transformación a empresas autónomas) se sumaban al acumulado de quejas contra la reforma, debido a que se les pedía ser competentes pero las administradoras encargadas de entregarles el dinero no pagaban oportunamente las cuotas acordadas por medio de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), ni daban la credencial de identificación a todos los beneficiarios del subsidio, misma que era necesaria para tener derecho a la atención médica. Esto significaba que las intermediarias (EPS) se estaban quedando con un enorme margen de utilidad porque no afiliaban a todos los que reportaban como asegurados, pero sí cobraban por ellos.

Durante esta fase, reaparecieron en la arena pública las centrales obreras y se incrementaron las huelgas y las protestas de los trabajadores del sector. En 1997 se realizaron diversas protestas de los trabajadores del ISS y paros en los hospitales públicos más importantes, como el Hospital San Juan de Dios y el Instituto Materno Infantil, que demandaban que se resolvieran los problemas con la transferencia de recursos, que se estipularan acuerdos para garantizar igualdad de condiciones en la competencia y que se aprobaran aumentos salariales. En el grupo de inconformes con el nuevo sistema estaban muchos médicos que habían visto notablemente disminuidos sus ingresos con los cambios en los hospitales y las nuevas lógicas de contratación (Bocchetti, 2005). Sobre el manejo de los recursos del sistema, también se divulgaron distintas irregularidades. Entre 1996 y 1997 muchos alcaldes se aprovecharon del aumento del gasto en el sector⁸³, para desviar los dineros de la salud a otros campos. Adicionalmente, el gobierno no estaba cumpliendo con la

⁸² Un ejemplo de esta situación podía ilustrarse con los resultados en el campo de las pensiones; en 1995, el ISS contaba con un aproximado de 9.9 cotizantes por cada pensionado, en 1997 la relación había caído a 7.1, esto sin contar que el 33.5% de los cotizantes se ubicaba en el rango de 55 años y más (Sarmiento, 1999: 102).

⁸³ El gasto público en salud había pasado de 3,5 en 1993 a 5,5 del PIB en 1999, la mayoría de estos recursos se habían quedado atrapados en las ineficiencias de la intermediación y en las redes de corrupción territorial (Garay, 2003: 40).

totalidad de los aportes prometidos y había empezado a suspender los giros fiscales territoriales por las múltiples acusaciones de corrupción que pesaban sobre los alcaldes⁸⁴.

En cuanto a la atención, tampoco era muy halagador el panorama. Para finales de los noventa, muchos usuarios habían empezado a instaurar demandas jurídicas (siendo la acción de tutela la más utilizada) contra las aseguradoras que se negaban a autorizar análisis especializados, suministro de medicamentos y cirugías (por ejemplo cardiovasculares, de oftalmología y ortopedia) aunque los usuarios cumplieran con las 100 semanas establecidas por la Ley para acceder a los servicios de alto costo. En este proceso fue clave el papel de la Corte Constitucional, organismo que exigía que se suministraran muchos de estos servicios argumentando la protección del derecho a la vida⁸⁵. Estas medidas preocuparon sobretudo a las administradoras privadas y al Ministerio de Salud por los sobre costos que implicaban. Además, estas instituciones argüían que tales disposiciones eran un obstáculo para la implementación adecuada de la Ley. Sin embargo, este tipo de acciones no afectó de manera significativa la posición dominante de las EPS privadas en el mercado⁸⁶. Al contrario, la capacidad de presión y negociación de este grupo dentro de instancias de decisión como el Ministerio de Hacienda, la Oficina de Planeación Nacional y el CNSSS se fue consolidando cada vez más. Gremios como ACEMI, habían tenido gran incidencia para que se autorizaran los copagos y el establecimiento de un período mínimo de cotización para el acceso a servicios de alto costo. Además, habían logrado sostener los antiguos planes de “medicina prepagada” y postergar la reglamentación de los planes complementarios (Hernández, 2002b).

⁸⁴ En 1996 el gobierno sólo contribuyó con la cuarta parte de lo esperado para el fondo de solidaridad y en 1997 no hizo ningún aporte.

⁸⁵ La corte constitucional colombiana estableció, desde 1992, que el derecho a la salud podía ser en algunos casos exigido judicialmente mediante la acción de tutela. Según los magistrados, existía una conexión entre el derecho social afectado (la salud) y un derecho *per se* fundamental, el derecho a la vida (Arbeláez, 2006: 185).

⁸⁶ Para las aseguradoras privadas las sanciones de la corte no representaban déficit de recursos, debido a que cuando un fallo ordenaba cubrir los tratamientos, generalmente los recursos eran desembolsados por el Fondo de Solidaridad y Garantía, y no por los presupuestos institucionales.

Finalmente, en este período, el Banco Mundial publicó el modelo conocido como “pluralismo estructurado” elaborado por Julio Frenk de la Fundación Mexicana para la Salud y Juan Luis Londoño, para entonces vinculado al BID y al BM (1995-1997). Dicho modelo exponía las bases teóricas sobre las que se había construido el modelo colombiano. De acuerdo con esta propuesta, para lograr la calidad, la equidad y la eficiencia en los sistemas de salud, era necesario contar con la co-participación del Estado y del sector privado. El funcionamiento del sistema de salud debía fundamentarse en cuatro núcleos interdependientes: la modulación, el financiamiento, el aseguramiento, y la prestación de servicios (Frenk y Londoño, 1997). Los autores de este modelo estaban convencidos de que la disminución de las responsabilidades del Estado, la creación de un sistema de aseguramiento y la apertura a la competencia, permitiría aumentar el acceso a los servicios y disminuir las barreras económicas. Aunque Juan L. Londoño ya no formaba parte del gobierno, buscaba mantener influencia en las decisiones del sector por medio de las instancias internacionales para las que entonces trabajaba.

1.2.Crisis hospitalaria y recesión económica (1998-1999)

La transformación de los hospitales públicos en empresas autónomas del Estado implicaba que ya no recibirían recursos directamente del presupuesto gubernamental; estas instituciones debían adaptarse a un esquema de competencia de mercado basado en la contratación de servicios con las aseguradoras del sistema. Este proceso, se vio alterado por distintos problemas, como la morosidad en los pagos por parte de las administradoras de los recursos (EPS y ARS), y por las evasiones del Estado que debía cubrir la atención de la población que no había alcanzado a ser incluida en el sistema de aseguramiento porque no era lo suficientemente pobre para recibir subsidios, pero tampoco alcanzaba a cubrir los costos de la afiliación al sistema por su cuenta, y que se conocía como “población vinculada”. Además, surgieron otras dificultades relacionadas con la adecuación de las distintas entidades a modelos de

rentabilidad financiera y con las características desiguales de la competencia. Estas complicaciones se combinaron con las debilidades que venían cargando estas instituciones desde el anterior sistema de salud y detonaron el inicio de una fuerte crisis en la red pública nacional. Mientras tanto, las prestadoras privadas afiliadas a ACEMI y las Cajas de Compensación Familiar extendían su monopolio y lideraban el mercado en las ciudades más importantes del país⁸⁷. Muchas de estas entidades empezaron a construir su propia infraestructura para la prestación de los servicios y buscaron manejar precios contra los que era muy difícil competir.

La base de los problemas de los hospitales públicos, según el Ministerio de Salud, estaba en el incremento excesivo de la nómina, debido a la nivelación salarial de los empleados (que se había iniciado en 1995) y al aumento de personal en las instituciones. Sin embargo, había otros motivos que se mencionaban poco en los diagnósticos del Ejecutivo, como el incumplimiento en los giros de los recursos que habían sido creados por la Ley 100. En 1993, por ejemplo, se había decretado un rubro específico para el fondo de solidaridad; este consistía en el 1% de aporte estatal a cambio de cada contribución igual de los trabajadores. Aunque a los afiliados al régimen contributivo se les empezó a deducir el porcentaje comprometido desde el momento en que se aprobó su reglamentación, el gobierno no cumplió con su parte, como tampoco lo hizo con la destinación de los aportes derivados del petróleo proyectados cuando se diseñó el sistema. Estos incumplimientos se sumaban a otros recortes antes aprobados como la Ley 344/96.

Además del incumplimiento de los acuerdos estatales, también se habían denunciado graves problemas de corrupción en las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS). Según un estudio realizado por la Superintendencia Nacional de Salud en 1999, la tardanza de muchas de las aseguradoras para girar los recursos a los hospitales (que recibían las transferencias directamente del Estado antes de la Ley

⁸⁷ Tres de las EPS privadas más importantes (Saludcoop, Susalud y Salud Colmena) fueron reportadas dentro del grupo de las 25 empresas nacionales con mayor rentabilidad. Así mismo, estas instituciones tuvieron un notorio incremento de las utilidades que pasaron de 1,549 millones por utilidades operativas en Junio de 1997 a 6,919 millones en 1998 (*Salud Colombia*, 1999a)

100) generaba un grave problema de liquidez, que por supuesto afectaba el funcionamiento de estas instituciones⁸⁸. Según el testimonio de un directivo de la Asociación de Empresas Sociales del Estado:

Los intermediarios financieros hacen caótico el flujo de dinero hacia los prestadores de los servicios de salud dentro del Sistema General de Seguridad Social, y esa es una de las causas por las cuales las Empresas Sociales de Estado están abocadas a situaciones cada vez más críticas. Por lo tanto hay que pedir que esa intermediación se modifique o exigirle a la Superintendencia de Salud que cumpla su deber de control (Giraldo, *El Pulso*, 1998)

Los indicadores de gestión hospitalaria eran un reflejo del momento por el que pasaban estas instituciones. Según las cifras del Programa de Mejoramiento de Servicios del Ministerio de Salud: entre 1997 y 1998, los hospitales de segundo y tercer nivel redujeron el número de consultas externas de 5,173,703 a 5,123,393; las cirugías de 518,721 a 514,643 y los partos de 276,073 a 260,703. Entre los hospitales más afectados con la crisis estaban el San Juan de Dios, el Materno Infantil y el Santa Clara de Bogotá, y el Hospital Universitario de Cartagena (*Salud Colombia*, 1999e). Los trabajadores de los hospitales insistían en que la situación de estas instituciones estaba siendo provocada de manera intencional por el gobierno, quien estaba buscando justificar su deseo de liquidar la mayor parte de los empleados públicos del sector y desaparecer las instituciones en las que el Estado tenía un papel primordial y que hasta entonces habían sido las encargadas de atender a los pobres.

A la crisis los hospitales públicos se añadían los problemas de las instituciones de seguridad social más importantes del país: el ISS, CAJANAL y CAPRECOM. Una muestra de la complejidad del momento fue la sanción impuesta por la SUPERSALUD al ISS en 1998, debido a los problemas con la administración de los recursos y la prestación de los servicios. La medida implicaba la prohibición para incorporar nuevos afiliados hasta que no se hiciera una adecuada

⁸⁸ Según un estudio realizado por el Ministerio de Salud, en septiembre de 1998 Las EPS públicas adeudaban a los hospitales 119.116 millones, de los cuales 57.083 millones correspondía a cuentas con más de 90 días de vencimiento. La mayor de ellas, el ISS 75.914 millones (Salud Colombia, 1999b)

reestructuración institucional. Las aseguradoras privadas aprovecharon estas disposiciones para fortalecerse y captar el público potencial del ISS, institución que empezaba a mostrar un deterioro progresivo tanto en los resultados financieros, como en las cifras de afiliados. Cabe mencionar que con los cambios en el sistema de salud, la atención del 80% de las enfermedades de alto costo (Cáncer, Sida, enfermedades renales) había quedado a cargo del ISS porque las aseguradoras privadas generalmente rechazaban este tipo de pacientes, estos aspectos explicaban en parte los problemas financieros de este organismo:

Hasta 1996 las EPS públicas tenían el 62% del total de afiliados y las EPS privadas el 38%. Para 2003 la relación se había invertido de forma asombrosa: alrededor de un 75% de afiliados estaban en EPS privadas y sólo un 25% en EPS públicas (Arroyave Zuluaga, *El Pulso*, 2005)

A pesar de que los problemas en el funcionamiento del sistema de salud empezaban a ser evidentes, no se conocieron pronunciamientos específicos del CNSSS para evitar la selección adversa de los usuarios o promover la distribución equitativa en los costos de atención. La SUPERSALUD tampoco dictó sanciones en contra de las aseguradoras privadas que no habían pagado sus deudas a los hospitales públicos. En cambio, para finales de 1999, se empezaron a divulgar documentos oficiales del Ministerio de Salud entonces encabezado por el médico Virgilio Gálvis (1998-2000), que hablaban de la necesidad de considerar el cierre de las EPS públicas si no se encontraban soluciones inmediatas a sus problemas. Se hicieron frecuentes los informes fatalistas que acentuaban el desprestigio de estas instituciones al mostrarlas como responsables de la crisis. Los portavoces gubernamentales argumentaban que el origen de las dificultades estaba en la corrupción, la ineficiencia y la incapacidad para adaptarse a los cambios. Ante estos pronunciamientos, el Sindicato del ISS, ASMEDAS y ANTHOC, buscaron presionar al gobierno por medio de comunicados que denunciaban el desmantelamiento de lo público con paros hospitalarios y con foros de discusión. Sin embargo, la capacidad de presión de estos actores no lograba tener la fuerza suficiente para detener las transformaciones, ni para ganar un mayor respaldo de la opinión pública. Esto se debía a la fragmentación de

sus acciones y a que sus luchas continuaban inscritas fundamentalmente a intereses laborales.

Este complejo panorama del sector de la salud se vio agravado con el inicio de una fuerte recesión económica en 1998 que provocó la disminución del empleo, el crecimiento del subempleo, la pérdida de poder adquisitivo y el aumento de la pobreza. En aquel momento, quienes quedaron desempleados dejaron de aportar recursos al sistema y buscaron integrarse al régimen subsidiado. Esto significaba que las proyecciones realizadas por los reformadores no se estaban cumpliendo, porque iba a ser mayor el porcentaje de población subsidiada que la aportante al SGSSS. Para el momento de formular la Ley 100/93 la tasa de desempleo era aproximadamente de 7%; con la recesión económica esta llegó a alcanzar 22% en 1999.

La crisis económica repercutió directamente en las proyecciones estimadas para el SGSSS. Según Ahumada (2002), cerca de diez millones de contribuyentes al sistema habían desaparecido como consecuencia de la recesión. Mientras el 63% de los afiliados hacían su aporte oportunamente al régimen contributivo en 1998, en 1999 este porcentaje bajó al 47%. La gravedad de la situación financiera del sector, se complementaba con la intensificación del conflicto armado, el desplazamiento forzoso de poblaciones rurales, y las violaciones sistemáticas a los derechos humanos. Sobra decir que el gobierno del presidente Samper finalizó en medio de una gran crisis de legitimidad. La pretensión inicial de enmendar los excesos de las políticas neoliberales habían quedado en un plano retórico y el régimen continuaba fragmentándose por la corrupción, el clientelismo y el fortalecimiento de las guerrillas y los grupos paramilitares.

Para el período presidencial 1998 – 2002 fue elegido el conservador Andrés Pastrana, quien fundamentó su plan de desarrollo en dos propósitos con pocos puntos comunes. Por un lado abogaba por el logro de la paz y la búsqueda de una salida

negociada para el conflicto con las guerrillas del ELN y de las FARC⁸⁹; y por otro, promovía la consolidación del mercado y las estrategias para profundizar el desmonte de la presencia estatal en el sector social. Este último aspecto fue rechazado por amplios grupos de población insatisfechos con los resultados de las políticas privatizadoras. El contenido del plan de desarrollo desencadenó una serie de protestas y movilizaciones de distintos grupos organizados como los maestros, los empleados del sector salud⁹⁰, los estudiantes y las centrales obreras: “Entre el 31 de agosto y el 1 de septiembre de 1999 se llevó a cabo un paro cívico nacional en rechazo a las políticas neoliberales del gobierno Pastrana” (Sarmiento, 1999: 166).

Entre los inconformes con la orientación de las políticas sociales del gobierno pastrana, también estaban los grupos indígenas que se unieron a las protestas para reclamar su inclusión en los planes de inversión y la solución a los problemas de derechos humanos, salud y servicios públicos. Una de las críticas más frecuentes al nuevo sistema de salud se centraba en que este no había considerado las diferencias culturales de comunidades especiales como las afro colombianas y las indígenas. Las organizaciones representantes de estos grupos sostenían que la modalidad de aseguramiento individual alteraba las prácticas sanitarias no tradicionales fundadas sobre modelos solidarios y grupales.

La recesión económica incluyó ajustes fiscales que afectaron directamente los recursos de la salud, lo que agudizó los problemas del sector. El año 1999 comenzó con la decisión del CNSSS de no aumentar el presupuesto destinado a cubrir la unidad de pago por capitación en el régimen subsidiado, lo que significaba reducir aproximadamente 15% al estimado proyectado. La consecuencia directa de esta

⁸⁹ Pastrana había realizado los primeros encuentros con las FARC durante la contienda electoral con el objetivo de iniciar un proceso de paz, este fue uno de los elementos claves para inclinar la balanza a su favor. Aunque una vez posicionado como presidente inició las negociaciones (1999) con este grupo guerrillero, las acciones violentas y las retaliaciones tanto por parte del Ejército Nacional como de la guerrilla de las FARC nunca se suspendieron.

⁹⁰ En materia de salud, este plan se proponía continuar y fortalecer la implementación de la Ley 100 mediante la creación de un sistema de información, la ampliación de la cobertura y la reducción de la evasión de los aportes al régimen subsidiado. Sobre este último punto, se dieron a conocer denuncias por fuga de recursos y exceso de ganancias de algunas administradoras.

medida fue el descalabro de muchas de las administradoras de los recursos destinados a los pobres (ARS)⁹¹. Adicionalmente, para este año 35% de los recursos de oferta recibidos por los hospitales públicos debían transformarse en subsidios a la demanda, además que se exigía la reestructuración de los sistemas de gestión y la flexibilización de la contratación. Otra decisión que generó polémica y que daba cuenta de la situación de la salud, fue el fallo de la Corte Constitucional para que las aseguradoras del régimen subsidiado incluyeran dentro de sus planes de salud tratamientos para el SIDA. Esta instancia, argumentó que cuando estuviera de por medio el derecho a la vida, se autorizaría mediante un trámite especial el suministro de tratamientos por fuera del POS. La sentencia se originó en la negativa de incluir dentro del régimen subsidiado a un paciente con dicha enfermedad por parte de un hospital en Cali.

Planeación Nacional y el Ministerio de Salud, argumentaban que parte de los problemas del SGSSS tenían que ver con la corrupción de los alcaldes municipales. La Superintendencia de Salud había denunciado que más de la mitad de los alcaldes del país (550 de 1075) estaban siendo investigados por utilizar indebidamente los recursos dirigidos a salud, especialmente los del régimen subsidiado (Ochoa, *El Pulso*, 1999). Como respuesta a estas acusaciones la Federación Colombiana de Municipios publicó varios comunicados manifestando que aunque se habían dado casos aislados de corrupción, no se podía generalizar esta situación a todos los entes territoriales. El Ejecutivo también pretendía reducir las plantas de personal para lograr el equilibrio fiscal y condicionaba la entrega de nuevos recursos a la aplicación de estas medidas. Los trabajadores, en cambio, insistían en que los problemas del sector no provenían únicamente del “exceso de gasto”, sino de la escasez de ingresos por la transferencia insuficiente e inadecuada de los recursos, de la desigualdad en las condiciones para competir con las instituciones públicas, de la ineficiencia de las aseguradoras y de los altos pasivos pensionales nunca resueltos.

⁹¹ Como consecuencia de la disminución real de la unidad de pago por capitación, 87 de las 154 Empresas Solidarias de Salud (56%) presentaron pérdidas que ascendieron a 26,317 millones de pesos (*Salud Colombia*, 2000k)

Las protestas de los sindicatos del sector sirvieron para que el Ejecutivo se comprometiera a no incluir en el plan de desarrollo la meta de transformación del 35% de los subsidios a la oferta que todavía se conservaban. Además, consiguieron que el gobierno diera marcha atrás en la pretensión de convertir las clínicas del ISS en empresas autónomas y que se comprometieran recursos para ampliar la cobertura del régimen subsidiado⁹². Sin embargo, estas modificaciones no fueron suficientes para detener la crisis de los hospitales y de las instituciones estatales de seguridad social. Por el contrario, los problemas se agudizaron. Por ejemplo, en el caso del ISS los recursos (de por sí reducidos) generalmente eran absorbidos por la enorme carga prestacional, así mismo, algunos hospitales públicos empezaron a cerrar sus instalaciones y las condiciones laborales empeoraron. Para poder sobrevivir muchas instituciones despidieron personal, bajaron los salarios y cambiaron las condiciones de contratación, muchos hospitales empezaron vincular a los trabajadores bajo la figura de “cooperativas de trabajo asociado”. Según el entonces presidente de la juntas directiva de ASMEDAS, “con las reglas de juego impuestas por el nuevo sistema eran las aseguradoras las que imponían las tarifas salariales y las que definían las condiciones de pago y el tratamiento que debían recibir los pacientes” (Reyes Forero, *El Pulso*, 1999).

De los problemas de liquidez no se habían salvado ni siquiera las clínicas privadas. Para afrontar esta situación, un grupo de estas clínicas representado por la Asociación de Clínicas y Hospitales de Colombia (ACHC) gestionó una alianza con la asociación de industriales (ANDI) que tenía gran incidencia en las decisiones del Ejecutivo. Con esta unión los representantes privados buscaban presionar al gobierno para que corrigiera las anomalías en la transferencia de recursos. Aunque no se conoce el efecto directo que pudo haber tenido esta coalición, era claro que la unión

⁹² Se aprobó la creación de subsidios parciales destinados a cubrir entre el 20% y el 40% de la financiación, la diferencia sería responsabilidad de los afiliados. Con la nueva norma las entidades territoriales debían empezar a afiliar a los trabajadores independientes con ingresos inferiores a dos salarios mínimos al régimen subsidiado.

de ambos gremios aumentaba su capacidad de presión. En palabras de uno de los directivos de la asociación de industriales:

El compromiso de la ANDI con el programa de apoyo a las clínicas y aseguradoras privadas es llegar a las máximas esferas, para que los problemas que vive el sector sean verdaderamente conocidos por quienes toman las decisiones. La ANDI tiene capacidad de gestión y eso es lo que está ofreciendo (Echevarría Saldarriaga, *El Pulso*, 1999)

Las múltiples dificultades que venía enfrentando el SGSSS llevaron a que en 1999 nuevamente se desatara una discusión nacional alrededor del tema de la salud. Tanto el Ministerio de Salud (entonces encabezado por Virgilio Gálvis) como la Comisión Séptima del Congreso lideraron una serie de encuentros para conocer el estado del sector tras cumplirse 6 años de la reforma. Con el fin de articular las sugerencias de los distintos actores para mejorar el sistema, se realizaron ocho foros regionales en los cuales se recogieron 320 propuestas. Por ejemplo, en uno de los foros, realizado en Antioquia, se discutieron propuestas de representantes de las facultades de medicina, las aseguradoras y prestadoras privadas, las administradoras del régimen subsidiado, las empresas sociales del estado, las empresas solidarias de salud, las ligas de usuarios y defensores del derecho a la salud. En general, los inconformes con los resultados de la reforma reclamaron soluciones para los problemas creados por los altos costos de la intermediación, exigieron acciones para salvar a los hospitales públicos y al ISS, y pidieron mayor control y regulación del Estado. Además, demandaron que se pusieran en marcha políticas serias para la promoción y prevención de la salud y que se resolvieran los problemas de acceso al régimen subsidiado.

Las entidades gubernamentales, por su parte, señalaron los efectos de la crisis económica en el sector e insistieron en la necesidad de encontrar soluciones para hacer más efectiva la transición de los hospitales y aseguradoras públicas. Las EPS y los prestadores privados concentraron sus demandas en los problemas de liquidez del sector, insistiendo, a la vez, en la necesidad de fortalecer el sistema de salud diseñado en 1993. Después de los foros de discusión sobre los resultados de la reforma, el

Ministerio de Salud divulgó un consolidado de las propuestas. Sin embargo, concluyó que el mejor camino para resolver los problemas del sistema era mejorar la reglamentación y continuar con la aplicación de la Ley 100. Según esta instancia, la Ley debía ser aplicada y no reformada. Nuevamente, como en la etapa del diseño de la política, se impusieron los intereses de los prestadores privados y de las elites del Ejecutivo (Ministerio de Salud, Hacienda y Planeación Nacional), y se dejaron de lado las demandas de quienes estaban padeciendo los efectos de las transformaciones. Los debates sobre los resultados de la reforma continuaban reflejando una gran polarización; mientras algunos pedían acabar con el sistema creado en 1993, otros demandaban fortalecer lo existente y/o hacer algunas modificaciones parciales.

1.3.Evolución del sistema de salud: evaluaciones e informes (2000)

Los debates promovidos en 1999 por el Ministerio de Salud y la Comisión Séptima del Congreso, no habían repercutido en soluciones a los problemas más apremiantes. Más bien, habían servido para que el gobierno legitimara los cambios y para afianzar los poderes de las empresas privadas de salud que parecían exentas de las sanciones gubernamentales. Según las opiniones de los sindicatos (Sintra ISS, la CUT, ANTHOC y ASMEDAS), de los académicos y de los grupos sociales organizados, las cosas más, que mejorar, habían empeorado: no se habían tomado medidas para salvar a los hospitales públicos y al ISS de la crisis, ni para cambiar la lógica de intermediación de las EPS, o para resolver totalmente el problema de las transferencias.

Introducir modificaciones al Plan de Desarrollo del gobierno Pastrana era una de las pocas alteraciones conseguidas (momentáneamente) por los grupos opositores a la reforma. Sin embargo, éstas ya no se iban a llevar a cabo. Los acuerdos se rompieron cuando las propuestas llegaron al Congreso donde las iniciativas fueron vetadas y se les dejó sin piso legal. Con esta decisión volvían a ponerse en debate

temas que se creían superados, como los plazos de conversión de los subsidios a la oferta en subsidios a la demanda, el aumento de recursos para el régimen subsidiado (cada vez más afectado por los recortes presupuestales) y la posibilidad de cerrar el ISS si no convertía sus clínicas en empresas autónomas y si no aceleraba su proceso de transición. La crisis del ISS había llegado a tal punto que el entonces director Jaime Arias había sugerido su liquidación para crear otra forma jurídica que liberara al organismo de los enormes pasivos pensionales⁹³. Esta medida, sin embargo, no prosperó porque, las fuerzas sindicales consiguieron una vez más presionar al Ejecutivo para que abriera un espacio de negociación que permitiera buscar una salida a la crisis financiera.

Aunque en este período estaba en marcha un proceso de paz, cuando comenzó el año 2000 las acciones bélicas se habían incrementado. Los grupos paramilitares ahora conformados como Autodefensas Unidas de Colombia (AUC) habían iniciado una ofensiva militar para evitar que se otorgara una zona de despeje al ELN y para protestar por las concesiones que decían estaba haciendo el Ejecutivo a las FARC. La violencia no daba tregua e involucraba cada vez a un mayor número de actores. La complejidad del conflicto armado contribuía para mantener las políticas distintas a las de guerra en un lugar secundario, y opacaba la posibilidad de poder poner otros sectores como la salud en la prioridad de la agenda pública.

En cuanto al funcionamiento del SGSSS, era cada vez mayor la brecha entre las metas establecidas en la Ley 100 y los logros alcanzados. Se suponía que para el 2000 el sistema habría alcanzado la cobertura universal, propósito que estaba cada vez más lejano. En este plazo, también, debían equipararse los paquetes de servicios de los regímenes subsidiado y contributivo, lo que tampoco se había conseguido. Más que logros, continuaban los escándalos. El año había iniciado con un informe de la Superintendencia de Salud que denunciaba irregularidades en el manejo de los recursos por parte de varias EPS privadas. Frente a estos problemas, el gobierno hacía

⁹³ Según un informe del CNSSS el Seguro Social había generado un déficit cercano a los 700 mil millones de pesos para el año 2000.

pocos comentarios y esquivaba las sanciones, que en cambio caían con toda la fuerza sobre las aseguradoras públicas.

Otro aspecto que tampoco mostraba mejoras era el de los programas de salud colectiva. Por ejemplo, este año se registró la caída de las coberturas de vacunación que para entonces eran responsabilidad de los entes territoriales. Según un informe presentado por el Ministerio de Salud y la OPS en una reunión de los países andinos realizada en 1999, el presupuesto para las campañas de vacunación masiva había disminuido desde que se había empezado a intensificar la descentralización municipal. Esto se debía a la inadecuada destinación de transferencias, a problemas de corrupción y a la imposibilidad de manejar ciertos componentes públicos con la lógica del mercado. Aunque los problemas con el Plan de Atención Básica (PAB) se habían manifestado desde el momento en que fue diseñada la Ley 100, se agudizaron durante el gobierno Pastrana cuando disminuyeron de manera importante los recursos fiscales. En el año 2000 se registró un déficit de 92,400 millones de pesos en el sector de la salud (Ahumada, 2002).

En medio de este complejo panorama, se publicaron distintos balances e informes sobre la evolución del sistema de salud. El primero de ellos, el *Reporte sobre la Salud en el Mundo*, publicado por la OMS con la coautoría de Juan Luis Londoño y Julio Frenk analizaba el desempeño de los sistemas de salud de 191 países. En este reporte, Colombia ocupaba el primer lugar en materia de equidad financiera, lo que significaba que la contribución financiera de cada hogar estaba relacionada con su capacidad de pago o aporte al sistema de salud. Sin desconocer los avances en esta materia, no podían soslayarse otros aspectos en los que se evidenciaba el rezago, por ejemplo, en la calidad y el acceso a los servicios, o el respeto al usuario y a sus derechos, asuntos en los que Colombia ocupaba el lugar 82. El criterio de equidad financiera, más que dar cuenta de la mejoría en los indicadores de salud, se concentraba en los criterios de rentabilidad económica impulsados por el Banco Mundial en las reformas sanitarias latinoamericanas de los noventa (Hernández, 2000b).

Otro de los informes fue publicado por la Defensoría del Pueblo. *La primera encuesta nacional de calidad en salud* (2000) aportaba un análisis innovador que se concentraba en la percepción de los usuarios. En los resultados se señalaron aspectos referidos a la insatisfacción con los altos costos, el abandono de los programas de promoción y prevención y las deficiencias de la libre elección. De los 2,365 encuestados sólo 38% pudo escoger su médico general y 43% su especialista. Además, las opciones de elegir se vieron reducidas a medida en que aumentaba la complejidad en la atención y disminuía el nivel educativo. Únicamente 60.2% de los pacientes encuestados recibía la totalidad de los medicamentos recetados y casi la mitad de los usuarios realizaron pagos adicionales que deberían estar cubiertos por el seguro. Así mismo, aunque se sugería que el seguro de salud facilitaba el acceso a ciertos servicios, aún se mantenían barreras de acceso para la población más pobre. En cuanto a los servicios cubiertos por el Plan de Atención Básica (PAB) 74.5% del total de usuarios encuestados manifestó desconocer su contenido. Los datos mostraban, además, que en materia de calidad aun faltaba un largo camino por recorrer. Aunque los resultados más divulgados por el gobierno habían sido los del informe de la OMS, estos datos ponían en entredicho los alcances de la Ley 100.

Durante el año 2000, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) también presentó su informe anual sobre la evolución del sistema ante el Congreso de la República. Allí se mostraba que aunque había aumentado la cobertura tanto de la población afiliada al régimen contributivo como al subsidiado, la cifra total sólo alcanzaba a poco más de la mitad de la población. Aunque se había avanzado en el número de personas aseguradas tanto con el ingreso del grupo familiar como con la afiliación de los grupos más pobres, la meta de cobertura universal para el año 2000 aun estaba muy lejos de cumplirse. En esta fecha, eran pocos los avances, sobre todo si se comparaba la población cubierta con la cantidad de recursos financieros que se habían creado para el sector. Según el Departamento Nacional de Planeación (2003), el gasto público en salud había pasado de 3.5% del PIB en 1993 a

4,5% en el año 2000 desde la aprobación de la reforma. El cuadro a continuación muestra la evolución en la afiliación al SGSSS entre los años 1996 y 2000:

CUADRO 9: AFILIADOS AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Años	Contributivo.	Participación. %	Subsidiado	Participación % en NBI	Total	Población	Cobertura %
1996	13,728.117	69,7	5,981.774	70,0	19,709.891	39,295.797	50,2
1997	14,969.278	68,1	7,026.690	57,2	21,995.968	40,064.092	54,9
1998	16,090.724	65,4	8,527.061	60,7	24,617.785	40,826.815	60,3
1999	13,652.878	59,4	9,325.832	52,0	22,978.710	41,589.018	55,3
2000	14,409.142	60,7	9,510.566	59,7	23,919.708	42,299.403	56,5

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud, DANE y cálculos de Fedesarrollo. Tomado de Muñoz López, *El Pulso*, 2001b).

Como puede observarse, en el año 2000 sólo poco más de la mitad de la población estaba afiliada al SGSSS⁹⁴, y como era de esperarse, con la crisis económica el porcentaje de personas subsidiadas por el Estado se había elevado casi al mismo nivel de las afiliadas al régimen contributivo, cuando los cálculos de los reformadores eran que este grupo no llegaría a más de 30%. Esto, sin mencionar, que poco menos de la mitad de la población, el 43.46% (que equivalía a 18,379,695 personas) seguían por fuera del SGSSS, lo que significaba que hasta la fecha se mantenían los problemas que en su momento se mostraron como fallas estructurales del SNS.

El CNSSS también registraba la creciente participación de las EPS privadas y la caída de las públicas, especialmente el ISS. Para entonces, existían 27 aseguradoras prestadoras privadas y 8 públicas. También se hacía referencia a las desigualdades en

⁹⁴ La cobertura había sido fuente de polémica entre las instancias que hacían seguimiento al sistema de salud, porque generalmente las cifras variaban según la dependencia que estuviera presentando los informes. Entre los aspectos más problemáticos estaban la recolección de información y las deficiencias informáticas en las entidades promotoras y prestadoras de salud, desde el ISS hasta todos los demás agentes públicos y privados del Sistema, que al no estandarizar su software según requerimientos de la SUPERSALUD, arrojaban información contradictoria, alcanzando diferencias hasta del 38% en reportes de afiliados (Muñoz López, *El Pulso*, 2001)

los planes de beneficios de ambos regímenes⁹⁵, a la disminución de aportes presupuestales por parte del gobierno y a las dificultades que se mantenían en el proceso de transformación de los subsidios a la oferta. Así mismo, dificultades como la focalización se habían empezado a sumar a los distintos problemas del sistema, en la medida en que el instrumento creado para tal fin (SISBEN), más que facilitar la selección de la población más pobre, se estaba convirtiendo en un elemento más de exclusión. Muchas familias de escasos recursos no habían logrado obtener una clasificación en la encuesta de selección para acceder a los subsidios de salud, debido a que algunos alcaldes habían detenido su aplicación, aduciendo la falta de recursos para ampliar la cobertura del aseguramiento. A esto se añadieron los innumerables problemas que se estaban generando con los mecanismos de control e información, los cuales propiciaban la afiliación de algunas personas en ambos regímenes, la evasión de quienes podían aportar al régimen contributivo, la entrega de subsidios a quienes no lo necesitaban y el desvío de recursos.

Por último, la entonces Ministra de Salud Sara Ordóñez (2000-2001) antes funcionaria del Ministerio de Hacienda, presentó un diagnóstico sobre el sector en un congreso de la Asociación Latinoamericana de Sistemas Privados de Salud. Entre los problemas mencionados por la funcionaria estaban las dificultades para alcanzar la universalización de la cobertura, la desigualdad en los planes de beneficios y la inoperancia de la estrategia de libre elección:

Todavía permanecen por fuera del sistema cerca del 42% de los colombianos más necesitados. Existe desigualdad en los planes de beneficios, se vulnera el derecho a la libre elección y tenemos graves deficiencias en los sistemas de información, en la provisión de medicamentos y en los campos de promoción y prevención” (Ordóñez, *El Pulso*, 2000).

En este mismo foro de las empresas privadas, la Ministra hizo alusión a los problemas generados por la recesión económica, la cual decía había repercutido en una disminución en los ingresos corrientes de la nación, haciendo imposible alcanzar

⁹⁵ Aunque para entonces, se habían incluido algunos tratamientos como el Sida en el POS subsidiado, las diferencias entre ambos regímenes seguían existiendo.

las metas de cobertura universal en el tiempo estipulado. Una de las propuestas para ajustar los gastos de los hospitales públicos del país era reducir el 35% de la nómina de estas instituciones, lo que significaba el despido de un número importante de trabajadores. Según este análisis, el gasto en personal era uno de los mayores problemas de los hospitales. A pesar de las dificultades, en opinión de la Ministra, no se requerían modificaciones estructurales en la Ley 100; bastaba con hacer algunos ajustes a las reglamentaciones. A pesar de este balance, un año después (octubre de 2001) Sara Ordóñez y su viceministro de salud David Bersh, renunciaron al Ministerio de Salud argumentando múltiples obstáculos para resolver la profunda crisis en que se encontraba el sector. Según su opinión de entonces, se requerían reestructuraciones profundas que iban más allá de lo económico y que implicaban resolver la carencia de información, problemas de gestión y coordinación del sistema.

Desde que la reforma se puso en marcha, la mayoría de los encargados de la cartera de salud eran defensores del modelo de mercado, sistemáticamente hacían caso omiso de los indicios de mal funcionamiento del sistema. Las denuncias sobre los problemas generalmente eran divulgadas por otros organismos como la Corte Constitucional y la Defensoría del Pueblo, además de los grupos organizados del sector que buscaron reestructurar sus estrategias de acción para hacerle frente a la posición del organismo rector e incidir en las disposiciones que se anunciaban como inevitables. Por ejemplo, Sintra ISS lideró una alianza con otros gremios de la salud para conformar el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Seguridad Social (Sintraseguridad Social). Esta instancia buscaba proteger la estabilidad laboral de los empleados públicos del sector, fortalecer los canales de interlocución con el gobierno y con las directivas del ISS y evitar el cierre de los hospitales y del ISS. Por su parte, los hospitales públicos que se habían convertido en empresas autónomas, se agremiaron en la Federación Colombiana de Empresas Sociales del Estado. También surgieron alternativas desde la sociedad civil, como la impulsada por la Asamblea de la Plataforma Colombiana de Derechos Humanos para defender el derecho a la salud.

Los representantes de las comunidades indígenas iniciaron una serie de acciones de resistencia con el fin de derogar las normas expedidas por el gobierno para reorganizar el régimen subsidiado, las cuales pretendían la desaparición de sus administradoras porque se decía que estas instancias no cumplían con los requisitos establecidos por el sistema en materia de capital y afiliados. Las aseguradoras indígenas habían sido adaptadas a las necesidades culturales particulares, incluyendo aspectos como las prácticas de medicina tradicional indígena y la formulación de planes propios de salud colectiva. Para derogar lo reglamentado estos grupos, presionaron al Ministerio de Salud para que tramitara un decreto de excepción que avalara la creación de un régimen especial. Aunque este intento fue impugnado en un principio por el Ministerio de Hacienda, ellos contaban con representación en el Congreso (Jesús Piñacue era senador por la Alianza Social Indígena), y con una fuerte tradición organizativa y gran capacidad de resistencia, aspectos que favorecieron la aprobación de un proyecto que aunque no les permitía crear un régimen por fuera de la Ley 100, les garantizaba por su condición de indígena, el acceso al régimen subsidiado y les permitía seguir manejando sus propias administradoras de salud.

2. Las primeras modificaciones de la Ley 100 de 1993 (2001 – 2003)

2.1.Reorganización de los aspectos financieros de la reforma: ley 715 del 2001

Aunque el Ejecutivo insistía en defender las bondades de la Ley 100 y mantenía la postura de que más que una nueva reforma se necesitaba aplicar lo aprobado, a partir del 2001 se hicieron varias modificaciones al sistema de salud. Las más importantes fueron el reordenamiento de los recursos por medio de la Ley 715/01, la fusión de los Ministerios de Salud y Trabajo en el Ministerio de la Protección Social y la reestructuración del Seguro Social. Estos cambios no buscaban resolver los problemas estructurales del sector, sino que se concentraron en reorganizar los

asuntos financieros, las dinámicas institucionales, y en crear las condiciones para llevar a cabo la transformación del ISS.

En agosto de 2001, el CNSSS presentó su informe anual sobre la evolución del sistema de salud ante la Comisión Séptima del Congreso. En esta oportunidad, el análisis mostró los distintos problemas del sector. Sin embargo, su solicitud se centró en resolver los asuntos financieros. El informe señalaba que, aunque el gasto en salud se había incrementado notablemente desde 1993, éste seguía siendo insuficiente para lograr las metas de cobertura universal y equidad en los paquetes básicos de salud:

Hasta la fecha no se han dado los supuestos macroeconómicos proyectados en 1993; es así como la recesión, el incremento en el desempleo, subempleo y la informalidad, sumados a la crisis fiscal del Estado han frustrado el propósito de cobertura universal y se constituyen en las amenazas esenciales del futuro financiero del sistema (Informe del CNSSS al Congreso, agosto de 2001).

Como respuesta a la solicitud del CNSSS, y más específicamente de los Ministerios de Salud y Hacienda que eran los organismos con mayor incidencia en las decisiones del sector, promovieron un ajuste al SGSSS mediante la Ley 715/01. Esta ordenanza sustituía a la Ley 60/93 sobre descentralización y modificaba las competencias y los recursos destinados a la salud, en especial los destinados al régimen subsidiado. Con esta medida, se reducían las transferencias territoriales y se cumplía una vez más con los intereses del Ejecutivo que, más que resolver los problemas estructurales del sistema, buscaba aliviar las cuentas fiscales nacionales y adaptarse a las exigencias del el Fondo Monetario Internacional para el otorgamiento de nuevos créditos⁹⁶. En opinión de los representantes del Departamento de Planeación Nacional, con este ajuste se resolverían los asuntos más apremiantes del SGSSS porque se generaría estabilidad en las transferencias económicas. La Ley 715,

⁹⁶ Detrás de las nuevas condiciones habían compromisos asumidos con el Fondo Monetario Internacional y con el Banco Mundial. para conseguir créditos por US\$2.700 millones, el gobierno colombiano debía cumplir entre otras condiciones, con una nueva reforma laboral, pensional, de transferencias, y con la privatización de empresas patrimonio de la Nación (Arbeláez Echeverri, *El Pulso*, 2002).

fue aprobada el 21 de diciembre del 2001, lo que significaba que de nuevo se hacían modificaciones importantes al sector de la salud en un momento de mínima capacidad de respuesta de los actores sociales. Legislar sobre temas importantes en fechas navideñas se había vuelto una estrategia del Ejecutivo para contener las presiones de la oposición.

Al tiempo que las nuevas medidas quitaban recursos a los municipios al disminuir las transferencias territoriales, también les asignaban mayores responsabilidades en la administración del sistema. A partir del 2001, serían los encargados de los programas de prevención y promoción (antes a cargo de las ARS, EPS y del gobierno central) y de la contratación y financiación del régimen subsidiado. Para el manejo de los recursos, la Ley 715 creó el Sistema General de Participaciones, que buscaba articular los recursos antes distribuidos en distintos rubros: la nación ya no haría transferencias a los fondos comunes municipales (como disponía la Ley 60/93), sino a fondos específicos como los Fondos Locales de Salud, con el propósito de evitar la desviación de los recursos.

Nuevamente, los cambios en el sistema de salud se habían centrado en ajustar el componente financiero. No por nada los debates en el Congreso para esta reforma habían contado con la participación activa del entonces Ministro de Hacienda, Juan Camilo Restrepo, cuyos análisis tuvieron gran incidencia en las decisiones finales. Los cambios no trataron otros asuntos prioritarios como el futuro del ISS, de los hospitales públicos, la ineficiencia en la intermediación de las EPS, la atención a la población que seguía fuera del sistema y la problemática de la calidad de los servicios. Una muestra del caos en el que estaba el SGSSS, fue el paro en enero de 2001 de los trabajadores del ISS que demandaban el pago de salarios y prestaciones atrasadas. En ese mismo mes se había embargado al hospital San Juan de Dios por el incumplimiento en el pago de una deuda adquirida con una entidad bancaria. Posteriormente, en febrero, se declaró una emergencia sanitaria en diez municipios de la costa pacífica. Además, la crisis de la red pública continuó a lo largo de todo ese año.

El énfasis exclusivo en los asuntos financieros representaba un nuevo revés y aumentaba la desconfianza de los trabajadores de la salud y de los grupos organizados opositores al modelo instaurado desde 1993. Los más inconformes con estos cambios fueron los secretarios municipales de salud⁹⁷. Aunque este grupo habían tenido un papel importante en las discusiones, no sentían que la Ley 715 reflejara sus demandas. Al contrario, en sus pronunciamientos públicos, acusaban al Ejecutivo de haber puesto todo el peso de la reducción fiscal nacional en sus entidades.

La mayoría de los actores opositores a la reforma coincidía en que los espacios de participación creados por la Ley 100 como el CNSSS, no habían logrado articular las demandas de los trabajadores, los usuarios y en general de quienes estaban insatisfechos con el nuevo sistema de salud. En su opinión, las decisiones seguían estando en manos de los grupos hegemónicos (el Ejecutivo y los grupos económicos) y la presencia de los actores sociales, continuaba siendo marginal y se daba en condiciones de franca desventaja en asuntos como el manejo de información sobre el sector. Por si fuera poco, los representantes de ANTHOC también habían empezado a denunciar el incremento de las amenazas de violencia contra sus líderes. Según este gremio, “entre los años 2001 y 2006, el número de sindicalistas amenazados superaba los 500, mientras que los exiliados eran más de 25 y los que había sido víctimas de detenciones masivas, arbitrarias e injustificadas excedían los 40” (www.fidh.org, consultada en marzo de 2008). En parte, estas acciones se relacionaban con la apropiación que estaban haciendo los grupos armados de los recursos dirigidos al régimen subsidiado. En palabras de uno de los voceros de esta misma organización sindical “es bien sabido por algunos sectores que casi el 50% de las aseguradoras que hay en Colombia manejando el régimen subsidiado (ARS), están controladas por un solo jefe paramilitar que es el señor Jorge 40” (Entrevista con directivo de ANTHOC, 14/06/05).

⁹⁷ Los secretarios municipales se habían agremiado desde 1996 en la Corporación Colombiana de Secretarios Municipales y Distritales de Salud (COSESAM). Esta organización buscaba actuar como portavoz del sector municipal.

La polarización generada por la reforma adquirió un carácter permanente, y así como los defensores del sistema de salud diseñado en 1993 se habían expandido y fortalecido⁹⁸, los opositores también habían empezado a unir fuerzas para ganar poder y fuerza de presión en las negociaciones del sector. Con este propósito, un grupo de defensores del derecho a la salud encabezado por académicos como el médico salubristas Saúl Franco, organizó en octubre de 2001, el Primer Congreso Nacional por la Salud en la Universidad Nacional de Colombia (sede Bogotá). Al mismo, asistieron más de 2,000 personas procedentes de 28 departamentos y 351 organizaciones sociales (campesinos, movimientos de mujeres, indígenas, trabajadores de la salud, usuarios, académicos). El objetivo central era debatir sobre la salud y la seguridad social en medio de la guerra y construir las bases de una movilización social orientada por la garantía del derecho a la salud (MNSSS, 2001). Dado el éxito de la convocatoria, se creó el Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social como un escenario permanente que articularía las distintas expresiones organizadas. Esta instancia, debía extender el debate sobre lo que estaba pasando con la reforma de la salud y la seguridad social a todo el territorio nacional, articular los intereses de los antagonistas a la Ley 100, construir un modelo alternativo de salud y ampliar las demandas más allá de las reivindicaciones salariales de los trabajadores del sector.

⁹⁸ Para entonces, se había publicado un listado de las empresas más grandes de Colombia, aparecían 11 EPS privadas, 7 de las cuales habían ascendido 17 puestos en promedio desde el informe de 1999. Tomando como medida el volumen de ventas durante el año 2000, llamaba la atención el ascenso de tres de Saludcoop ubicada en el puesto 30 con ventas por 536,753 millones de pesos, seguida por Colsánitas en el puesto 77 con 272,811 millones de pesos y Coomeva en el 78 vendiendo 269,706 millones de pesos (Velandia, en *El Pulso*, 2001, núm 32)

2.2.Fusión de los Ministerios de Salud y Trabajo y reforma del ISS (2002-2003)

Un rasgo a destacar en este período, fue la llegada a la presidencia de Álvaro Uribe Vélez (2002-2006) defensor y ponente principal de la Ley 100/93 ante el Congreso⁹⁹. Su programa político encontró respaldo en un amplio sector de la población que seguía demandando acciones decididas en la seguridad y el orden público. Después del rompimiento de los diálogos con las FARC, muchos opinaban que las concesiones realizadas a este grupo habían contribuido al fracaso del proceso de paz, por lo que se requería una política de “mano dura” para resolver el conflicto. Uribe priorizó las políticas de seguridad y propuso la creación de nuevas reestructuraciones en el campo social con el fin de cumplir con los compromisos asumidos con los organismos prestamistas¹⁰⁰, que habían aumentado la presión para que se profundizaran las privatizaciones en sectores como las pensiones y la salud. El plan de desarrollo gubernamental *Hacia un Estado Comunitario* (2002 – 2006) fijó como meta corregir los desajustes fiscales del sector, incrementar por lo menos en cinco millones el número de afiliados, además de completar el proceso de transición de los hospitales públicos mediante el fortalecimiento de los subsidios a la demanda, la reestructuración del ISS y la fusión de los ministerios de salud y trabajo¹⁰¹.

Durante este gobierno, Juan Luis Londoño regresó al Ministerio de Salud con el propósito de “corregir los vicios” en la aplicación de la Ley 100. Desde el inicio de su gestión, expresó su desacuerdo con la existencia de las aseguradoras públicas¹⁰²

⁹⁹ Al principio Uribe se había presentado como candidato liberal para las elecciones del 2002, pero posteriormente decidió postularse como independiente alegando falta de garantías para la competencia dentro del partido. Por primera vez un disidente de uno de los partidos tradicionales era elegido presidente en la primera vuelta electoral con cerca de 53% del total de votos.

¹⁰⁰ La deuda externa había pasado de 3% del PIB en 1995 a más del 10% en 2002. Aún con este antecedente, el gasto público en defensa y seguridad se incrementó de un 1,7% del PIB en 1991 a un 3,5% en el 2001 (Garay, 2003: 36-40).

¹⁰¹ Durante su campaña presidencial, Uribe había reconocido los problemas que estaba generando la intermediación. Como solución había propuesto la creación de un fondo único que recibiera los recursos y los girara directamente a los hospitales. Este propósito se cumplió a medias porque aunque se creó el fondo común, la intermediación de las EPS no desapareció, sino que, por el contrario, se vio fortalecida.

¹⁰² Para entonces la Superintendencia de Salud había intervenido muchas de estas instituciones por malos manejos en los recursos. Para el 2002 65 ARS habían entrado en proceso de liquidación, de las

porque decía que habían demostrado ser ineficientes. En palabras de Londoño, era necesario iniciar “un proceso de integración, fusión y liquidación de estas entidades para reorganizar el sistema” (Londoño, *El Pulso*, 2002). En su opinión, las fallas que había tenido el sistema obedecían a falta de voluntad política y a las decisiones inapropiadas que podrían resolverse no cambiando la Ley 100 sino desarrollándola de manera correcta. Según su diagnóstico los problemas de implementación se debían sobre todo a la desviación de los principios planteados en 1993. Las acciones de este período estuvieron sujetas a las limitaciones financieras que imponía la prolongada recesión económica y a los parámetros del informe que había presentado el Programa de Apoyo a la Reforma (PARS) financiado con recursos del BID. El documento destacaba los beneficios de introducir la competencia privada (cuyos modelos evaluaba como más “exitosos”) y sugería mantener las garantías para la competencia del mercado, así como acelerar el proceso de transformación de los hospitales públicos, del ISS, y la modernización del ministerio de salud.

Una de las primeras medidas emprendida para responder a las recomendaciones de los organismos internacionales fue la fusión de los ministerios de Salud y Trabajo y Seguridad Social en el Ministerio de la Protección Social. Este cambio se justificó con la introducción del enfoque centrado en el manejo social del riesgo¹⁰³. Este plantea la necesidad de articular los factores que se consideran la base del bienestar social como la promoción del empleo, la regulación de las relaciones laborales y la preservación de la salud pública (Ministerio de la Protección Social, 2004). Aunque el gobierno nacional argumentaba que esta era la mejor alternativa para superar la crisis que afrontaba el país en materia de trabajo y salud, lo cierto es que detrás de estas transformaciones se estaba fortaleciendo el modelo de mercado y se creaban los mecanismos para profundizar los ajustes fiscales y reorganizar el

42 que aún sobrevivían 13 eran EPS, 10 EPS indígenas, 9 Empresas Solidarias de Salud y 10 Cajas de Compensación (Ochoa *El Pulso*, 2002).

¹⁰³ Este concepto de manejo social del riesgo tiene que ver con los principios neoliberales que promueven que el Estado actúe por medio de políticas sociales sólo en casos donde el individuo no puede acceder a los medios necesarios para su bienestar, que en otras palabras serían aquellas personas en extrema pobreza, la meta es disminuir vulnerabilidad social más que garantizar derechos (Banegas, 2008).

sector social. Con esta reestructuración la reducción de personal en ambas carteras fue del 15%.

Algunos de los actores médicos más representativos en el sector como la Asociación Médica Colombiana, ASMEDAS, la Federación Médica y la Academia Nacional de Medicina, manifestaron su desacuerdo con esta decisión que dejaba dos sectores prioritarios en un mismo Ministerio. Estos actores argumentaban que con la fusión de los ministerios se descuidaría el sector de la salud y se generarían mayores dificultades para evaluar la labor de las aseguradoras y de las prestadoras de servicios, porque la atención se concentraría en los asuntos laborales. Sin embargo, las manifestaciones opositoras a esta medida no tuvieron mucha trascendencia, porque coincidían con un momento de apoyo generalizado al Ejecutivo que legitimaba sus acciones por medio del discurso de recuperación y fortalecimiento del Estado.

Fue en un momento en que se habían anunciado distintos cambios para el sector de la salud, que el Ministro Londoño murió en un accidente aéreo en febrero de 2003, cuando apenas comenzaba su gestión en el Ministerio de la Protección Social. Sin embargo, las estrategias que había trazado siguieron adelante¹⁰⁴ con el nombramiento en su reemplazo de uno de sus asesores más cercanos, el médico Diego Palacio Betancourt. Para entonces, el Ejecutivo había retomado con fuerza la intención de reestructurar el ISS, argumentando que el déficit presupuestal alcanzado por esta institución había sido provocado por su incapacidad de articularse a las nuevas reglas del juego. En tanto, los sindicatos sostenían que la crisis se debía no solamente a la ineficiencia y la corrupción, sino también a la evasión de aportes por parte de los empresarios, la pérdida de usuarios y la deuda acumulada por los giros que dejó de hacer el Estado desde los primeros años de su funcionamiento. Uno de

¹⁰⁴ Durante el tiempo que Londoño alcanzó a estar en este Ministerio se había dedicado sobre todo a gestionar la reforma laboral y de pensiones (prioridad en los acuerdos con el FMI y el BM) y a depurar la reglamentación de la Ley 100, que en su opinión se había enredado por la multiplicidad de decretos y normas.

los pronunciamientos hechos por uno de los representantes del partido de izquierda Polo Democrático presentaba las siguientes cifras:

El aporte estatal definido para el funcionamiento del ISS desde su origen nunca fue pagado: en 2001, el Ministerio de Hacienda y el Sindicato de trabajadores del ISS estimaron la deuda en \$58,8 billones. Así mismo, el sistema de información para identificar con claridad a sus afiliados y recibir las capitaciones correspondientes de la cuenta de compensación del FOSYGA nunca se desarrolló a pesar de haberse asignado presupuesto para dicho fin (Gaviria Díaz, 2007)

La presión ejercida por los trabajadores del ISS había llevado a que durante los primeros meses del 2002, el gobierno de Pastrana (al final de su gestión) suscribiera un “Acuerdo Integral” para salvar al ISS. Como parte de las negociaciones se había acordado levantar la sanción de la Superintendencia de Salud, entregar un billón de pesos a la entidad para que cancelara deudas con los proveedores y nóminas pendientes y permitir que los trabajadores mantuvieran algunas de las prebendas de la convención colectiva. Sin embargo, con el cambio de gobierno, los problemas estructurales de lo público quedaron otra vez en el olvido y desapareció la voluntad política para mantener el Acuerdo Integral.

Como un último intento por alterar las decisiones del Ejecutivo frente al ISS, las acciones de resistencia por parte de los trabajadores se incrementaron. Por ejemplo, en abril de 2003 Sintra ISS protagonizó un paro de 72 horas contra “el desmantelamiento” de la entidad. Ante estas acciones, el Presidente Uribe aprovechó la legitimidad con la que estaba investido al principio de su gestión, y endureció su posición argumentando que el principal problema del gremio era que quería mantener el poder monopólico sobre los recursos de la salud y por tanto se seguían resistiendo a adaptarse a los parámetros de la Ley 100. Para entonces, la huelga había perdido eficacia como mecanismo de presión debido a la flexibilidad del régimen laboral, el desempleo, la fragmentación de los sindicatos y el incremento de la violencia contra los movimientos sociales.

Finalmente, la reestructuración del ISS se oficializó en junio de 2003 con la división de la entidad en tres aseguradoras y siete sedes regionales para la prestación de los servicios. Esta separación de funciones significaba la entrada en la dinámica de la libre competencia. A partir de esta reforma, las clínicas de la institución, ahora convertidas en entidades administrativas autónomas (ESES), debían obtener sus ingresos de la venta de servicios a otra instancia del mismo Seguro Social que ahora funcionaría también como instancia. Las movilizaciones laborales contra esta reforma continuaron sin embargo la decisión no fue revocada. El 19 de junio de 2003, las centrales obreras decretaron un paro nacional de trabajadores para protestar por las medidas de reestructuración de las empresas estatales más representativas (El ISS, Telecom y Ecopetrol). En noviembre del mismo año, unos 250 trabajadores hospitalarios tomaron el Ministerio de Protección Social, demandando cambios en las políticas adoptadas por el gobierno en materia de salud.

Con esta medida, el gobierno cumplía con parte de los compromisos asumidos con los organismos internacionales y debilitaba las posibilidades de acción de uno de los gremios opositores a los cambios. Esta reforma fracturó profundamente la alianza de Sintraseguridad Social, que hasta el año 2001, había basado su fortaleza financiera en acuerdos con la administración centralizada del ISS. Con la fragmentación en sedes regionales el gobierno pudo ejercer un control más directo sobre los administradores de los recursos, y buscó obstaculizar el acceso de los sindicatos a los mismos. Cabe destacar, que el Movimiento por la Salud y la Seguridad Social también se pronunció en contra de estas transformaciones. Entonces, esta iniciativa organizativa estaba concentrada en el desarrollo de estrategias de divulgación que motivaran movilizaciones nacionales y generaran opinión pública para cambiar el modelo de salud.

3. Los balances a diez años de la aprobación de la ley 100 (2003)

Aunque tanto el gobierno como los representantes de las aseguradoras privadas y algunos sectores médicos y parlamentarios reconocían que el desarrollo del sistema tenía problemas, insistían en defender los principios de la Ley 100 arguyendo logros como la focalización de la población más pobre, las ventajas del sistema de financiamiento solidario y el crecimiento en la afiliación a pesar de la crisis económica. Según un análisis de Nelcy Paredes (representante de las aseguradoras privadas) con la reforma, el gasto en salud se había vuelto más equitativo: para 1992 57% del gasto en salud era gasto de bolsillo, mientras que después de la reforma, 78% del gasto en salud es de seguridad social que opera bajo el principio de solidaridad, y sólo 22% es gasto individual de bolsillo (Paredes, 2005). Otros, como Juan Luis Londoño, principal gestor de la reforma decían que “en materia de salud era evidente el avance en la cobertura que había pasado de 13.4% en 1992 a 58.1% en el 2000” (Londoño, 2003: 436). Esta posición no era compartida por los sindicatos, algunas asociaciones de usuarios, grupos de académicos, y los grupos sociales organizados que no se cansaban de denunciar el fracaso de los cambios. Los detractores del modelo refutaban las cifras oficiales y decían que el aseguramiento se había convertido en un mecanismo más de exclusión porque la atención se había condicionado a tener o no un carnet de beneficiario y ni aun así podía decirse que esta fuera garantizada. Por ejemplo Franco (2003), se apoyaba en datos de distintos estudios y balances de la Ley 100 para decir que “la cobertura más que aumentar había descendido de un 62.6% en 1992 a 53.7% en el 2000” (Franco, 2003: 60).

Generalmente, las cifras presentadas por los distintos grupos en pugna para defender o atacar el sistema de salud no concordaban. Sin embargo, en algunos componentes como la cobertura que era uno de los temas que había justificado la introducción de los cambios, los datos eran difíciles de rebatir porque incluso los informes gubernamentales daban cuenta de los problemas en esta materia:

Aunque el gobierno presente como parte de sus logros un régimen contributivo con 5,452,380 cotizantes y 7,713,083 beneficiarios (total: 13,165,463 personas), y un régimen subsidiado con 11,444,003 personas (datos del año 2002 con base en el último Informe del CNSSS), teniendo como base una población de 44 millones de habitantes, ya incumplió una de sus promesas fundamentales y uno de los puntos esenciales desde la aprobación de la Ley 100: la cobertura total en el 2000, y que según los expertos ni en el 2010 logrará alcanzarse (Arbeláez, *El Pulso*, 2003a)

Las discusiones sobre la calidad de la atención en el sistema de salud ya no estaban centradas solamente en las posibilidades de ejercer la libre elección¹⁰⁵, evitar la selección adversa para las enfermedades de alto costo o resolver las diferencias en los paquetes de servicios. Para entonces, habían sucedido hechos lamentables como la muerte constante de enfermos en ambulancias que hacían largos recorridos buscando alguna entidad que aceptara recibirlos, o mientras esperaban una autorización para ser trasladados a una unidad de atención especializada. En muchos casos, los hospitales negaban el acceso a los pacientes porque no disponían de identificación como subsidiados o porque no contaban con convenios con las aseguradoras. Incluso, justificaban su negligencia con razones como que todas las camas disponibles para la atención de los afiliados al sistema de salud (que no contaran con paquetes complementarios de salud) estaban ocupadas. Esta práctica se tornó tan común que recibió el nombre de “paseo de la muerte” o “muerte por Ley 100”. Situaciones como esta socavaban la posibilidad de construir un sistema equitativo en términos de accesibilidad a los servicios de salud. Otra vez, como en el antiguo sistema existían notables diferencias entre quienes estaban vinculados al mercado de trabajo formal, los que tenían capacidad de cubrir servicios adicionales privados (que incluían tratamientos especializados y privilegios en la hospitalización), aquellos que

¹⁰⁵ Según a un académico especialista en el sector, en Colombia la libre elección se había vuelto un derecho prácticamente inexistente, lo que iba en contra de los principios fundamentales de la ley. “Para solicitar el traslado de una Empresa Promotora de Salud (EPS), hay que pasar por las solicitudes más inverosímiles, cada vez se requieren más años de permanencia, y además es necesario demostrar que uno está sano (Gómez Vélez, *El Pulso*, 2005).

dependían de los subsidios estatales, y los mal llamados “vinculados” que no alcanzaban a entrar al sistema de aseguramiento.

Otras consecuencias negativas de la reforma eran la crisis de los hospitales públicos y el descuido de los programas de salud pública colectiva. La falta de voluntad política para resolver estas situaciones había influido para que los problemas continuaran. Durante la implementación de la Ley 100, el Ministerio de Salud reportó crisis en cerca de 90 hospitales del país (de los 3,063 existentes). Los defensores del modelo (como Jaramillo, 1999) insistían en que el origen de muchos de los problemas estaba en los retrasos de estas instituciones para hacer la transición de los subsidios a la oferta a los subsidios a la demanda, y en la falta de criterios gerenciales en su administración. Sin embargo, estos puntos de vista seguían obviando asuntos centrales como los retrasos en los pagos por parte de las aseguradoras y el incumplimiento en las transferencias de los recursos fiscales nacionales.

En cuanto a las acciones públicas de salud colectiva era notable el retroceso en la prevención de las enfermedades transmisibles. Por ejemplo, habían aparecido nuevamente epidemias que se creían erradicadas antes de la reforma, como la fiebre amarilla¹⁰⁶, el sarampión y la tuberculosis. Durante la implementación del sistema de salud los porcentajes de vacunación sufrieron una notable reducción. Según Tono (2002), la aplicación del esquema completo de vacunación para niños de 12 a 23 meses había caído del 83% en 1990, al 71% en 1995 y 66 en el 2000. Aunque estos resultados no podían desligarse de dos elementos claves como la recesión económica y la complejidad del contexto de violencia política y delincuencia organizada, no se podía decir que la crisis del sector (por lo menos en términos de recursos económicos) fuera generalizada, sino que recaía especialmente sobre el sistema público.

¹⁰⁶ De acuerdo a un informe del Ministerio de la Protección Social para el 2006 sobre la fiebre amarilla, en el 2003 se registró una epidemia con 102 casos, la cual afectó principalmente al Departamento de Santander.

Mientras el desmantelamiento de las instituciones estatales parecía inevitable, las aseguradoras privadas representadas por ACEMI y las prestadoras por la Asociación de Clínicas y Hospitales (ACH) extendían sus redes de poder y su hegemonía en el sector. En el 2001, catorce EPS y entidades de medicina prepagada se habían ubicado entre las 300 empresas más grandes de Colombia. Para el 2002, el rango se había ampliado a dieciocho: “con ventas por más de 4.6 billones de pesos, estas empresas superaron en un 12.84% (en términos reales) las ventas del año 2001” (Peláez, *El Pulso*, 2003)¹⁰⁷. Para entonces el Ministerio de la Protección Social reconocía que las EPS privadas controlaban el 72.6% de los usuarios y tenían el monopolio en materia de servicios. Una de las denuncias de los trabajadores públicos era que estas entidades habían incumplido parte de los acuerdos pactados en 1993, al integrar en un solo organismo tanto las funciones de aseguramiento como de prestación de servicios más conocida como “integración vertical”, lo que les permitía disminuir los costos de operación, monopolizar la competencia y establecer parámetros para limitar los servicios de alto costo. En este modelo de salud, la función del Estado parecía estar limitada a garantizar las condiciones para la expansión del mercado y no a controlar los incumplimientos y las inconsistencias del sistema de salud.

Uno de los mecanismos del sector privado para controlar el mercado fue la conformación de un grupo de profesionales de alto perfil técnico que no sólo contaba con recursos económicos, sino con importantes fuentes de información (muchas de ellas provenientes del Congreso y de los Ministerios) y con gran capacidad de cabildeo para negociar con el Ejecutivo. En general, sus quejas frente al sistema se centraban en la complejidad de la reglamentación de la Ley, pero casi todas sus evaluaciones resaltaban los logros alcanzados en materia de equidad, cobertura y focalización. La influencia de este sector se reflejaba en sus intentos por modificar incluso normas constitucionales, con el fin de frenar los efectos financieros de las

¹⁰⁷ Parte del crecimiento de estas empresas se dio porque aunque recibían el dinero para actividades como la promoción y la prevención, la realidad era que muy pocas prestaban este tipo de servicios.

acciones judiciales establecidas por los usuarios para exigir el cumplimiento de su derecho a la salud¹⁰⁸. Estos aspectos cobraban especial importancia si se les comparaba con las posibilidades de acción de otros grupos como el los sindicatos y las asociaciones profesionales del sector, quienes generalmente no contaban con suficientes recursos, además de que sus redes de información eran deficientes y no tenían el apoyo de altos directivos de las instituciones clave. Su capacidad de presión se limitaba casi siempre a mecanismos como los paros, las protestas públicas, la divulgación de comunicados y la búsqueda de alianzas con sectores parlamentarios que casi nunca eran mayoría en el Congreso.

Las decisiones del Ministerio de Salud generalmente tuvieron gran coincidencia con los intereses de los grupos del sector privado y los gremios industriales¹⁰⁹, y los organismos internacionales. En este proceso de implementación fue notorio el afán del Ejecutivo por mantener en las instancias directivas a personas favorables al enfoque de la reforma. Tal vez la única excepción a esta regla, fue el médico Alonso Gómez, primer Ministro del gobierno Samper (1995-1996) que pronto fue removido de su cargo porque obstaculizaba los cambios programados en la Ley 100. En este sentido, también fue evidente la movilidad de personajes claves entre las carteras e instituciones con mayor peso en las decisiones como Juan Luis Londoño, María Teresa Forero, Augusto Galán y Nelcy Paredes. Todos estuvieron en algún momento dentro de por lo menos dos de las instancias más influyentes en el sector, bien en el ámbito gubernamental (Ministerios de Salud, Hacienda y Planeación Nacional), en las agencias internacionales (BID-BM) o en la asociación de gremios privados (ACEMI).

Otras instancias importantes en este proceso fueron la Corte Constitucional, la Defensoría del Pueblo y la comisión séptima del Congreso. La primera al ser un órgano independiente del Ejecutivo, se había convertido en una posibilidad para que

¹⁰⁸ En respuesta a estas presiones el gobierno diseñó un mecanismo de reconocimiento para compartir los gastos generados en estas instituciones por estos sobrecostos (Gómez y Sánchez, 2006).

¹⁰⁹ Cabe recordar que la Asociación Nacional de Industriales (ANDI) tenía representación en el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

los ciudadanos exigieran el derecho a tener atención de ciertos servicios por la vía jurídica. El mecanismo de la Acción de Tutela (demandas jurídicas) se incorporó a las prácticas cotidianas de muchos usuarios que exigían el cumplimiento de los acuerdos instaurados en la Ley 100:

La población colombiana acude cada vez más a la jurisprudencia constitucional para exigir la prestación de servicios de salud. Según cifras presentadas por la defensoría del pueblo entre 1999 y el 2002 se presentaron 145,360 tutelas a la corte colombiana relacionadas con el derecho a la salud (Arroyave Zuluaga, *El Pulso*, 2007).

En cuanto al papel de las Comisiones Séptimas del Senado y de la Cámara de Representantes, a pesar de que ya no tenían un rol tan protagónico como durante el diseño de la política, seguían siendo uno de los espacios articuladores de los debates en torno a la salud. Desde esta instancia conformada por integrantes (algunos de ellos médicos) de los distintos partidos, se fomentaron evaluaciones y discusiones sobre los efectos de la implementación de la política de salud como los foros promovidos en 1999, y se decidieron las primeras modificaciones al sistema de salud (la Ley 715). A pesar de que en los debates promovidos por los parlamentarios participaban tanto los opositores como los defensores del modelo, casi siempre se imponían los intereses del Ejecutivo que contaba con el respaldo mayoritario del Congreso, mientras que los proyectos de los grupos que buscaban obstaculizar las privatizaciones o por lo menos corregir las inequidades del sistema, casi siempre acababan hundiéndose por falta de consenso y apoyo político.

Aunque se había vuelto una realidad que los servicios para los pobres tenían más limitaciones, y cada vez estaba más lejana la posibilidad de equiparar los planes de salud de los regímenes subsidiado y contributivo, las demandas de los usuarios (especialmente los que no pertenecían a organizaciones sociales) no se concentraban en grandes transformaciones al modelo, sino en el derecho a recibir atención y acceder a los servicios. En muchos casos, la tarjeta de identificación como beneficiario del subsidio no era suficiente para acceder a los servicios o había pasado a ser parte de las disputas clientelistas: “se llegaron a denunciar casos como el de la

ciudad de Montería, donde los cupos para el régimen subsidiado tenían un precio de 6,500 pesos¹¹⁰ (Segura y Baena, *El Pulso*, 2002).

En medio de las incontables irregularidades institucionales, muchos usuarios empezaron a buscar la manera de hacerle “trampa al sistema” por medio de estrategias para alterar las reglas de juego establecidas por el Estado. Por ejemplo, algunas personas que no alcanzaban las características para demostrar que eran lo suficientemente pobres, recurrían a estrategias como el alquiler de viviendas en sectores marginados por un solo día para recibir a los encuestadores y poder clasificarse dentro de los beneficiarios de los subsidios estatales. Estos comportamientos tenían un componente trágico reflejado en el afán de muchos ciudadanos por demostrar su situación de pobreza y al mismo tiempo eran novedosos en el campo de la salud porque representaban formas de resistencia ante las estrategias de focalización estipuladas desde arriba. Así como la reforma había llevado a que se legitimaran los discursos del Banco Mundial en materia de salud, también había propiciado nuevas formas de organización y resistencia. Siguiendo a Scott (2000), se podría decir que esta forma de relación con el poder por parte de los usuarios, la mayoría de las veces no buscaba grandes transformaciones, sino más bien modificar asuntos precisos por medio de prácticas cotidianas de bajo perfil.

Los grupos sociales organizados también recurrieron a mecanismos que les permitieran ser interlocutores válidos en las relaciones con el Estado y a la vez mantener la autonomía organizativa. Para esto, constituyeron alianzas diferentes a las promovidas desde el gobierno (como la Federación de Usuarios y el Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social) e implementaron estrategias como la construcción de coaliciones con grupos políticos de izquierda, la articulación a movimientos internacionales (como los foros sociales mundiales) y la discusión

¹¹⁰ El acuerdo 244/03 del CNSSS trató de corregir algunos de estos problemas al establecer un marco legal articulado. Aunque éste ratificó la focalización de los beneficiarios de acuerdo a su estrato socioeconómico, se propuso ampliar la cobertura a los grupos poblacionales conformados por la niños abandonados, los indigentes, los desplazados, las comunidades indígenas, las personas de la tercera edad y los desmovilizados por el conflicto, quienes se incluirían dentro del grupo de los subsidiados sin necesidad de selección por medio de la encuesta de clasificación de beneficiarios.

pública de los problemas del sistema desde un marco que no se limitaba a reclamar el cumplimiento de acuerdos laborales o legales, sino que incluía una perspectiva nueva enfocada en la exigibilidad del derecho a la salud. Sin embargo, la incidencia de estos actores seguía siendo mínima debido a su poca capacidad para movilizar recursos y a las dificultades que seguía representando para muchos de ellos articularse a las discusiones tecnocráticas centradas en las evaluaciones financieras del sistema.

Una de las denuncias reiterativas de los grupos sociales organizados era el fracaso de las instancias propuestas por los reformadores para la concertación (como el CNSSS) y el incumplimiento de la función reguladora por parte del Estado. En opinión de uno de los representantes del Movimiento por la Salud y la Seguridad Social, los organismos de negociación estipulados por la Ley se había convertido en un lugar más de poder para los sectores que habían definido la ruta de la política de salud desde 1993 (Entrevista a Torres, 09/12/06). Estas organizaciones centraban parte de sus esfuerzos en divulgar los fracasos del modelo de salud. Dentro de este grupo de actores, sobresale la acción de las comunidades indígenas y su lucha por el reconocimiento de un régimen especial. Estas organizaciones habían divulgado permanentemente su inconformidad con la Ley 100 por su lógica mercantilista, por la ineficiencia en la vigilancia y control de los presupuestos y la falta de integralidad. Sin embargo, también reconocían avances en algunas decisiones, como la posibilidad de administrar recursos por medio de las instituciones de salud indígenas.

Aunque muchas organizaciones sociales acusaban al Consejo de Seguridad Social de responder prioritariamente a los grupos hegemónicos, para el 2003, este organismo había empezado a perder respaldo gubernamental. Desde la creación del Ministerio de la Protección Social, el Ejecutivo trasladó las decisiones más importantes del sector a Planeación Nacional y al Ministerio de Hacienda. El CNSSS empezó a ser relegado debido a que la presencia de algunos actores (como los representantes de los trabajadores, los profesionales de la salud y de los prestadores públicos) lo habían vuelto un interlocutor incómodo para el gobierno. Uno de los propósitos iniciales de la administración de Londoño era la de transferir las funciones

de este organismo al Ministro de Protección Social, lo que significaba que el Consejo dejaría de ser rector y pasaría a convertirse en un simple asesor. Aunque este proyecto no pudo llevarse a cabo, se buscó disminuir su incidencia en las decisiones. Por otro lado, un asunto que no dejaba de ser paradójico era la inconformidad permanente de la banca multilateral con las transformaciones del sector. Aunque una y otra vez el Ejecutivo había hecho ajustes en distintos componentes de la Ley 100 para responder a las demandas del FMI y del BM, estos organismos (que ya habían adquirido una posición mucho más visible que la que habían tenido durante el diseño), continuaban reclamando reestructuraciones más profundas tanto en los sectores de la seguridad social, como en el laboral y en el tributario. Los ajustes se ponían como condición para el otorgamiento de nuevos créditos.

Los trabajadores de la salud habían sido uno de los sectores más golpeados con las políticas de despido masivo, la congelación de ingresos y la sobrecarga en los horarios de trabajo. Algunas instancias como la Academia Nacional de Medicina y ASMEDAS, habían hecho innumerables denuncias contra las prácticas que atentaban contra la integridad profesional de los médicos, quienes seguían divididos entre aquellos que se beneficiaban de la bonanza y el monopolio del sector privado y los que defendían las instituciones públicas de salud. Además, las centrales obreras y los gremios reunidos en Sintraseguridad Social se habían mantenido activos en los espacios de discusión a pesar de los embates del gobierno. Sin embargo, la capacidad de incidir en las decisiones estaba cada vez más reducida debido a las políticas de flexibilización laboral y a las acciones de violencia emprendidas por los paramilitares contra los líderes sindicales. En este período también sobresale la presencia de académicos con larga trayectoria y reconocimiento en las discusiones del sector como Consuelo Ahumada, Saúl Franco, Mario Hernández, Antonio Yepes Lujan, Jairo Restrepo y Esperanza Echeverri. Sus estudios permitieron mantener una perspectiva crítica frente al sistema, además de que en muchos casos, se articularon a propuestas de movilización social (como el Movimiento por la Salud) para denunciar las inconsistencias de la Ley.

En general, después de diez años parecía que la reforma no había logrado corregir de manera significativa las fallas en el funcionamiento del sistema de salud y que las metas establecidas en 1993 estaban cada vez más lejos de cumplirse. La mayoría de los actores coincidían en la necesidad de hacer cambios. Algunos consideraban que al sistema existente sólo debían hacerse algunas modificaciones en materia de reglamentación que permitieran resolver los problemas enfrentados en materia de salud colectiva y las dificultades de la intermediación en el régimen subsidiado. Otros, por el contrario, aseguraban que se necesitaba una contrarreforma que pudiera permitir la solución de los problemas estructurales. Por tanto, proponían el diseño de un nuevo sistema de salud basado en una perspectiva universalista. Los resultados de los balances llevaron a que desde finales de 2003, nuevamente se empezaran a recoger y a debatir en el Congreso de la República distintas propuestas de reforma a la Ley 100.

Cuadro 10: Resumen de Período Implementación de la reforma (1995-2003)

Sub – períodos	Eventos	Actores	Mecanismos de intervención e interacción
1) La transición de la reforma (1995-2000)	De los subsidios a la oferta a los subsidios a la demanda (1995-1997)	<ul style="list-style-type: none"> -Presidente Ernesto Samper (1994-1998) -Alonso Gómez - Ministro salud (1994-1995) -Augusto Galán Min. salud (1995-1996) -María Teresa Forero Min. salud (1996-1997, hasta 1995 representante EPS privadas) 	<ul style="list-style-type: none"> -Negociaciones y pactos con partidos tradicionales -corrupción y clientelismo -Opositor a Ley 100 que buscó fortalecer hospitales públicos y entes territoriales, aprobó nivelación salarial de empleados del sector
		<ul style="list-style-type: none"> -Puesta en marcha Ley-100/93 -Apertura a competencia privada -Defensa de la reforma -Focalización población pobre 	
		<ul style="list-style-type: none"> -SUPER-SALUD -CNSSS -BID-BM-Juan Luis Londoño 	<ul style="list-style-type: none"> -Débil papel conciliador y regulador -Desbalance en estructura de representación y poder de decisión -Pluralismo estructurado -Alianzas para defender la reforma -Programa de apoyo a la reforma BID
		<ul style="list-style-type: none"> -Nelcy Paredes (ACEMI) -ACHC -Sinfra ISS -ASMEDAS -ANTHOC -Centrales obreras (CUT) -Federación de usuarios -Asociaciones de profesionales -Organizaciones indígenas -ARS y EPS 	<ul style="list-style-type: none"> -Opositores a las medidas de Ministro Gómez -Fortalecer libre mercado -Rechazo a reestructuración del ISS, hospitales públicos y reformas laborales -Paros -Comunicados y denuncias por corrupción
			<ul style="list-style-type: none"> -Creación de ARS indígenas -Retrasos en pagos a hospitales, no entregan identificación a todos los beneficiarios subsidiados -Control de recursos y en algunos casos desvíos de transferencias -Lucha por control de recursos -Fallos legales para proteger derecho a salud -Informes sobre avances del sistema -Cabildo con Min. Salud y Min. Hacienda para mantener privilegios como planes complementarios -Negación para suministrar tratamientos de alto costo -Demandas jurídicas mediante acciones de tutela
			<ul style="list-style-type: none"> -Uuarios

Cuadro 10: Resumen de Período Implementación de la reforma (1995-2003)

Sub – períodos	Eventos	Actores	Mecanismos de intervención e interacción
Continúa 1) La transición de la reforma (1995-2000)	Crisis hospitalaria y recesión económica (1998-1999)	-Presidente Andrés Pastrana (1998-2002) -Min. Salud Virgilio Galvis (1998-2000) -Departamento Nacional de Planeación -SUPERSALUD -Federación Colombiana de Municipios -Trabajadores Hospitales públicos -SintalISS -ANTHOC -ASMEDAS -Maestros, centrales obreras -Org. Indígenas -ARS-EPS -CNSSS -ANDI, ACHC y ACEMI	-Consolidación de modelo neoliberal de salud -Inicia negociación con guerrilla de las FARC -Acuerdo con Sintra ISS para salvar al ISS -Informes divulgando crisis de prestadores y aseguradores públicos y corrupción de entes territoriales -Evade sanciones a EPS privadas -Impone sanciones a ISS -Rechazo a acusaciones por desvío de recursos -Oposición plan desarrollo Pastrana -Presión para detener privatizaciones del sector -Paros y movilizaciones reclamando estabilidad laboral y solución a los problemas de transferencias e intermediación -Comunicados denunciando situación de hospitales -Evasión y morosidad pagos a hospitales -Reduce presupuesto régimen subsidiado -Informes al Congreso sobre estado del sector -Alianza para presionar al gobierno para que resuelva problemas de transferencias -Promueve foros y evaluaciones para hacer balance del desarrollo de Ley 100 -Desconoce demandas de opositores a la reforma, caso omiso a problemas de instituciones - Implementan estrategias para ser incluidos en régimen subsidiado - Demandas jurídicas mediante acciones de tutela -Fallos jurídicos para proteger derecho a salud -Divulga informe de OPS-OMS
	Evaluaciones e informes sobre el SGSSS (2000)	-Comisión Séptima del Congreso -Usuarios -Corte Constitucional -Ejecutivo -Min. salud Sara Ordóñez (2000-2001) -OPS-OMS -Defensoría del pueblo -CNSSS	-Promueve privatización red pública y reestructuración del ISS -Renuncia a Minsalud argumentando imposibilidad de manejar crisis del sector -Informe sobre salud en el mundo -Informe sobre percepción de los usuarios -Informe sobre avances del sector ante Congreso

Cuadro 10: Resumen de Período Implementación de la reforma (1995-2003)

Sub – períodos	Eventos	Actores	Mecanismos de intervención e interacción
2) Primeras modificaciones a la Ley 100 (2001-2003)	-Ley 715 de 2001 por la cual se modifican las competencias y recursos destinados a la salud	-Min. Hacienda Juan Camilo Restrepo -Planeación Nacional -Min. Salud -Actores armados -Secretarías Municipales de Salud -Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social (organizaciones de usuarios, movimientos indígenas, campesinos, académicos, sindicatos del sector)	-Coaliciones para promover y aprobar ajustes financieros a Ley 100 -Aprobación de cambios cuando actores opositores están desmovilizados -Intensifican lucha por control de recursos del régimen subsidiado -Violencia contra líderes sindicales -Oposición a disminución de transferencia -Alianza de organizaciones sociales -Buscan contrarreforma de Ley 100 -Defender derecho a la salud -organizan Encuentros nacionales, seminarios, foros, tertulias y publican material educativo, comunicados y denuncias de los problemas del SGSSS. -Alianza de sindicatos de salud y seguridad social para defensa del ISS
		-Sintraseguridad Social	-Créditos y condicionamientos para introducir ajustes económicos en sector social -informe de programa de apoyo a la reforma promoviendo logros del modelo de mercado
		-BID-BM	-Demandas jurídicas mediante acciones de tutela -Distintas estrategias para ser incluidos en el régimen subsidiado -Fallos legales para proteger derecho a salud
		-Usuarios -Corte Constitucional -Presidente Álvaro Uribe (2002-2006) -Min. Salud Juan Luis Londoño (2002) -Min. de la Protección Social Diego Palacio B. (2002-2006)	-Defensa de la Ley 100 -Profundizar privatizaciones -Priorizan compromisos y recomendaciones de BID-BM -Creación Ministerio de la Protección Social -Reestructuración del ISS -Desconocimiento de acuerdos con los sindicatos
	-Fusión de Ministerios de Salud y Trabajo y reestructuración del ISS (2002-2003)	-Asociación Médica Colombiana, ASMEDAS, Federación Médica, Academia Nacional de Medicina	-Pronunciamientos de rechazo por fusión de ministerios
		-Sintraseguridad Social, Sintra ISS, ASMEDAS, ANTHOC	-Opositores a políticas del Ejecutivo -Oposición a reestructuración del ISS -Paros, movilizaciones

CAPITULO VI

MODIFICACIONES A LA REFORMA (2004 – 2006)

Durante un cuarto de siglo ha habido una pugna entre los países en desarrollo y está claro quiénes han sido los perdedores: los países que aplicaron políticas neoliberales no sólo perdieron la apuesta del crecimiento, sino que cuando sí crecieron, los beneficios fueron a parar desproporcionadamente entre quienes se encuentran en la cumbre social (Joseph Stiglitz, 2008)

Introducción

El último período analizado se concentra en las discusiones y propuestas de los distintos actores para reformar la Ley 100/93. La primera parte del capítulo que va desde el año 2004 hasta el primer semestre de 2006, se enfoca en las propuestas, discusiones y estrategias usadas por el Ejecutivo y los grupos de interés para incidir en el rumbo de las modificaciones. La segunda parte, se concentra en el último semestre de 2006 cuando fueron aprobados los ajustes al SGSSS mediante la Ley 1122. Finalmente, en el último apartado se presenta un balance sobre el proceso y los resultados de la correlación de fuerzas en este nuevo intento por modificar la reforma.

Aunque desde el momento en que fue puesto en marcha el modelo de salud aprobado en 1993 diferentes actores (incluso gubernamentales) habían manifestado su insatisfacción con los resultados de los cambios y propuesto modificaciones, los aspectos estructurales del sistema no habían tenido transformaciones determinantes. Fue hasta finales de 2003 –cuando se realizaron una serie de evaluaciones por los diez años de la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)– que volvieron a evidenciarse los múltiples problemas que no habían sido resueltos y que se ubicó la discusión sobre la necesidad de una nueva reforma en un lugar prioritario en la agenda pública. Aunque el proceso de discusión de las modificaciones aprobadas en el 2006 fue similar al desarrollado a principios de los

noventa, en esta oportunidad los grupos de interés tenían mayor conocimiento del modelo de salud y sus efectos, y también mayor capacidad de presión en algunos casos como el del gremio privado.

Para entonces, continuaban los problemas estructurales del contexto como el conflicto armado y los efectos de la recesión económica, estos últimos se reflejaban en el aumento de las tasas de desempleo y de pobreza¹¹¹. Sin embargo, algunos aspectos de la dinámica política se habían empezado a modificar (aparentemente) desde la elección Álvaro Uribe Vélez (2002-2006) y de un nuevo grupo de parlamentarios articulados a la coalición liderada por el Presidente. Este gobierno, contaba con un gran respaldo ciudadano que se basaba fundamentalmente en el apoyo a la idea de recuperación del control del Estado y en el propósito de combatir la corrupción y los mecanismos clientelistas que habían sido utilizados por los dos partidos tradicionales para mantenerse en el poder. Durante esta administración no sólo se implementaron diversas acciones para recuperar la seguridad pública, sino que también se profundizaron las reformas estructurales del Estado iniciadas durante los primeros años de la década del noventa. El Ejecutivo respondió con un nuevo paquete de reestructuraciones a las demandas de racionalizar el gasto público formuladas nuevamente por los organismos internacionales. Estas instancias seguían jugando un papel muy importante en la orientación de las políticas nacionales debido al notable incremento de la deuda pública¹¹².

Durante estos años, no sólo se fortaleció un proyecto de derecha centrado en la figura presidencial y en las acciones militaristas para derrotar la insurgencia más conocido como “Política de Seguridad Democrática”, sino que además se iniciaron

¹¹¹ Datos de la Encuesta de Calidad de Vida aplicada por el Departamento Nacional de Estadística (DANE) para el 2003, revelaban que 64% de los colombianos eran pobres. Y dentro de ese 64%, entre el 20 y el 30% vivían en situación de indigencia. El mismo estudio señalaba que el porcentaje de desempleo había alcanzado al 20.2% de la población que representaba la cifra más alta de las últimas décadas (DANE, 2004).

¹¹² Según González (2006), el costo de la deuda era mayor que los rendimientos obtenidos por la inversión de las reservas. De acuerdo a datos suministrados por el Banco de la República, el rendimiento promedio de las reservas del 2003 fue de 3,4%, mientras que el costo del endeudamiento por los bonos de la deuda pública fue de 7,4% (González, 2006: 50).

nuevas acciones de resistencia por parte de distintos grupos sociales organizados que se oponían a las políticas implementadas desde arriba. En este periodo se consolidaron las coaliciones de izquierda democrática representadas por: el Polo Democrático que reunía sobretodo a exmilitantes del M19 y sindicatos, y por la Alternativa Democrática que congregaba al partido comunista, organizaciones obreras y sindicales y los movimientos indígenas. Posteriormente, ambas iniciativas se unieron en el partido Polo Democrático Alternativo con el fin de consolidar una opción de izquierda que tomara distancia de las guerrillas armadas, y para fortalecer la oposición al Presidente Uribe que había empezado su campaña para ser reelegido.

A mediados de 2006 cuando Uribe había sido elegido nuevamente Presidente, estalló uno de los mayores escándalos políticos cuando se confirmó la existencia de vínculos entre algunos parlamentarios, empleados oficiales y grupos paramilitares. Las acusaciones sostenían que varios senadores y servidores públicos se habían beneficiado de las acciones ejercidas por estos grupos armados de ultraderecha (mismos que estaban en un proceso de negociación con el gobierno). Las investigaciones por estos delitos incluyeron a personajes como Dieb Maloof y Mauricio Pimiento, quienes habían participado en las comisiones y los debates para reformar el SGSSS. Las denuncias sobre la apropiación de recursos del sector por parte de grupos armados eran de conocimiento público, se sabía que los paramilitares eran dueños de varias administradoras de los recursos subsidiados y que actuaban con el resguardo de autoridades locales. Como consecuencia de este escándalo conocido como “parapolítica”, fueron condenados varios miembros del Congreso y funcionarios cercanos al Presidente Álvaro Uribe¹¹³. En el 2008 cerca de 63 legisladores estaban vinculados al escándalo de la parapolítica, la mayoría de ellos pertenecientes a la coalición uribista. Paradójicamente, estos hechos no repercutieron en el apoyo popular brindado al gobierno, pero sí debilitaron su capacidad de acción e

¹¹³ Tanto Maloof como Pimiento fueron condenados debido a que las investigaciones en su contra demostraron que se habían beneficiado de los vínculos con el jefe paramilitar conocido como “Jorge Cuarenta”.

hicieron que el Ejecutivo buscara distraer la atención pública retomando la discusión de otros temas como el de la salud.

1. Las discusiones para reformar el SGSSS durante el régimen de la “seguridad democrática” (2004 - Primer semestre de 2006)

1.1. La Comisión del Congreso y la vuelta de la salud a la agenda pública (primer semestre de 2004)

La Comisión del Congreso creada en febrero de 2004 para que hiciera una propuesta de modificación de la Ley 100/93, había sido solicitada por el Senador Rafael Pardo, para entonces, representante del movimiento Cambio Radical¹¹⁴. La reorganización de las fuerzas políticas alrededor de la figura de Álvaro Uribe, había repercutido para que por primera vez los partidos distintos al Liberal y Conservador obtuvieran la mayoría de las curules del Senado y la Cámara. Sin embargo, este aspecto no significaba el fin de las dinámicas clientelistas porque muchos de los triunfadores que aparecían como fuerzas independientes, realmente eran disidentes de los grupos tradicionales que en esta oportunidad se habían aliado a la coalición uribista. Los grupos opositores al Ejecutivo estaban representados básicamente por algunas facciones del liberalismo y los movimientos de izquierda que seguían siendo minoría.

La Comisión coordinada por Pardo estaba integrada por los senadores Dilian Toro, Dieb Maloof, Mauricio Pimiento, Eduardo Benítez y Mauricio Jaramillo, todos representantes de la coalición uribista; Jesús Bernal Amorocho del movimiento de izquierda Polo Democrático Alternativo, el liberal Bernardo A. Guerra y el representante de las comunidades indígenas Jesús Piñacue (Arteaga López, *El Pulso*, 2004a). Muchos de estos representantes eran nuevos en los escenarios del sector. En

¹¹⁴ Rafael Pardo había sido Ministro de Defensa durante el gobierno de Cesar Gaviria entre 1991 y 1994. Para las elecciones de 2002 renunció al partido liberal y se presentó como candidato del movimiento “Cambio Radical” liderado por Álvaro Uribe.

los debates también participaron otros actores del sector como la Academia Nacional de Medicina, la Asociación Médica Colombiana, los ASMEDAS, ACEMI, y los actores sociales organizados ahora articulados alrededor de los movimientos políticos de izquierda. Las discusiones se organizaron alrededor de cinco temas identificados como los más críticos: salud pública colectiva, prestación de servicios, financiamiento del sistema, recursos humanos del sector salud y mecanismos de vigilancia y control.

En esta etapa volvieron a ponerse en evidencia los múltiples intereses de los actores y la polarización de las posiciones en torno a la salud, con las consiguientes dificultades para lograr consensos sobre las modificaciones requeridas. Como resultado de estos encuentros, además del proyecto presentado por la Comisión de Salud del Congreso (proyecto 236-04), presentaron propuestas otros sectores que decían no haberse sentido representados en la iniciativa liderada por los parlamentarios. Fue el caso del Ministro de la Protección Social Diego Palacio quien actuó como representación del Ejecutivo (proyecto 241-04), de un grupo de parlamentarios que pretendía modificar los principios de la Ley 715/01 (proyecto 138-04), de la Academia Nacional de Medicina (proyecto 180-04) del representante de las comunidades indígenas ante el Congreso (proyecto 238-04) y de un sector de la academia, las asociaciones de trabajadores y los sindicatos de la salud que se articularon alrededor del proyecto liderado por un grupo de parlamentarios de izquierda y del Partido Liberal (proyecto 242 -04).

En total, durante la primera legislatura de 2004, fueron presentadas seis iniciativas que finalmente debieron ser retiradas porque un sector del Congreso (parlamentarios vinculados a coalición uribista) arguyó límites de tiempo para el debate y los trámites parlamentarios. Esta decisión fue criticada por varios representantes del sector que sentían que los debates habían sido infructuosos. En su opinión, se volvía a convocar a la participación en las discusiones, pero se daba marcha atrás en el momento en que se tenían que tomar las decisiones. Sin embargo y a pesar de la desmotivación que este tipo de situaciones generaba, los grupos de

interés no se retiraron de la arena política sino que buscaron reestructurar sus iniciativas con el fin de presentarlas nuevamente en las discusiones parlamentarias planeadas para el segundo semestre.

Al tiempo que se habían llevado a cabo los debates en el Congreso, un grupo de entidades gremiales (como la Asociación de Industriales y la Asociación Nacional de Profesionales de la Salud) y académicas (como la Universidad de Antioquia y la Universidad Nacional) iniciaron una serie de foros con el fin de articularse a los debates para reformar el sistema de salud. En uno de estos encuentros programado por la Universidad de Antioquia y el Ministerio de la Protección Social -conocido como la Evaluación de Quirama- el Ministro, Diego Palacio Betancourt, estuvo de acuerdo en que era importante revisar y afinar algunos aspectos de la Ley 100, especialmente los referidos a la vigilancia y control del sistema, pero no creía necesario hacer cambios estructurales porque afirmaba que los balances de los diez años de la reforma habían demostrado que eran más los avances que los retrocesos. Según el Ministro:

Antes del año 93, sólo entre 19 y 20 % de la población tenía cobertura en salud, hoy más del 60% tiene aseguramiento. Los recursos para el sector se multiplicaron en 5 o 6%. Antes manejábamos un 2 o 3% del Producto Interno Bruto (PIB). Hoy manejamos cerca del 11% del PIB para recursos de la salud. (Palacio Betancourt, en *El Pulso*, 2004, núm. 67)

En estos foros y discusiones también estuvieron presentes los trabajadores del sector, los gremios privados y algunos ex – ministros de Salud como Sara Ordóñez y Augusto Galán, quien para entonces era director de la Asociación de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos, y luego pasaría a la presidencia ejecutiva de la asociación de empresas privadas ACEMI. Contrariamente a la opinión del Ministro Palacio que había seguido al pie de la letra los propósitos diseñados por Juan Luis Londoño, los actores que se habían mostrado inconformes con los cambios desde principios de los noventa insistieron en que el aumento en el gasto no había garantizado la cobertura total de la población, ni había repercutido en mejorar muchos de los indicadores de mortalidad y morbilidad. Ni siquiera se había podido garantizar

la libre elección de las aseguradoras y las prestadoras de los servicios. En estos encuentros también se pidió resolver los problemas producidos por la llamada “integración vertical¹¹⁵”, y se pidió una solución a los problemas laborales de los profesionales de la salud y a la falta de un sistema de información apropiado.

1.2. Reactivación del debate: Las propuestas de los actores para reformar la Ley 100 (segundo semestre de 2004 - primer semestre de 2006)

En lugar de apaciguar los ánimos de los actores, la decisión de retirar los proyectos que se habían presentado para las discusiones parlamentarias en el marco de la convocatoria realizada por la Comisión de Salud del Congreso, impulsó nuevas dinámicas entre quienes estaban decididos a impedir que se hicieran transformaciones profundas al SGSSS, y aquellos que buscaban cambiar la lógica del modelo de salud imperante desde 1993. Para muchos, la Ley 100 era la culpable de los problemas enfrentados en el sector y por eso la propuesta no era modificar algunos aspectos, sino pensar en un nuevo modelo de salud. Para otros, las dificultades no estaban en el contenido de la Ley sino en una interpretación y aplicación equivocada de la misma, por lo tanto buscaban hacer algunos ajustes, pero conservando la esencia del sistema. Para las discusiones legislativas del segundo semestre de 2004 fueron presentados 14 proyectos de reforma que evidenciaban las posiciones e intereses en pugna:

La Comisión de Salud del Congreso de la República - Proyecto 031/04: Esta iniciativa, fundamentada en el anterior proyecto 236, fue presentada por los senadores Rafael Pardo, Dilian Toro, Dieb Maloof y Mauricio Pimiento quienes pertenecían al grupo político del presidente Uribe, y habían liderado la evaluación

¹¹⁵ Se conoce como “integración vertical” al monopolio de las funciones de aseguramiento y prestación de servicios, cuando un hospital se une a la entidad aseguradora. Este procedimiento se había convertido en uno de los problemas más denunciados por analistas del sector y por los trabajadores de los hospitales públicos, debido a que violaba uno de los propósitos fundamentales de la Ley 100 que era la separación de funciones, además de que ponía en entredicho la efectividad en la regulación por parte del Estado y limitaba la competencia porque muchas de las integraciones se hacían para reducir costos dejando de lado la calidad.

promovida por la Comisión de Salud durante el primer semestre de 2004. El proyecto proponía la creación de un nuevo régimen subsidiado que financiaría totalmente la atención en salud para los más pobres, la ampliación del 12 al 13% de la cotización de los afiliados al régimen contributivo, y la conformación de un fondo adscrito al Ministerio de la Protección Social para la administración de los recursos públicos destinados a la salud. Bajo la lógica de este proyecto, los municipios dejarían de recibir los recursos porque se aducía que en ellos estaba concentrada buena parte del origen de los problemas del sistema.

La propuesta de la Academia Nacional de Medicina - Proyecto 033/04: Esta se derivaba del proyecto 180 presentado en la anterior legislatura. En esta oportunidad los médicos de la Academia se aliaron con el senador Germán Vargas Lleras quien era cercano al Presidente Uribe. El énfasis estaba en fortalecer el ejercicio de las profesiones de la salud, rescatar la autonomía en el ejercicio profesional y resolver los problemas en la intermediación de los recursos. De acuerdo con esta iniciativa, la administración de los recursos del régimen subsidiado no debía estar en manos de los municipios, sino de las Secretarías de Salud (departamentales, municipales y distritales) que debían convertirse en administradoras. Estas deberían garantizar que por lo menos el 60% de los servicios fueran contratados con la red pública hospitalaria. Esta propuesta alertó al gremio de los prestadores privados porque además de cerrar el acceso de las ARS, también buscaba fortalecer la red pública de servicios y devolverle protagonismo al Estado.

El Proyecto 241/04: Esta iniciativa de origen gubernamental fue presentada por los senadores Alfonso Angarita y Eduardo Benítez ambos vinculados a la corriente política del Presidente Uribe. Este proyecto que en un primer momento había contado con el apoyo del Ministro de la Protección Social Diego Palacio, retomaba muchos de los elementos de los proyectos 236 y 180 presentados a principios de 2004. Además, buscaba eliminar la “integración vertical” y fortalecer la financiación del régimen subsidiado.

Las organizaciones indígenas – Proyecto 058/04: Esta propuesta, liderada por el senador indígena Jesús Piñacue, pretendía adicionar normas a favor de los pueblos indígenas. Específicamente, buscaba garantizar el derecho a la salud, el reconocimiento de la medicina tradicional, el acceso y la adecuación sociocultural de los servicios.

Los trabajadores de la salud - Proyecto 019/04: Este proyecto, promovido por Luis Carlos Avellaneda del movimiento Alternativa Democrática y por el senador liberal Bernardo Alejandro Guerra, había surgido en la Asociación de Profesionales de la Salud (Assosalud); contaba con el apoyo de sindicatos ANTHOC y de algunas organizaciones de usuarios. Dicha propuesta no afectaba componentes centrales de la Ley 100 como el aseguramiento, pero buscaba acabar con ciertos mecanismos como la intermediación en el manejo de los recursos, además de fortalecer la red hospitalaria, integrar la atención básica mediante un plan nacional de salud colectiva y unificar el plan de beneficios de salud en los regímenes contributivo y subsidiado.

La propuesta del Gobierno – Proyecto 052/04: Esta iniciativa fue presentada por los Ministros de Hacienda Alberto Carrasquilla y de la Protección Social Diego Palacio Betancourt, quienes argumentaron que, buscaban fusionar las distintas propuestas en discusión. En efecto, consideraban que la existencia de un número tan alto de proyectos de Ley había dificultado que se pudiera llegar a acuerdos. El proyecto sometido a discusión a principios de noviembre de 2004 recogía sobre todo las iniciativas presentadas por los grupos uribistas (que eran la mayoría), y modificaba tanto la Ley 100 de 1993 como la Ley 715 de 2001. El propósito principal era la reorganización de los recursos económicos destinados a la salud por medio de la creación de un fondo para centralizar los dineros de la salud. De acuerdo con las normas establecidas para los trámites parlamentarios, todas las iniciativas de reforma debían ser acumuladas alrededor de la propuesta gubernamental (Hernández, 2005a: 187).

La propuesta del Polo Democrático y el Movimiento por la Salud y la Seguridad Social – Proyecto 098: una semana después de que el gobierno presentará su proyecto, el partido de izquierda Polo Democrático inscribió el proyecto 098, argumentando que la propuesta del Ejecutivo sólo buscaba algunos ajustes a lo existente sin proponer soluciones a los problemas de fondo. Este proyecto fue liderado por académicos y activistas del Movimiento por la Salud y la Seguridad Social como Saúl Franco, Mario Hernández, y Román Vega, estos últimos para entonces eran funcionarios de la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá. Esta propuesta buscaba la contrarreforma de la Ley 100 por medio de la creación de un sistema integral de salud que no estuviese basado en la lógica del aseguramiento sino en la concepción de la salud como derecho humano fundamental, por tanto era necesario modificar las bases y la estructura del modelo. Estos actores, también se oponían a la iniciativa gubernamental de crear un fondo para centralizar los recursos porque, según sus análisis, esta decisión echaba para atrás los aspectos positivos de la descentralización que aunque reconocían que en muchos casos había tenido problemas, en otros -como en la experiencia de Bogotá- había contribuido a mejores niveles de gestión y administración de los recursos. Esta propuesta buscaba fortalecer la descentralización por medio de la creación de fondos territoriales de salud administrados por instancias gubernamentales.

Los dos períodos legislativos de 2004 reflejaron nuevamente la polarización de los actores respecto de la ruta que debía seguir el sector de la salud. Por un lado, el Ejecutivo había impulsado una iniciativa (proyecto 052) que buscaba profundizar el modelo existente. Para sacarla adelante, había intentado incluir diversos intereses y “concertar” con distintos grupos el contenido que sería presentado en la siguiente ronda de debates ante el Congreso. Por otro, la oposición seguía insistiendo en la necesidad de llevar a cabo cambios estructurales que rompieran con la lógica instaurada por la Ley 100/93 (proyectos 098 y 019). Finalmente, durante las discusiones en el Congreso se volvieron a poner en juego las redes de poder de los parlamentarios que para ese momento estaban vinculados mayoritariamente con la

coalición política del presidente Uribe. Esta logró un acuerdo para aprobar la propuesta del Ejecutivo como marco de referencia para la reforma del sistema de salud. Este panorama redefinió la correlación de fuerzas e implicó nuevos niveles de presión y negociación para modificar o fortalecer los aspectos que se seguirían discutiendo.

El proyecto de Ley 052 había buscado articular parte de los intereses de los gremios médicos, de algunos trabajadores de la salud, de las ARS, las EPS y de los prestadores públicos, y había dejado por fuera los aspectos que habían sido analizados como los más problemáticos por parte de sectores opositores. En el caso de quienes permanecían por fuera del sistema, conocidos como “vinculados”, se había sugerido incluir a toda la población en los dos regímenes (subsidiado y contributivo), pero a medida que avanzaban los debates en la Comisión Séptima del Congreso, este propósito empezó a diluirse. De nuevo se estableció un techo 25% de los recursos del presupuesto de salud para cubrir a quienes no eran suficientemente pobres para recibir el subsidio pero tampoco alcanzaban a pagar de su bolsillo la afiliación a la seguridad social. Esto implicaba que la diferenciación en los tipos de aseguramiento iba a continuar, y que una vez más la meta de cobertura universal tendría un lugar marginal.

Otro de los temas que hasta finales de 2004 no había logrado ser resuelto era el relacionado con la creación del Fondo Colombiano de Salud (FOCOS). Se trataba de que los entes territoriales no manejaran los recursos, mismos que estarían centralizados en una subcuenta encargada de administrar los dineros destinados a la población subsidiada que funcionaría con una lógica similar al fondo creado en 1993 para concentrar los recursos de los afiliados al régimen contributivo (FOSYGA). Inicialmente, tanto el gremio agrupado en ACEMI como la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas apoyaron la iniciativa gubernamental porque consideraban que defendía los principios básicos de la Ley 100, y a la vez proponía algunos ajustes funcionales para los componentes que habían sido problemáticos (Paredes, 2005). Es importante recordar que los gremios privados siempre defendieron el modelo

instaurado en 1993, y en repetidas ocasiones propusieron continuar con esta estructura que, decían, había permitido resolver las ineficiencias en la prestación de los servicios.

La Federación Colombiana de Municipios esta vez con el apoyo del consultor Iván Jaramillo, por su parte, se empeñó en defender la descentralización, argumentando que el propósito centralizador del Ejecutivo violaba los acuerdos constitucionales. Además, este sector culpó al gobierno y a los actores privados de atribuir la responsabilidad de los problemas del sistema a los entes territoriales, desconociendo factores denunciados por largo tiempo como la corrupción de las aseguradoras que fungían como intermediarias y los incumplimientos en las transferencias del Estado.

Otros críticos de la propuesta gubernamental fueron los representantes del partido Polo Democrático y del sindicato médico ASMEDAS. En la opinión del Senador Luis Carlos Avellaneda, miembro del primer grupo, este proyecto profundizaba el lucro de las EPS mediante el fortalecimiento del modelo de aseguramiento, además decía que pasaba por alto las soluciones para la crisis hospitalaria. Germán Reyes, vocero de ASMEDAS, cuestionaba la idea promovida por el gobierno de limitar la reformar pensando a direccionar el aseguramiento hacia el sector privado, bien sea en el régimen contributivo o en el subsidiado. Según el análisis de este último:

El aseguramiento no garantizaba accesibilidad a los servicios de salud: Podemos tener en un momento determinado toda la población asegurada, pero si no hay una red pública de prestación de servicios de salud adecuada, no vale la pena hacer el esfuerzo de tener asegurado a todo el mundo (Reyes, Germán en *El Pulso*, 2004).

La crisis hospitalaria era otro de los aspectos que continuaban sin ser resueltos, este se había vuelto un problema permanente en el SGSSS que recordaba su gravedad a la opinión pública cuando cada tanto se publicaban informes en los periódicos anunciando la quiebra de un nuevo hospital de la red pública y su

reemplazo por la red privada. Para entonces, se habían cerrado algunos de los más importantes como el Lorencita Villegas de Santos, el hospital Neurológico, el San Juan de Dios de Bogotá y Universitario de Cartagena. Los acuerdos para solucionar esta situación habían avanzado poco, los sindicatos y los trabajadores insistían en que la culpa de la catástrofe la había tenido la Ley 100 porque había puesto a las instituciones públicas a competir en un modelo de mercado bajo condiciones totalmente inequitativas, además de los constantes incumplimientos del gobierno para cubrir las deudas que tenía con estas instituciones. Según el Presidente de ANTHOC Yesis Camacho:

Con la Ley 100 la demanda de servicios en la red pública se redujo en un 50% por la desbandada a instituciones privadas. Antes de la reforma la mayoría de la atención en salud la prestaban hospitales públicos que constituían el 60% de las instituciones del mercado, mientras que hoy no llegan al 2%. En el país hay cerca de 35,000 entidades privadas acreditadas como IPS, de esas sólo 1,600 son públicas (Camacho, *El Pulso*, 2004).

El Presidente Uribe, por su parte decía que había que salvar los hospitales públicos pero no a cualquier costo, según su opinión no era posible rescatar muchos de estos organismos por la dificultad de resolver los pasivos prestacionales: “Lo más grave que le puede pasar a un país es que se quiebre un hospital público, pero es más grave que en medio de la crisis en algunos de ellos se paguen hasta 32 salarios al año por efectos de la convención de trabajo” (Uribe Vélez, *El Pulso*, 2004). La solución según el mandatario era entregar el manejo de estas instituciones a las Cajas de Compensación Familiar que habían demostrado un manejo eficiente de los recursos públicos.

Las dificultades para llegar a acuerdos, llevaron a que algunos ponentes sugirieran presentar el proyecto 052 para los siguientes debates sin que se incluyera la propuesta de creación del fondo de salud (FOCOS). Por otro lado, durante el primer semestre de 2004, varios alcaldes municipales y directores de los hospitales públicos habían acusado a las administradoras del régimen subsidiado (ARS) de ineficiencia y

corrupción e incluso algunos proyectos de Ley habían sugerido su desaparición (proyecto 033/04). Sin embargo, a medida que el proyecto gubernamental iba buscando alianzas con diferentes sectores para avanzar en el camino a su aprobación, también empezó a incluir aspectos que, en un principio, se creían descartados, como la posibilidad de que estas instancias pudieran convertirse en EPS para continuar participando en el sistema. Según Herman Redondo Gómez, uno de los representantes de los profesionales de la salud ante el Consejo de Seguridad Social, el proyecto oficial no recogía casi nada de las propuestas alternativas; aunque pretendía ampliar la cobertura y mejorar las acciones de salud colectiva, no ofrecía alternativas de salvación para el seguro social ni la red de hospitales públicos sumidos ambos en una fuerte crisis.

Aunque los primeros resultados mostraban como “ganador” al gobierno y su iniciativa, los foros y las discusiones continuaron en distintas arenas. Por ejemplo, en abril de 2005, la Contraloría General de la República organizó un foro en el que el entonces director de esta instancia Antonio Hernández Gamarra, recomendó no centrar la reforma en el aseguramiento; en su opinión, hasta que no se solucionaran los problemas de la red pública hospitalaria, ningún modelo podría sostenerse. Finalmente, para el período legislativo del segundo semestre de 2005, los exponentes del proyecto gubernamental presentaron un texto modificado para un segundo debate en el Senado que contenía menos artículos (38 menos que el aprobado en diciembre), pero mantenía la tónica de la reforma en el tema del aseguramiento. El nuevo texto del proyecto 052 ampliaba la cobertura del régimen subsidiado a 26 millones de usuarios. Para tal fin, se aumentarían los recursos dedicados a los más pobres. Un aspecto fundamental del nuevo texto era la posibilidad de que las administradoras del régimen subsidiado no fueran liquidadas sino que pudieran convertirse en EPS, y la eliminación del fondo para la administración de los recursos subsidiados (FOCOS). Al parecer, la presión ejercida por la Federación Colombiana de Municipios y la Corporación de Secretarios Municipales de Salud (Cosesam) influyó para que se reestructurara este propósito que era uno de los ejes centrales de la propuesta inicial.

A cambio, se planteó la creación de fiducias para administrar los dineros del régimen subsidiado (Largo Arteaga, *El Pulso*, 2005a).

La propuesta revisada se enfocaba en fortalecer los mecanismos de regulación y reorientaba las acciones en salud pública. Así mismo, establecía mecanismos de control para la “integración vertical” por medio de un tope máximo de contratación del 30% entre las aseguradoras y sus prestadoras de servicios. Además, estipulaba que las EPS debían contratar por lo menos el 65% de los servicios del régimen subsidiado con los hospitales públicos. Según Eduardo Benítez Maldonado, uno de los senadores ponentes del proyecto, la idea era frenar la creación de nuevas instituciones prestadoras que no fueran necesarias, sobre todo del tercer nivel de atención. La iniciativa también devolvía a las EPS los recursos dedicados a los programas de promoción y prevención que la Ley 715/01 les había retirado. Esta decisión generó polémicas porque según algunos actores se estaban entregando los dineros de la salud colectiva a una instancia que había demostrado su ineficiencia. Otro de los aspectos incluidos en las modificaciones fue el CNSSS, se proponía la adición de dos nuevos miembros, uno para la defensa del paciente y otro para la defensa de los profesionales de la salud. Con esta propuesta se pretendía responder a recomendaciones hechas por instancias como la Defensoría del Pueblo que había denunciado constantes quejas por atropellos a los pacientes.

Finalmente, a pesar de que el proyecto había sido presentado a tiempo, fue relegado porque el gobierno había antepuesto otras prioridades para la discusión como la reelección presidencial, la reforma tributaria, la reforma pensional y el debate sobre el TLC. Sólo en septiembre de 2005 fue aprobado el texto definitivo de reforma en sesión plenaria del Senado. El documento aprobado debería pasar a debate en la Comisión Séptima y en la plenaria de la Cámara de Representantes. Cuando esta decisión fue confirmada, distintos actores volvieron a pronunciarse e hicieron los últimos intentos para incidir en las decisiones. Algunos aspectos como la propuesta de control de la “integración vertical” y el establecimiento de un porcentaje de

contratación obligatorio con los hospitales públicos generaron reacciones tanto a favor como en contra.

Mientras la mayoría de los prestadores de servicios manifestó su apoyo a la iniciativa gubernamental, las aseguradoras privadas que habían sido una de las mayores aliadas del Ejecutivo todavía no quedaron satisfechas con la nueva propuesta. Sorpresivamente se declararon en contra del proyecto 052 que decían constituía un paso atrás porque desconocía los avances del sistema de salud. En palabras de Bernardo Guerra, parlamentario opositor al proyecto gubernamental, “Con el 052 la estructura sigue favorable al negocio pero la utilidad baja un poco para las EPS, y por eso enfilaron todos su cabildeo contra el proyecto porque afecta sus dividendos” (Guerra Hoyos, en *El Pulso*, 2006, núm. 93). En esta oportunidad el sector privado estaba dividido. Por un lado, las aseguradoras ahora presididas por Augusto Galán (ex – Ministro de Salud), se convirtieron en uno de los más fuertes opositores. Por otro, los prestadores de servicios reunidos en la Asociación de Hospitales y Clínicas se mostraron a favor de la restricción a la integración vertical. Según Juan Carlos Giraldo, presidente de ACHC gremio de las clínicas y hospitales, existía la necesidad de controlar la oferta de infraestructura porque la misma debía responder a las necesidades del país y no al negocio de algunos empresario (Giraldo, en *El Tiempo*, 31/05/2006).

Tanto los representantes del Colegio Médico Colombiano (muchos de ellos dueños de clínicas privadas), como la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, manifestaron abiertamente su apoyo al proyecto impulsado por el gobierno. En su opinión de sus voceros, éste era un ajuste que buscaba crear las condiciones para ampliar la cobertura, resolver los problemas generados con la intermediación y fortalecer las acciones de salud colectiva. Así mismo, la Federación de Municipios celebró la eliminación del fondo para el manejo de los recursos subsidiados que inicialmente había sido propuesto por el gobierno, y que impedía a los entes territoriales el manejo directo de recursos. Para la Academia Nacional de Medicina, el proyecto 052 no corregía muchos de los problemas estructurales creados

por la Ley 100, pero sí constituía un avance porque en su opinión era muy importante lograr los propósitos que se habían planteado como ampliar la cobertura del aseguramiento, aumentar el financiamiento y fortalecer la vigilancia y control del sistema.

Otros actores menos conformes con los cambios también se pronunciaron. Algunos sectores académicos como la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, divulgaron comunicados al Congreso expresando su rechazo e inconformidad con proyecto 052 por considerar que los esfuerzos estaban concentrados en reordenar un sistema que había demostrado serias fallas estructurales. Según los salubristas, el proyecto no abordaba los problemas centrales en materia de salud y del sistema sanitario del país; muy por el contrario, persistía en su modelo e intentaba incluso profundizarlo (Largo Arteaga, *El Pulso* 2005c). El Contralor de la República, Antonio Hernández Gamarra, también expresó su desacuerdo con la estrategia de ampliar los subsidios parciales para ampliar la cobertura. En su opinión, el proyecto mantenía la lógica de subsidios a la demanda, factor que debilitaba aun más la red pública hospitalaria y no resolvía las barreras de acceso para los usuarios (Hernández Gamarra, *El Pulso*, 2005).

La Asociación Nacional de Enfermeras también se manifestó en contra de la propuesta gubernamental porque, según sus análisis, no transformaba nada, pero hacía unos cuantos cambios de forma que al final de cuentas acababan profundizando las inequidades (Entrevista a Carvalo, 20/06/05). Así mismo, el sindicato que representaba las centrales obreras (CUT) declaró su total rechazo a la propuesta de reforma en trámite, por representar una forma más de avalar el enriquecimiento del sector privado sin resolver los problemas de cobertura y equidad. En efecto, la propuesta que quería imponer el Ejecutivo daba la espalda a situaciones graves del sistema. Muestra de esto era la denuncia realizada por la Senadora Sandra Ceballos, quien padecía cáncer de seno, y había tenido que instaurar una acción judicial (tutela) por ser la única vía para exigir la autorización del tratamiento y la atención oportuna. Este era sólo un ejemplo de lo que la mayoría de los usuarios tenían que enfrentar a

diario para recibir atención y del extremo al que habían llegado los problemas del sistema de salud. Sin embargo, en las discusiones parlamentarias estos asuntos seguían ocupando un lugar marginal.

Cuando parecía que el proyecto gubernamental para la reforma había conseguido sortear las distintas dificultades para ser aprobado, nuevamente la iniciativa fue frenada a mediados del 2006 cuando todas las baterías políticas se enfilaron primero a las elecciones parlamentarias y después a la campaña presidencial al final de la cual Álvaro Uribe fue reelegido. Ante los tropiezos sufridos por este proyecto, se empezaron a conocer declaraciones que responsabilizaban a varios congresistas de obstaculizar los cambios porque tenían intereses en algunas aseguradoras y prestadoras de salud, y aún con este antecedente no se habían declarado impedidos para participar en los debates. Por ejemplo, el representante Luis Alberto Gil fue investigado por ser el accionista mayoritario de la EPS Solsalud por la que recibía cuantiosos ingresos. Así mismo, el Senador opositor Bernardo Alejandro Guerra Hoyos había acusado a la empresa Saludcoop de ser uno de los grandes financiadores de la campaña del Presidente Uribe, y había denunciado el intenso lobby realizado por el gremio de ACEMI con los congresistas (Entrevista a Senador Guerra Hoyos, en www.medilegis.com, consultada en junio de 2008).

De igual forma, fue decisiva una vez más la posición del Ministro de Hacienda que para entonces era Alberto Carrasquilla, en el desenlace final de este proyecto. Este se opuso tajantemente a la creación de un nuevo impuesto para financiar la cobertura del régimen subsidiado. Posteriormente, el Ministro de la Protección Social también manifestó su apoyo a la posición de Minhacienda, argumentando que crear un impuesto provisional no garantizaría solucionar los problemas en el largo plazo. Finalmente, como consecuencia de estos obstáculos, la Cámara de Representantes acabó por acoger una propuesta mayoritaria de la Comisión Séptima de archivar el proyecto 052. En esta decisión influyeron la presión ejercida por las EPS para que no se pusieran límites a la integración vertical y las

dificultades para llegar a un acuerdo sobre la forma de financiar la cobertura del régimen subsidiado (Guzmán, *El Pulso*, 2006)

2. La aprobación de la “reforma”: Ley 1122 (2006)

2.1. Un intento más del Ejecutivo para modificar la Ley 100 y una nueva ronda de respuestas de los actores

En medio del escándalo de la “parapolítica”, el Presidente Uribe reanudó su insistencia para sacar adelante la reforma de la Ley 100. Para el mes de septiembre, el gobierno había presentado dos “nuevos” proyectos de Ley. El primero (001/06) liderado por la Parlamentaria uribista Dilian Francisca Toro, buscaba otorgar facultades extraordinarias por 6 meses al Presidente para expedir normas de reglamentación a la integración vertical. El texto, proponía que ésta no fuera superior al 50%, aspecto que mostraba la influencia de las EPS (en el anterior proyecto estaba determinado que fuera del 30%). El segundo proyecto (002/2006), gestionado por el Ministro de la Protección Social, hacía algunas modificaciones al 052/04 que había sido archivado y que buscaba reglamentar la ampliación de cobertura, la contratación de servicios con los hospitales públicos, la atención para las enfermedades de alto costo, y la creación del defensor del usuario. Posteriormente, ambas propuestas se articularon en el Proyecto del Ministerio de la Protección Social 087/06 que de nuevo abrió la dinámica de la discusión. Para finales de 2006, se habían acumulado otra vez, 17 proyectos de Ley ante el Congreso.

En esta nueva ronda, la dinámica no difirió mucho de la que había caracterizado las anteriores discusiones. Tal vez lo único novedoso era la incorporación de algunos nuevos actores que habían sido elegidos como parlamentarios en marzo de 2006 y que se articularon a los debates. Este fue el caso del médico y académico Jaime Restrepo que presentó el Proyecto 038/06 y de Zulema Jattin que lideró el Proyecto 067/06. También presentaron propuestas otros

parlamentarios que venían participando desde principios de 2004 como Dieb Maloof (Proyecto 020/06). Sin embargo, igual que en otras oportunidades el Ministerio de la Protección Social buscó articular la mayoría de los intereses en el Proyecto 087/06, los cuales seguían estando abanderados principalmente por representantes uribistas.

Otro aspecto a resaltar, es que para entonces los grupos sociales organizados ya no tenían la misma convicción de que la ruta legislativa les permitiría introducir cambios. Aunque algunos manifestaron su apoyo al proyecto 130/06 presentado por el partido de izquierda Polo Democrático Alternativo que retomaba los aspectos básicos de las propuestas opositoras al modelo gubernamental antes discutidas. En particular, buscaba la eliminación de los copagos y de las cuotas moderadoras, porque según el parlamentario exponente Germán Reyes (antes representante de ASMEDAS) éstas se habían convertido en una de las grandes barreras para el acceso a los servicios. Otros actores, como los sindicatos, insistieron en respaldar la propuesta del Senador Luis Carlos Avellaneda, ahora denominada Proyecto 122. Ya no se respiraba el mismo optimismo, no sólo porque las largas jornadas de discusión parlamentaria habían terminado en la anulación y/o cooptación de muchas de las propuestas, sino porque ya no se creía que este escenario de discusión pudiera permitir la introducción de cambios importantes.

Después de tres años de discusión en los que habían participado todos los actores del sector, de mensajes de urgencia e insistencia por parte del Presidente Uribe para que se diera vía libre a la reforma, de la recomposición de las coaliciones y de un intenso cabildeo, las mayorías parlamentarias excluyendo a los representantes del Polo Democrático Alternativo¹¹⁶, acordaron la presentación de una propuesta común de modificación del SGSSS que dio como resultado la Ley 1122/07, aprobada

¹¹⁶ En un comunicado divulgado por la bancada del Polo Democrático Alternativo en diciembre de 2006, se explicaban las razones que llevaron al partido a votar en contra a la propuesta gubernamental. Sus integrantes criticaron los cambios hechos en el Consejo de Seguridad Social porque, en su opinión, era un mecanismo más para avanzar en la privatización. Una muestra de esto, según sus análisis, era la eliminación de la participación de los trabajadores y de los usuarios en esta instancia. También argumentaban que en los planteamientos de la Ley 1122 tampoco se vislumbraban alternativas para solucionar dos asuntos en discusión desde principios de los noventa: la universalidad y la equidad.

en diciembre de 2006 y sancionada en enero de 2007. Esta mantenía el propósito de no alterar el modelo de mercado que había sido creado en 1993 en cuanto a funciones, esquemas de financiación, flujo de recursos y objetivos del sistema de salud. Además, insistía en los mismos argumentos usados por los reformadores a principios de los noventa, por ejemplo, el Ministro de la Protección Social justificó estos ajustes en el propósito de alcanzar la cobertura universal en el 2010. Esto no se había logrado en trece años de Ley 100 pero se usaba reiterativamente como forma de legitimar las acciones oficiales.

La nueva Ley enfatizaba la necesidad de recaudar más recursos, tanto por medio del incremento de las cotizaciones de los empleadores, como en el aumento del porcentaje que debían dedicar los entes territoriales a la afiliación de la población más pobre y que a la vez disminuía los aportes del gobierno central. Entre los 45 artículos aprobados por la nueva Ley de salud, sólo se hacía referencia explícita a la modificación de dos artículos de la Ley 100: el 204 y el 214, ambos relacionados con el financiamiento del sistema (Restrepo Zea, 2007). Las otras reestructuraciones no tocaban lo fundamental del modelo de salud, sino que establecían ajustes que reflejaban un intento por incluir algunos de los aspectos que habían sido propuestos en los distintos proyectos de Ley en discusión desde el 2004.

Algunos de los aspectos articulados al proyecto fueron la desaparición de los copagos y las cuotas moderadoras para los afiliados al régimen subsidiado, y la reducción de 100 a 26 semanas de cotización para acceder a los servicios de alto costo. También se decidió actualizar el paquete básico de servicios por lo menos una vez al año, se estableció la creación de un plan nacional de salud colectiva que debería estar adscrito al plan de desarrollo de cada gobierno, y se asignaron nuevas labores a la Superintendencia de Salud encargada de la vigilancia y control del sistema, que ahora debía contar con la figura del defensor del usuario. Esta medida generó críticas en distintos sectores que argumentaban que la adscripción del defensor del usuario a la Superintendencia que había demostrado su inoperancia para controlar la Ley 100 y no a la Defensoría del Pueblo, como se había planteado inicialmente,

demostraba una vez más, que los usuarios eran los últimos en la lista de prioridades del gobierno. Así mismo, se decidió que debía completarse la transición de los hospitales públicos que aun sobrevivían, todos debían convertirse en empresas autónomas (ESES), varias de las cuales podrían fusionarse con el fin de disminuir los costos de esta transformación y evitar nuevas crisis hospitalarias. Estas instituciones serían evaluadas según criterios de rentabilidad social. Para garantizar su sostenibilidad se dispuso que las EPS del régimen subsidiado estarían obligadas a contratar por lo menos el 60% de sus servicios con estas instituciones.

Otros puntos importantes en la Ley 1122 fueron la aprobación de la posibilidad de cambio de aseguradora después de sólo un año de permanencia (antes se exigía cumplir por lo menos dos años), y el establecimiento de un tope de 30% de contratación de las EPS con sus instituciones prestadoras de servicios (integración vertical). Al parecer habían pesado más las alianzas de los secretarios municipales y de la ACHC que las fuertes presiones de las EPS privadas y del mismo Presidente Uribe que en un momento había llegado a anunciar que este límite no sería de 30% sino de 50%. Aunque el Consejo Nacional de Seguridad en Salud no desapareció, quedó notablemente debilitado porque sus funciones ahora se limitaban a ser un asesor del Ministerio de la Protección Social. En su reemplazo se creó la Comisión de Regulación en Salud; este organismo se añadía a los entes encargados de la regulación del sistema y debía conformarse por siete empleados públicos nombrados por el Presidente, incluidos los Ministros de la Protección Social y Hacienda. Esta comisión reemplazaría al CNSSS en las funciones más importantes como la definición del valor de la UPC de los regímenes contributivo y subsidiado, los planes de salud obligatorios de salud y la definición de criterios para pagos moderadores (Restrepo, 2007)

Después de la aprobación de las modificaciones al sistema de salud, y cuando se estaba en el proceso de reglamentación, de nuevo aparecieron signos que mostraban que no se había logrado el “acuerdo” divulgado con la Ley 1122. Apenas a cinco meses de su expedición ya se habían establecido diez demandas por parte de

actores y gremios que insistían en la inconstitucionalidad de lo aprobado. Entre los artículos impugnados estaban los relacionados con el monto de las cotizaciones de los empleadores y con el límite a la integración vertical. Ésta era sólo una muestra de que el proceso político aun no había terminado, y que al contrario aun faltaba un largo trecho por recorrer.

3. Los balances: ¿Cuáles cambios?

Este proceso de ajustes a la Ley 100, nuevamente, había dejado ganadores y perdedores. Entre los que habían logrado beneficiarse estaban la Federación de Municipios que logró desmontar la centralización de los dineros de la salud que era uno de los ejes centrales del proyecto gubernamental inicial (052). El gremio de clínicas y hospitales también estaba satisfecho por la restricción aprobada a la integración vertical, y por supuesto también el Ejecutivo (representado por el Presidente y los Ministerios de Hacienda y Protección Social) que aunque no había logrado todos sus propósitos iniciales, había conseguido que su interés central, el de reestructurar el financiamiento del sistema, prevaleciera en la versión final de la reforma. La responsabilidad del Estado seguiría estando limitada básicamente a vigilar que tanto los aseguradores como los prestadores cumplieran con los contratos establecidos.

Una vez más, el peso de las decisiones estuvo notablemente influido por las características del régimen político, que aunque ya no dependía estrictamente de la dinámica de los Partidos Liberal y Conservador sino de una nueva coalición alrededor del Presidente Uribe, tampoco había sufrido transformaciones importantes en las viejas lógicas clientelistas y patrimoniales heredadas del régimen bipartidista. Aunque la figura de Uribe contaba con un gran apoyo popular y había devuelto legitimidad al Estado, no había roto con las tradiciones rentísticas que se caracterizaban por “negociar” asuntos públicos como la salud con los grupos

hegemónicos a cambio de conseguir el apoyo necesario para beneficiar su proyecto político y económico. El proceso alrededor de la reforma a la Ley 100 era un ejemplo contundente de la inclinación de la acción del Estado a favorecer intereses particulares. Tal vez lo novedoso en el panorama político era la existencia de un partido de izquierda consolidado, Polo Democrático Alternativo, que tomaba distancia de las guerrillas armadas y buscaba articular los intereses de quienes se oponían al proyecto uribista. Sin embargo, esta tendencia seguía siendo una fuerza minoritaria en el Congreso.

Detrás del gran interés del Ejecutivo por sacar adelante el proyecto de reforma al sistema de salud, lo que realmente se escondía era la necesidad de reformar la Ley 715/01. Según Hernández (2005b), para los cambios propuestos por el gobierno no era necesaria una discusión legislativa; las transformaciones hubieran podido hacerse por medio de decretos del Ministerio o de un acuerdo del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Sin embargo, había la necesidad de reformar una Ley marco (715/01) para establecer una forma distinta de distribuir los recursos, y esa transformación requería pasar por el Congreso. Por otro lado, lo que había quedado claro con la intensa lucha llevada por los sectores privados era la rentabilidad del negocio de la salud. Ningún empresario hubiera actuado como lo habían hecho las EPS privadas, de no tener certeza sobre los beneficios de su inversión. En el proceso, quedó demostrado tanto el poder como la capacidad de cabildeo alcanzada por el gremio de ACEMI, pero también la debilidad y la poca capacidad de incidencia y negociación a la que había llegado los defensores del sector público.

En general, los sectores de oposición coincidían en que la Ley 1122 no resolvía los problemas del sistema de salud. En su opinión, todo el desgaste que implicaron las discusiones sólo había acabado beneficiando, una vez más, al sector financiero. Los usuarios seguían siendo los grandes olvidados: los pobres continuarían su lucha por obtener una credencial que los acreditaría como parte del grupo de subsidiados, pero esto seguiría sin garantizar el acceso real y efectivo a los servicios de salud. Las organizaciones comunitarias, en lugar de articularse a los

grandes debates, continuarían peleando por el reconocimiento de aspectos básicos como la atención del paciente, el derecho a tener tratamientos y la entrega oportuna de medicinas. Para entonces, muchos líderes sociales conocían perfectamente la Ley de salud y se habían convertido en los principales intermediarios entre las comunidades y las instituciones de salud. Sin embargo, en algunos casos consiguieron logros trascendentes. Por ejemplo, en Medellín la segunda ciudad en importancia del país, la movilización social de los usuarios y la presión del sindicato médico ASMEDAS había logrado que se destinara una parte de los recursos de las Empresas de Servicios Públicos para financiar la salud, y evitar el cierre de Metrosalud una de las redes de atención local más importante.

Los balances de los miembros del Movimiento por la Salud y la Seguridad Social, por su parte, no eran muy positivos. Ninguno de los proyectos alternativos (098 y 19) había logrado incidir de manera definitiva en la ruta de los cambios, y más que favorecer la organización habían acabado por dividirla. En efecto, se habían generado varias discusiones sobre si apoyar o no los proyectos de Ley alternativos o pronunciarse frente a la iniciativa gubernamental durante los debates parlamentarios. Más que ganar en acuerdos se habían profundizado las diferencias. Este proceso había evidenciado las dinámicas de exclusión del régimen político y les había dejado más preguntas que satisfacciones, además de que les había sembrado una serie de cuestionamientos sobre la efectividad de seguir apostándole al terreno legislativo para transformar el orden establecido.

Según Natalia Paredes, una de las investigadoras y activistas del Movimiento por la Salud, esta experiencia mostraba que era necesario replantear los mecanismos de acción y canalizar mucho más las demandas insatisfechas de la gente. En su opinión, las necesidades de los actores organizados eran diferentes: por ejemplo, la sociedad civil demandaba que el sistema de salud se transformara, pero también había intereses particulares que casi siempre acababan teniendo más peso. De esta manera, la lucha de los trabajadores sindicalizados estaba volcada en las reivindicaciones salariales y en la defensa de los hospitales públicos. Entre los profesionales de la

salud, la pelea era por mejorar las condiciones laborales notoriamente afectadas por la Ley 100. Con los usuarios las reivindicaciones eran diferenciadas: había usuarios que creían en la necesidad de cambiar el sistema de salud, pero otros que simplemente querían mejorar las condiciones inmediatas de calidad dentro del sistema, y que en opinión de Paredes eran la mayoría (Entrevista a Paredes, 16/06/05).

A pesar de este proceso de ajustes a la Ley 100 indudablemente no había dejado mayores ganancias para los grupos sociales organizados, había quedado claro que el modelo de salud que debía tener el país seguía siendo un asunto por resolver, y que ya no les incumbía únicamente a los sindicatos, los profesionales de la salud, los gremios médicos y las instancias gubernamentales como en el pasado. El panorama de actores se había ampliado, y había traído nuevas discusiones como la lucha por el derecho a la salud. Los mecanismos de acción también se habían transformado. Los grupos opositores al modelo oficialista ya no acudían solamente al cabildeo, las huelgas o tomas de las instituciones del sector, sino también a otras apuestas como la presentación de Proyectos de Ley, la participación en foros, la promoción de propuestas formativas y educativas, los pronunciamientos ante los medios de comunicación, la constitución de redes, la formación de cuadros políticos, la participación en gobiernos locales, y la implementación de formas de resistencia cotidianas. Si bien no todas estas manifestaciones repercutían en transformaciones estructurales (por lo menos en el corto plazo), ponían en evidencia los vacíos y exclusiones de las iniciativas gubernamentales.

En cuanto a las comunidades indígenas, aunque no habían conseguido que se aprobara un régimen de salud por fuera de la Ley 100, su capacidad de resistencia y presión casi siempre había influido para que por lo menos parte de sus demandas fuera tenida en cuenta. Particularmente frente a la Ley 1122, estos grupos se manifestaron para que el Ministerio de la Protección Social aclarara las condiciones de funcionamiento de sus instituciones, aspecto que en su opinión no aparecía definido claramente en la nueva Ley. En respuesta, el gobierno autorizó que las prestadoras indígenas pudieran seguir ofreciendo servicios a cambio de que en el

plazo de un año se transformaran en empresas autogestionadas (Empresas Sociales del Estado), requisito que deberían cumplir todas las instituciones que aspiraran a manejar los recursos públicos destinados al régimen subsidiado.

El gremio médico, por su parte, era uno de los pocos sectores que no había logrado transformaciones importantes a lo largo de este período, por lo menos en términos organizativos. A pesar de que la reforma de principios de los noventa había tenido serias repercusiones en el ámbito profesional, las divisiones entre aquellos que tenían intereses directos en clínicas y aseguradoras privadas y los que estaban vinculados a hospitales e instancias públicas (como el ISS), se habían mantenido y se reflejaban en los distintos análisis y diagnósticos. Por ejemplo, los comunicados del Colegio Médico Colombiano siempre fueron de apoyo a las iniciativas gubernamentales, mientras que ASMEDAS mantuvo la postura crítica que había tenido desde principios de los noventa. Así mismo, la comisión parlamentaria encargada de discutir los asuntos de la salud contaba con varios representantes médicos, pero esto no había repercutido para que se incluyeran algunos de los problemas de más urgente como el deterioro de la profesión médica y la crisis hospitalaria. Al contrario, la presencia de algunos de estos representantes había inclinado la balanza a favor de los intereses privados, debido a los médicos tenían acciones en estas instituciones en muchos casos.

La academia mantuvo una participación activa con la difusión de artículos, comunicados públicos y la organización de foros y seminarios sobre la reforma. Además, vale la pena recordar que algunos de los representantes del Movimiento por la Salud y la Seguridad Social eran también docentes destacados y que en algunos casos estuvieron incluso en cargos públicos, como el caso de Mario Hernández en la Secretaría de Salud de Bogotá. Así mismo, algunos investigadores como Francisco Yépez Lujan que en el pasado habían sido promotores y defensores de los proyectos de reforma promovidos por el Ejecutivo (con la Ley 100 por ejemplo), ya no habían quedado tan convencidos de los beneficios del mercado y empezaban a publicar estudios críticos que sugerían el fracaso del modelo. En cuanto a los sindicatos, había

sido notorio el debilitamiento sufrido por algunos de ellos como Sintraseguridad Social y ANTHOC que en el pasado habían formado parte de los grupos más activos. En esto había incidido la segmentación del ISS aprobada en el 2003, que tampoco había procurado la estabilidad financiera que entonces se había predicho.

Cuando empezaron las discusiones para reformar la Ley 100, se anunció la liquidación total del ISS, lo que llevó a que las fuerzas se concentraran en la defensa de la institución que era casi la última en el sector en ser controlada por el Estado. En el pasado los sindicatos y trabajadores del ISS habían denunciado sistemáticamente la negativa del gobierno a tomar medidas de fondo para salvar financieramente este organismo porque su finalidad real era desaparecerla. Esta intención se confirmó a principios del 2007 cuando la Superintendencia de Salud canceló la licencia de funcionamiento de esta institución bajo el argumento de su inviabilidad financiera y deficiencias en la prestación de los servicios.

Según el Ejecutivo, el ISS debía ser reemplazado por una entidad pública de aseguramiento en salud, pensiones y riesgos profesionales más eficiente, con menores costos de nómina y menos burocracias sindicales. Esta decisión de liquidar el Seguro Social tomó por sorpresa a los sindicatos, debido a que Álvaro Uribe se había comprometido a salvar la institución e incluso este propósito era parte de los programas de gobierno promovidos durante la campaña de reelección presidencial. Lo que había permitido que el gobierno llegara hasta tal punto en el desmantelamiento de lo público y en el incumplimiento de los acuerdos pactados con los sindicatos, era la debilidad creciente de estas organizaciones. Estas, no sólo estaban afectados por una serie de políticas laborales que habían contribuido a su fragmentación, por la represión estatal que condenaba cualquier movilización por considerarla un factor de inestabilidad nacional y por los actos de violencia ejercidos en contra de los líderes sociales, sino también por los problemas para mantener las alianzas entre los distintos grupos sindicales. Las diferencias ideológicas entre ellos habían creado fragmentaciones y les habían restado capacidad de presión para establecer acuerdos políticos. Por tanto, cada grupo se concentraba en la defensa de

sus intereses particulares sin poder crear un frente único duradero. Históricamente los sindicatos habían ejercido presión en los ámbitos parlamentarios y en muchas ocasiones habían logrado alterar los acuerdos oficiales. Esto no significaba necesariamente la creación de opciones alternativas sino la inclusión de artículos que les favorecían pero que no cambiaban lo fundamental de las directrices estatales. La mejor muestra de esto era que la liquidación del Seguro Social se había logrado retrasar pero no habían conseguido dar marcha atrás a la decisión que estaba tomada desde principios de los noventa.

Después de trece años de reformas, muchos de los problemas del antiguo SNS y del SGSSS creado en 1993 continuaban vigentes. Seguían existiendo servicios diferenciados uno para los pobres, otro para los asalariados y otro para quienes podían pagar servicios particulares. Antes las principales barreras de acceso para el uso de servicios eran fundamentalmente geográficas y económicas. A partir de la Ley 100/93 posiblemente pudieron disminuir las restricciones geográficas porque la descentralización en muchos casos había ayudado a mejorar este aspecto, pero los servicios seguían siendo limitados especialmente para los pobres: los planes de servicios mantenían las diferencias entre contributivos, subsidiados, y los irónicamente llamados “vinculados”, cubriendo menos servicios para los dos últimos que por su puesto hacían parte de la población con menores ingresos. Igualmente, la variable económica se mantenía como una de las barreras más importante porque la capacidad de sufragar los costos (copagos y cuotas moderadoras) seguía definiendo el uso de los servicios por parte de los usuarios. A esto se habían sumado además, la falta de información, el exceso de tramites y la falta de regulación por parte de los organismos estatales (Hernández y Obregón, 2002). Muchas veces las demandas jurídicas eran el único medio para exigir el derecho a la atención y el suministro de medicamentos. El mecanismo de las tutelas había pasado de ser una herramienta ocasional para convertirse en un instrumento de uso cotidiano¹¹⁷. Paradójicamente, la

¹¹⁷ Según un estudio realizado por la Defensoría del Pueblo para el período 2004 – 2005, los trámites administrativos a los que se veían sometidos los usuarios, las barreras explícitas al acceso, y la falta de control y vigilancia por parte de los organismos encargados de esa tarea, habían llevado a que la acción

Corte Constitucional y no el Ministerio de la Protección Social, o el CNSSS, ni la SUPERSALUD, era la instancia que amparaba a los usuarios y que les posibilitaba en muchos casos el acceso a los servicios. Este organismo por ejemplo, había expedido sentencias para que se reconociera el tratamiento de enfermedades de alto costo y para que se ampliaran los servicios del plan de servicios subsidiado.

Aunque después de haber sido aprobada la reforma de la Ley 1122/07 continuaron las manifestaciones de apoyo y/o de rechazo por parte de los actores, lo cierto es que más que avanzar en la construcción de un consenso sobre el tipo de sistema de salud que requería el país, las diferencias continuaron ahondándose. Cada vez parecía más lejana la posibilidad de lograr acuerdos alrededor del tema porque era notoria la prevalencia de negociaciones y alianzas entre grupos de poder que buscaban ventajas políticas y/o económicas por encima del interés público general.

de tutela para reclamar derechos de salud se convierta en un 'prerrequisito de trámite para las autorizaciones. Desde 1999 hasta 2005, las solicitudes por este concepto aumentaron en el 280%, mientras que el crecimiento general de la tutela fue del 160% en el mismo período (Muñoz López, en *El Pulso*, 2008)

Cuadro 11: Resumen de Período Modificaciones a la Reforma (2004-2006)

Sub – periodos	Eventos	Actores	Mecanismos de intervención e interacción
1)Discusiones para reformar el SGSSS (2004-primer semestre de 2006)	-Propuesta de la comisión del Congreso para reformar la Ley 100 (primer semestre de 2004)	<ul style="list-style-type: none"> -Rafael Pardo -Dieb Maloof -Dilhan Toro -Mauricio Pimiento -Eduardo Benítez -Mauricio Jaramillo -Jesús Amorocho -Bernardo A. Guerra -Jesús Piñacue -Ministro de la Protección Social Diego Palacio B. -Academia nacional de Medicina -ASMEDAS -ACEMI -Sindicatos -Asociaciones de profesionales de la salud -Asociación de industriales -Asociación de profesionales de la salud -Fac. Salud Pública Universidad de Antioquia -Min. Protección Social -Ejecutivo y sector de parlamentarios de coalición uribista 	<ul style="list-style-type: none"> -Comisión del Congreso para reformar Ley 100 -Polarización de posiciones y presentación de varios proyectos de Ley: 236/04, 138/04, 238/04, 242/04. -Alianzas con parlamentarios para apoyar y/o liderar propuestas de reforma
		<ul style="list-style-type: none"> -Asociación de profesionales de la salud -Asociación de profesionales de la salud -Fac. Salud Pública Universidad de Antioquia -Min. Protección Social -Ejecutivo y sector de parlamentarios de coalición uribista -Grupos paramilitares 	<ul style="list-style-type: none"> -Promueven foros y evaluaciones sobre la reforma -Apoyo u oposición a proyectos de Ley -Cancelan discusión de las propuestas -Aplazan la reforma -Violencia contra sindicatos de la salud -Apropiación de recursos de régimen subsidiado -Proyecto de Ley 031/04
	-Reactivación del debate: (segundo semestre de 2004 y primero de 2006)	<ul style="list-style-type: none"> -Dieb Maloof -Dilhan Toro -Mauricio Pimiento -Germán Vargas Lleras y Academia Nacional de Medicina -Eduardo Benítez -Alonso Angarita -Jesús Piñacue -Organizaciones indígenas -Asociación de profesionales de la salud -ANTHOC -Federación de usuarios -Luis Carlos Avellaneda y Bernardo A. Guerra -Ministerios de Hacienda y de la Protección Social -Eduardo Benítez 	<ul style="list-style-type: none"> -Proyecto de Ley 033/04 -Proyecto de Ley 241/04 -Proyecto de Ley 058/04 Proyecto de Ley 019/04 - Proyecto de Ley 052/04 argumentando la fusión de las distintas propuestas -Mantener principios básicos de Ley 100 -Alianzas con parlamentarios uribistas y ACEMI y ACHC

Cuadro 11: Resumen de Período Modificaciones a la Reforma (2004-2006)

Sub – períodos	Eventos	Actores	Mecanismos de intervención e interacción
<p>Continúa 1) Discusiones para reformar el SGSSS (2004-primer semestre de 2006)</p>	<p>Continúa -Reactivación del debate: (segundo semestre de 2004 y primero de 2006)</p>	<p>-Polo Democrático -ASMEDAS -Movimiento por la Salud: Mario Hernández, Saúl Franco y Román Vega -Federación Colombiana de Municipios -ARS -Ejecutivo -ACEMI -ACHC -Colegio Médico Colombiano -Asociación Colombiana de Sociedades Científicas -Sectores de académicos salubristas -Movimiento por la Salud -Sindicatos -Asociaciones profesionales -Comisión Séptima y Ejecutivo</p>	<p>-Proyecto 098 en respuesta y oposición a propuesta gubernamental -Contrarreforma de Ley 100 -Defensa de descentralización -Presión para permanecer en el SGSSS -Incluye algunas modificaciones para presentar segunda versión de Proyecto 052 -Pospone debate del Proyecto 052 en Comisión Séptima -Oposición para medidas de control a integración vertical propuesta por gobierno en propuesta ajustada del 052 -Cabildeo y alianzas con parlamentarios para suspender esta iniciativa -Apoyan propuesta del Ejecutivo de controlar integración vertical -Opositores a Proyecto promovido por el gobierno -Apoyan propuestas alternativas: 019 y 098 -Archivan proyecto 052 por imposibilidad de llegar a acuerdo sobre la financiación y límites a integración vertical -Cooptación de actores -Proyecto 002/06: modificaciones al 052/04 -Proyecto 001/06 Concesión de facultades a presidente para reglamentar integración vertical -Proyecto 020/06 Proyecto 038/06 -Proyecto 067/06 -Integración de proyectos 001 y 002 en Proyecto 087/06 -Proyecto 130/06 y Proyecto 122/06 -Opositores Proyecto del Ejecutivo -Intentos por incidir en algunos puntos del proyecto de reforma</p>
<p>2) Aprobación de la reforma: Ley 1122 (2006)</p>	<p>-Un intento más del Ejecutivo para modificar Ley 100</p>	<p>-Presidente Uribe -Min. Protección Social -Dilian F. Toro Dieb MaIoof -Jaime Restrepo Cuartas -Zulema Jattin -Min. Protección Social -Germán Reyes -Luis Carlos Avellaneda -Movimiento por la Salud -Sindicatos -Federación de Usuarios -Ejecutivo y mayorías parlamentarias -ACEMI -Polo Democrático Alternativo</p>	<p>-Ley 1122/07 -Coaliciones, cabildeo, negociación de intereses -Se opone proyecto del gobierno -Vota en contra de propuesta gubernamental</p>

CONCLUSIONES

Los movimientos sociales contemporáneos son profetas del presente. Lo que ellos poseen no es la fuerza del aparato, sino el poder de la palabra. Anuncian los cambios posibles, no en el futuro distante sino en el presente de nuestras vidas; obligan a los poderes a mostrarse y les dan una forma y un rostro; utilizan un lenguaje que parece exclusivo de ellos, pero dicen algo que los trasciende y hablan por todos nosotros (Melucci, 2002: 11)

El punto de partida de este trabajo fue que el análisis de los factores del cambio y de los procesos políticos que influyeron en las reformas al sistema de salud colombiano entre 1990 y 2006, contribuye a hacer entendibles las transformaciones en el papel del Estado ocurridas desde principios de los noventa en la mayoría de los países de América Latina. Esta reconstrucción de la dinámica de la contienda por la salud permitió constatar la importancia de estudiar las reformas sociales como un proceso político en el que los actores se valen de diversas estrategias para reivindicar sus demandas e incidir en las decisiones y los resultados finales. Así mismo, fue evidente que las interacciones registradas estuvieron influidas por las características socio-políticas generales del contexto nacional e internacional durante el periodo estudiado.

Para dar cuenta de los cambios sucedidos en el caso colombiano, no fue posible partir de un 'antes' cuando existía un Estado de Bienestar para llegar a un 'después' cuando éste fue desmontado. Al igual que en otros países de la región, las políticas desarrollistas de los sesenta y setenta promovieron un papel más comprometido del Estado en el desarrollo, mismo que se tradujo en la creación de estructuras y programas puntuales de asistencia y protección, pero no en la extensión de los derechos sociales a la mayoría de la población. Sin embargo, se puede decir que en los noventa se introdujeron múltiples reestructuraciones en las contadas instituciones de bienestar que, mal que bien, se habían consolidado durante la

segunda mitad del siglo XX. En particular, la llamada “modernización institucional” del sector salud significó el desmonte de las ya de por sí insuficientes estructuras públicas, creando las condiciones para el posicionamiento del sector privado en el sector de la salud pública.

La contienda por la salud antes de la reforma de los noventa

El Sistema Nacional de Salud (SNS), creado en 1975 y reformado a principios de los noventa, se caracterizó por cierto consenso alrededor de la importancia de las políticas de salud para el desarrollo. El ‘pacto’¹¹⁸ que reguló las interacciones en este período se basó en el principio de que era responsabilidad del Estado coordinar el financiamiento y la administración de los servicios de salud mediante subsidios a la oferta y el suministro de programas de asistencia pública. El SNS se desarrolló al vaivén del régimen bipartidista conocido como “Frente Nacional” (1958- 1986). Éste se caracterizó por la cooptación de las organizaciones obreras y comunitarias, y por la represión de todas las expresiones populares que fueran en contra de las políticas instauradas por las élites en el poder (Archila, 2002; Hartlyn, 1993). En este período, las directrices gubernamentales para la salud buscaron responder a las tendencias internacionales promovidas por organismos como la OMS-OPS, y a las presiones de los grupos de interés con capacidad de incidencia en el régimen.

La dinámica política del SNS estuvo marcada por las actuaciones de los médicos del sector privado, los salubristas, los sindicatos, la jerarquía eclesiástica vinculada a las beneficencias privadas, los gremios de industriales y comerciantes, y los ministerios de Salud y Trabajo. Generalmente, el poder de las decisiones estuvo concentrado en la clase política tradicional (representada por los conservadores y los liberales), la cual se aliaba estratégicamente con los grupos económicos poderosos

¹¹⁸ La noción de ‘pacto’ se entiende aquí como acuerdos no explícitos conformados por las imposiciones hechas desde arriba que acepta tácitamente el grueso de la población (Brachet-Márquez, 1996; 2007b).

para mantener el control sobre los recursos, mientras que los grupos sociales organizados generalmente fueron cooptados mediante intercambios clientelistas. Las centrales obreras y algunos movimientos cívicos regularmente acudían a las huelgas y a coaliciones con algunas facciones partidarias (especialmente liberales) ya sea para que el gobierno respetara los pactos colectivos, o para detener o desviar las reestructuraciones, lo que no significaba que en todas las oportunidades hubieran influido en las decisiones o pudieran cambiar el rumbo de las transformaciones.

Las pugnas entre estos grupos de interés fueron determinantes para el fracaso de los intentos por integrar las tres formas de atención consolidadas durante la primera mitad del siglo XX: una pública para los pobres, otra basada en la seguridad social para los trabajadores, y otra privada para quienes tenían la capacidad de pagar servicios particulares.

¿En qué se centro la contienda por la salud a partir de los noventa?

La antesala de los cambios estructurales que iba a sufrir el sector salud de Colombia fue la aprobación del reordenamiento administrativo y financiero del sistema de salud mediante la descentralización del subsector público (Ley 10 de 1990). Esta medida que (en teoría) buscaba fortalecer el papel del Estado delegó en las entidades territoriales la dirección y prestación de los servicios. No obstante, este intento por resolver los problemas del SNS no incidió para que se resolviera la fragmentación del sector ni para que mejoraran la cobertura y la calidad de los servicios. Cuando se aprobó la descentralización, era evidente la pérdida de legitimidad de organismos internacionales tradicionales como la OMS–OPS y la creciente actividad del BM en el campo de la salud (Almeida, 2006). Estas primeras transformaciones coincidieron con la introducción de una oleada de macro-reformas tanto en el campo político como económico. A principios de los noventa se formalizó la entrada de las medidas de

corte neoliberal, se inicio la apertura económica, la privatización de las empresas estatales y la flexibilización laboral.

El evento político más importante fue la promulgación de la Constitución de 1991. Por medio de este documento se pretendía devolver legitimidad a las instituciones, abrir la participación política a terceras fuerzas y crear mecanismos para controlar los episodios de violencia desatados desde los años ochenta por los distintos grupos armados y el narcotráfico. Estos cambios, a la vez que significaban una apertura hacia la democratización, también introdujeron artículos que, en el caso específico de la salud, sirvieron para reforzar la presencia de de la iniciativa privada. Esta tensión entre un proyecto que abogaba por una acción más decidida del Estado en las políticas sociales y otro que buscaba reducir el “proteccionismo” mediante la incorporación de la lógica de mercado, estuvo presente durante todo el proceso de transformaciones, y se evidenció en las divisiones y pugnas entre los grupos de interés. En las distintas etapas de la contienda analizada fueron notorios los desacuerdos entre quienes abogaban por la necesidad de impulsar un sistema público universal y los que defendían el aseguramiento individual y la introducción de la libre competencia. Desde sus inicios, entonces, la reforma tuvo múltiples defensores y detractores.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) creado en 1993 hizo parte de la “modernización institucional” que se proclamó. Se argumentó que esta nueva estructura buscaba la integración y la garantía de servicios de salud para toda la población. El modelo se basaba en el principio de competencia regulada entre instituciones públicas y privadas, así como en la lógica del aseguramiento para el acceso a los servicios, bien mediante el régimen contributivo para los trabajadores o el régimen subsidiado para los más pobres. También se reorganizaron las funciones del Ministerio de Salud que ya no concentraría los recursos económicos sino que se encargaría de direccionar las políticas y regular el sistema junto con la Superintendencia de Salud y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS).

Con los cambios surgieron nuevos actores como las aseguradoras (EPS y ARS), las prestadoras de servicios (IPS), y se crearon instancia de ‘concertación’ como el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. También se consolidaron iniciativas gremiales privadas como la Asociación de Aseguradoras Privadas ACEMI y la Asociación de Hospitales y Clínicas (ACHC). Además surgieron alianzas como la de la Federación de Municipios, a la vez que se reactivaron algunos grupos sociales tradicionales como los sindicatos, las asociaciones de profesionales de salud y de médicos, y surgieron otras iniciativas como las asociaciones y federaciones de usuarios, las organizaciones indígenas (que ya existían pero su protagonismo en los espacios de salud se dio especialmente durante los noventa), los movimientos de izquierda y el Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social. Estos últimos aportaron nuevos repertorios de acción a las fuerzas opositoras al modelo de salud hegemónico. Otras instancias de protección a los derechos fundamentales como la Corte Constitucional y la Defensoría del Pueblo también jugaron un papel muy importante en la contienda por y en contra de la reforma.

Aunque se dijo que uno de los fines de la Ley 100/93 era racionalizar los gastos del sector, en la realidad los recursos destinados a este campo aumentaron. Sin embargo, esto se reflejó menos en mejoras sustanciales de los servicios que en el incremento de los costos administrativos de las aseguradoras. Según el informe de la OMS *Sobre la Salud en el Mundo* (2000), el gasto nacional pasó de 6.3% del PIB en 1994 a 9.3% en el año 2000. En este mismo informe, el caso colombiano ocupó el primer lugar en equidad financiera, aspecto que fue fuertemente criticado por distintos estudiosos de la reforma (Hernández, 2002b; González, 2001; Ahumada, 2002). Éstos argumentaron que el indicador usado para dicha evaluación informaba sobre aspectos relacionados con el aseguramiento -- mismo que no puede entenderse como sinónimo de acceso-- y no sobre equidad. En general, muchos han exaltado la reforma colombiana y la han tomado como “experiencia modelo” debido a que, indudablemente, su contenido prometía mucho más de lo que podía cumplir. En este sentido, es indispensable analizar el proceso de implementación como lo hace este

trabajo, porque sólo así es posible descubrir e identificar las contradicciones entre lo que se formula y lo que se hace.

Es bien conocido que en este proceso de reformas los organismos internacionales ejercieron presión desde finales de los ochenta para que los países latinoamericanos hicieran recortes presupuestales y modificaciones en la provisión de los servicios de salud (BM, 1987). Sin embargo, 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 élites en el poder las que permitieron que se introdujera la agenda de reformas promovida por estos entes financiadores de una manera efectiva y contundente. En este sentido, en el trabajo se pudo mostrar como algunos presidentes de la república, como Cesar Gaviria y Álvaro Uribe, actuaron como voceros y promotores de los intereses de estas instancias, que a su vez casi siempre coincidieron con los propósitos de las aseguradoras y prestadoras privadas. Así mismo, en allanar este camino fueron claves otros personajes como el ex – Ministro de Salud Juan Luis Londoño (principal gestor de la Ley 100/93), quien representó claramente la adherencia del Estado a las medidas de corte neoliberal en la reforma del sector salud.

A pesar de los propósitos de democratización e inclusión de más amplios grupos sociales en la participación política enunciados en la Constitución de 1991, los ganadores de este proceso de reformas fueron los grupos económicos poderosos que casi siempre tuvieron al Ejecutivo como su aliado y vocero. Esta instancia actuó como un órgano desvinculado de los intereses generales, y como representante de los intereses multilaterales y privados. 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 en el caso de 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.

Durante los distintos momentos de diseño, implementación y modificaciones de la Ley 100/93, los actores del sector no siempre fueron sido los mismos, e incluso los que permanecieron en la arena política no siempre ocuparon el mismo lugar. En la primera etapa, las discusiones tuvieron una presencia muy importante tanto del Ejecutivo y del equipo técnico de reformadores como de la Comisión Séptima del Congreso. Durante la implementación, los protagonistas fueron los distintos grupos de interés. Finalmente, en el momento de los ajustes promovidos desde el 2004, todos volvieron a los escenarios de discusión para medir fuerzas y tratar de incidir en los resultados finales.

Lo que queda claro después de este análisis es que sí hubo un proceso de movilización de los actores sociales a pesar de todos los esfuerzos de los reformadores para impedirlo. Tal vez algunos opinen que éste fue incipiente o muy fragmentado; sin embargo, no pueden soslayarse otras razones de mayor peso para su escaso impacto sobre las decisiones de salud como la violencia ejercida por los actores armados contra los líderes sociales, la deslegitimación del régimen a cualquier forma de movilización social que cuestionara las políticas promovidas desde el Estado, la constante utilización de las crisis de orden público por parte de los gobernantes para desviar la atención de las reformas sociales, y el desbalance de poder a la hora de movilizar recursos. En este mismo sentido, es posible que la percepción entre los distintos sectores opositores sea más de continuidades que de rupturas, porque a pesar de su permanencia en los debates y de las múltiples estrategias que desarrollaron para influir en las decisiones, no lograron grandes alteraciones al modelo de mercado. Aunque esta posición puede apoyarse en argumentos como la continuación de la lógica clientelista y patrimonial heredada del

régimen bipartidista, también se tiene que reconocer que se generaron dinámicas sociales novedosas, y que la salud se volvió un tema importante tanto para los grupos sociales organizados como para los partidos de oposición, quienes además le dieron un contenido diferente, al entenderla y defenderla como derecho humano fundamental, y no como sinónimo de aseguramiento o de mercancía.

Otro aspecto en el que fue decisiva la presión ejercida por los grupos opositores fue la posibilidad de evitar que se llegara al nivel de privatización alcanzado en Chile en los ochenta, como había sido la intención inicial del Presidente Gaviria. En el mediano plazo, además, estas alianzas organizativas pueden tener la fuerza suficiente para lograr en el futuro que se incluyan sus demandas.

Al final de esta contienda, tanto la red pública de servicios hospitalarios como el ISS se encontraron reducidos a su mínima expresión. En el caso del ISS, el anuncio de su liquidación en agosto de 2006 por el Presidente Uribe concretaba una intención anunciada desde principios de los noventa. Existen, por consiguiente, motivos para creer que para esta institución existió una agenda oculta. Aunque eran innegables los problemas de corrupción y centralismo a su interior, el análisis presente demostró que la crisis más grave fue provocada por los incumplimientos en los aportes financieros del gobierno y por la fragmentación institucional llevada a cabo en 2001. Se debe también a que además, las entidades encargadas de la vigilancia y control del sistema, como la SUPERSALUD, se dedicaron a desprestigiar la institución con informes que divulgaban las ineficiencias de dicho organismo pero no las responsabilidades estatales por esta situación. Adicionalmente, estos informes generalmente no mencionaban que el ISS era casi el único organismo que se encargaba de atender las enfermedades de alto costo, debido a que las aseguradoras privadas normalmente se negaban a cubrir a los pacientes con enfermedades crónicas. En el caso de la liquidación y cierre de hospitales públicos, aunque pudiera no haber habido una agenda oculta detrás de los retrasos en las transferencias financieras, sin embargo no todos las clausuras efectuados a lo largo de estos años fueron causadas por excesos en la carga laboral o por las dificultades para hacer la transición hacia empresas

autónomas, que eran los argumentos utilizados por el gobierno para explicar la crisis hospitalaria. Además de los problemas de transferencia de recursos, en estos casos se sumaron también factores como la corrupción y la intromisión de los actores armados -- especialmente las fuerzas paramilitares-- en la lucha por los recursos del régimen subsidiado.

Este estudio ha argumentado que el neoliberalismo introducido en Colombia en los noventa ha sido sobre todo una corriente ideológica y no una perspectiva científica, como se quiso presentar en sus inicios. Para los integrantes de esta corriente, todo se valía para obstaculizar la acción de los opositores que eran constantemente desacreditados y responsabilizados de desviar el modelo original. Detrás del neoliberalismo estaban los intereses del capital que favorecieron básicamente a los gremios privados de la salud, que por demás tienen poco interés en la atención a los pobres, porque asumen que es tarea fundamental del Estado.

Al final de este largo y tortuoso proceso político, los niveles de fragmentación y las inequidades en salud tampoco cambiaron; al contrario se aumentaron. Tanto la estrategia de focalización (SISBEN) como los planes de servicios mantuvieron las diferencias entre contributivos, subsidiados y los irónicamente llamados “vinculados”, cubriendo menos servicios y de menor calidad para los dos últimos, que por supuesto hacían parte de la población con menores ingresos.

¿En qué la teoría pudo guiar la investigación?

Tomar la opción de reconstruir desde una perspectiva relacional el proceso de contienda centrado en las reformas del sector salud permitió, en primer lugar, avanzar en el conocimiento de las acciones emprendidas por unos y otros contrincantes mediante un estudio de caso a profundidad, y no únicamente a partir de la evaluación de resultados o mediante una investigación dirigida a mejorar la factibilidad política de la reforma. Esta comprensión se hizo posible mediante la indagación exhaustiva de

las interacciones que se tejieron cotidianamente alrededor de los cambios propuestos por el gobierno. En segundo lugar, concebir a la política de salud como un conjunto de relaciones conflictivas permitió desentrañar el curso de las transformaciones. En la medida en que la dinámica de la contienda por las reformas avanzaba, fue palpable la mezcla de estrategias “contenidas” y “transgresivas” por parte de los actores. Por ejemplo, en los primeros niveles de presión, era común que los grupos de interés acudieran a los acuerdos con los gobiernos de turno, hicieran alianzas con grupos políticos y divulgaran comunicados y denuncias. Sin embargo, cuando empezó a ser explícito el interés del Ejecutivo y de los grupos privados, se incrementaron las alianzas inter-organizativas, los paros, la toma de espacios públicos y los actos de violencia por parte de grupos con intereses directos en los recursos, como los paramilitares. Por tanto, se pudo probar que la contienda contenida y la transgresiva estuvieron profundamente interrelacionadas en la acción política, tal como lo plantearon McAdam, Tarrow y Tilly (2005).

Otro asunto que resaltó claramente en este análisis, es que los actores no pueden ser interpretados como entidades con límites precisos, sino que sufren cambios en el proceso que implican movimientos en las posiciones ocupadas, entradas y salidas de los escenarios, o apariciones coyunturales en los debates. Un ejemplo de esto fue la movilidad de personajes en cargos clave entre instituciones como ACEMI y los ministerios de Salud y Hacienda o incluso organismos internacionales como el BID y el BM. También fue el caso de académicos que pasaron de liderar propuestas de oposición al modelo gubernamental de reforma a integrarse como funcionarios de alguna instancia estatal y de consultores que se aliaron con distintos grupos en las etapas analizadas. También hubo directivos sindicales y sociales que posteriormente se volvieron parlamentarios.

Un aspecto en el que se encontraron diferencias con los planteamientos del análisis relacional fue la hipótesis manejada por los autores según la cual a pesar de la variedad de escenarios, secuencias y combinaciones, los mecanismos de acción de los actores son recurrentes en cualquier lugar y tiempo. Lo que cambia, en la opinión de

estos estudiosos del cambio social, son las trayectorias y los resultados de los episodios (McAdam, Tarrow y Tilly, 2005: 29). Este análisis, al contrario muestra que existen una gran cantidad de mecanismos, algunos de los cuales son recurrentes pero otros van apareciendo o se modifican de acuerdo con la intensidad de los episodios de contienda y las condiciones del contexto. Por ejemplo, la estrategia de presentar proyectos de ley en el intento de incidir en el sector fue usada especialmente desde mediados de los noventa por los grupos sociales organizados, pero empezó a abandonarse a partir del 2006, debido a que no tuvo la efectividad esperada. Así mismo, con las reformas laborales, la violencia paramilitar contra líderes sociales y la instauración de un régimen político con tendencias autoritarias, las huelgas de los trabajadores del sector perdieron poder de convocatoria y de presión, y las denuncias públicas sobre la corrupción en el manejo de los recursos de la salud se vieron acalladas por el miedo a la violencia.

Otro punto que difiere de los planteamientos de McAdam, Tarrow y Tilly (2005) es que, según los hallazgos de la contienda estudiada, el Estado no fue un actor cualquier con intereses propios, sino uno que se alió con y vigiló por los intereses de grupos económicos poderosos en la conformación y consolidación de un nuevo ‘pacto’ que de facto (más no en el discurso) iba en detrimento de los intereses de las clases subalternas que, por falta de recursos suficientes, dependían de los servicios de salud pública. En la medida que la fase de implementación revela una mayor desigualdad ante los gastos de salud, puede argumentarse que estas políticas sirvieron de vehículo para instalar un orden social y político menos redistributivo (Brachet-Márquez, 2007b), muy a pesar de la democratización en los procedimientos electorales. Por lo tanto, existe una tensión entre la restricción de facto de los servicios por un lado, y las promesas de más igualdad en la democracia por otra.

Finalmente, el enfoque relacional permitió introducir nuevas dimensiones en la medida en que trasciende las opciones centradas en el determinismo estructural o en el individualismo metodológico, y se detiene en la observación de la dinámica de la contienda política. Aún cuando existen un sinnúmero de estudios sobre reformas a

la salud en América Latina, las dimensiones aquí propuestas pueden contribuir a análisis novedosos. Más allá de insistir en la identificación de los efectos y ventajas de los diseños implementados, o en el cumplimiento (o no) de los objetivos de las reformas, se indaga por la forma en que el proceso interactivo influyó en el contenido de las nuevas políticas y por ende, en los resultados finales.

¿Cuáles son las perspectivas futuras?

Algunos episodios que sucedieron en el último semestre de 2008 mientras se terminaba de redactar esta tesis dieron cuenta de las dificultades que permanecieron en el sistema de salud colombiano a pesar de las modificaciones introducidas con la Ley 1122. En agosto de este año ocurrió un hecho sin precedentes en el sector: la Corte Constitucional expidió una sentencia (T-760 de 2008) que busca intervenir en los problemas que el Ejecutivo ha justificado recurrentemente y en los que se ha negado a intervenir. Ya se ha mencionado anteriormente que la Corte es un organismo judicial independiente, y que desde el momento de implementación de la reforma ha tenido un papel determinante en la protección del derecho a la salud y la seguridad social. La decisión de esta instancia estuvo motivada por el crecimiento excepcional de las acciones legales (tutelas) instauradas por los ciudadanos en contra de las autoridades sanitarias. Según datos de un informe publicado por el periódico *El Tiempo*, éstas habían alcanzado casi 90,000 al año (*El Tiempo*, 23/10/08). La Corte también tuvo en cuenta la inequidad en los planes de beneficios, el incumplimiento de la meta de cobertura universal, las fallas en la regulación y la situación financiera que seguían presentando muchos hospitales. Además, se argumentó que estas carencias no tenían que ver necesariamente con la falta de recursos y se recomendó que antes de asignar nuevos presupuestos era necesario aclarar, por ejemplo, qué porcentaje de los fondos asignados se gastaba en la atención a los usuarios, cuanto se quedaba en manos de los intermediarios, y cuantos recursos se perdían por corrupción. Según la sentencia, todos los colombianos tienen derecho a la salud; por tanto, se debe

garantizar cobertura total a toda la población para el 2010, y se deben acabar las diferencias en los planes de beneficios.

Es difícil saber cuál será el desenlace de esta nueva etapa. Pero, por lo menos, revive la esperanza de que, a pesar de la insistencia de los organismos de poder para favorecer intereses particulares por encima de los públicos, siempre existe un límite más allá del cual el 'pacto' impuesto desde arriba dejará de ser viable. En otro nivel, esta sentencia, por supuesto, agudizó la polémica entre los defensores y los detractores del modelo. Estos de nuevo volvieron a la escena pública, y están a la expectativa de lo que pueda pasar. En otras palabras, la contienda no ha terminado aún, sino que sigue en pie, y no son predecibles los desarrollos futuros que dependerán de los nuevos equilibrios entre las fuerzas que interactúen para modificar los acuerdos anteriores.

ANEXOS

ANEXO 1:

CATEGORÍAS, VARIABLES E INDICADORES

Categorías	Variables	Indicadores
Características del contexto	Episodios nacionales	-episodios de violencia - coyunturas económicas - políticas del régimen - cambios en el régimen
	Parámetros internacionales en salud	OPS-OMS Punta del Este Alma Ata Banco Mundial BID FMI
Argumentos de los actores	Para defender el sistema	Académico
		Sindical
		Gubernamental
		Asociaciones profesionales
		Sector Privado
		Partido político
		Cooperación Internacional
		Organizaciones sociales
	Para oponerse al sistema	Académico
		Sindical
		Gubernamental
		Asociaciones profesionales
		Sector Privado
		Partido político
Cooperación Internacional		
Organizaciones Sociales		

Categorías	Variables	Indicadores
Opiniones de los actores	Sobre el sistema de salud (antes y después de los noventa)	Académico
		Sindical
		Gubernamental
		Asociaciones profesionales
		Sector Privado
		Partido político
		Cooperación Internacional
		Organizaciones Sociales
	Sobre el proceso de cambios	Académico
		Sindical
		Gubernamental
		Asociaciones profesionales
		Sector Privado
		Partido político
		Cooperación Internacional
		Organizaciones Sociales
	Sobre el sistema político	Académico
		Sindical
		Gubernamental
		Asociaciones profesionales
		Sector Privado
		Partido político
		Cooperación Internacional
		Organizaciones Sociales
	Sobre los resultados de las reformas	Académico
		Sindical
		Gubernamental
		Asociaciones profesionales
Sector Privado		
Partido político		
Cooperación Internacional		
Organizaciones Sociales		

Categorías	Variables	Indicadores
Estrategias de presión de los actores sociales	Huelgas	Académico Sindical Gubernamental Asociaciones profesionales Sector Privado Partido político Cooperación Internacional Organizaciones Sociales
	Alianzas	Académico Sindical Gubernamental Asociaciones profesionales Sector Privado Partido político Cooperación Internacional Organizaciones Sociales
	Comunicados y denuncias públicas	Académico Sindical Gubernamental Asociaciones profesionales Sector Privado Partido político Cooperación Internacional Organizaciones Sociales
	Pliego de petición	Académico Sindical Gubernamental Asociaciones profesionales Sector Privado Partido político Cooperación Internacional Organizaciones Sociales
	Otros	Académico Sindical Gubernamental Asociaciones profesionales Sector Privado Partido político Cooperación Internacional Organizaciones Sociales

Categorías	Variables	Indicadores
Estrategias de participación formal ¹¹⁹	Formulación y gestión de proyectos de Ley	Académico
		Sindical
		Gubernamental
		Asociaciones profesionales
		Sector Privado
		Partido político
		Cooperación Internacional
		Organizaciones Sociales
	Acción de Tutela	Académico
		Sindical
		Gubernamental
		Asociaciones profesionales
		Sector Privado
		Partido político
		Cooperación Internacional
		Organizaciones Sociales
	Veeduría	Académico
		Sindical
		Gubernamental
		Asociaciones profesionales
		Sector Privado
		Partido político
		Cooperación Internacional
		Organizaciones Sociales

¹¹⁹ La constitución colombiana de 1991 consagró la participación ciudadana como un derecho y creó distintas instancias para darle cumplimiento. La acción de tutela es un mecanismo jurídico para la exigencia de derechos individuales. Las veedurías están conformadas por organizaciones de ciudadanos para fiscalizar la prestación de servicios públicos locales.

Categorías	Variables	Indicadores
Propuestas de los actores	Quitar	Académico
		Sindical
		Gubernamental
		Asociaciones profesionales
		Sector Privado
		Partido político
		Cooperación Internacional
		Organizaciones Sociales
	Agregar	Académico
		Sindical
		Gubernamental
		Asociaciones profesionales
		Sector Privado
		Partido político
		Cooperación Internacional
		Organizaciones Sociales
	Reformular	Académico
		Sindical
		Gubernamental
		Asociaciones profesionales
		Sector Privado
		Partido político
		Cooperación Internacional
		Organizaciones Sociales

ANEXO 2:

LISTADO DE PERSONAS ENTREVISTADAS

Nombre del Entrevistado y Fecha de la Entrevista	Sector y o Institución
Saúl Franco Fecha: Julio 1 – 05 en Bogotá	Director del doctorado en salud pública en la Universidad Nacional de Colombia. Fundador del Movimiento por el Derecho a la Salud. Investigador en el tema de salud y violencia en Colombia.
Mario Hernández Fecha: Junio 1-05 en Bogotá	Secretario Distrital de Salud de Bogotá Miembro del Movimiento Nacional por la Salud Investigador de la historia de la salud en Colombia.
Natalia Paredes en Bogotá Fecha: Junio 16 – 05	Investigadora del Centro de Investigaciones para la Educación Popular –CINEP-. Tema: derecho a la salud. Miembro del Movimiento Nacional por la Salud.
Mauricio Torres Fecha: Entrevista 1: Junio 15-05 (Bogotá) Entrevista 2: Noviembre 9-06 (México D.F.)	Entrevista 1: Asesor de la Secretaria Distrital de Bogotá Entrevista 2: Miembro del Movimiento Nacional por la Salud (cuando se hace esta entrevista ya no es parte del gobierno de Bogotá)
Yesid Camacho Fecha: Junio 14 – 05 en Bogotá	Presidente de la Asociación de Clínicas y Hospitales –ANTHOC-.
Camilo González Posso Fecha: Junio 17 - 05 en Bogotá	Ex ministro de Salud (1990 – 1991). Representante del movimiento M19.
Nelcy Paredes Fecha: Junio 23 – 05 en Bogotá	Vicepresidenta de Asociación de Promotoras Privadas de Servicios de Salud, exintegrante del Ministerio de Salud durante la administración de Juan Luis Londoño., asesora de la reforma (1993).
Iván Jaramillo Pérez Junio 20 – 05 en Bogotá	Asesor del gobierno para las reformas de los noventa, autor de diversos libros sobre salud y reformas en Colombia. Consultor del Ministerio de Salud, OPS, OMS para el diseño de la descentralización y la reforma de la seguridad social en América Latina
Oscar Lara Fecha: Junio 23 – 05 en Bogotá	Asesor de Sintraseguridadsocial
Beatriz Carvalo Fecha: Junio 20- 05 en Bogotá	Presidenta de la Asociación de Enfermeras de Colombia.
Luis Estupiñán Junio 27 – 05 en Bogotá	Presidente de la Federación de Usuarios de los Hospitales Públicos – Faosalud-
Antonio Yepes Parra Junio 29 -05 en Bogotá	Director de la comisión constitucional para la salud en 1991. Miembro del partido liberal, coordinador de comisiones de discusión para reforma de la ley 100 (1993), ex ministro de salud y exdirector del Instituto Colombiano de Seguros Sociales.
Miriam Arenas Fecha: Junio 29 – 05 en Bogotá	Directora de régimen subsidiado de EPS (privada) Salud Total.
Jairo Humberto Restrepo Zea Fecha: Agosto 22 - 05 en Medellín	Profesor Facultad de Economía Universidad de Antioquia Director del Grupo de Investigación Economía de la Salud
Rubén Darío Gómez Fecha: Julio 22 – 05 en Medellín	Profesor de Facultad de Salud Pública. Universidad de Antioquia. Director del grupo de investigación epidemiología y salud en Colombia.
Milton Guzmán Mayo 27 – 05 en Bogotá	Representante regional de la OPS (Cali) para las comunidades indígenas.
Álvaro Franco Fecha: Agosto 12 – 05 en Medellín	Profesor Facultad de Salud Pública. Universidad de Antioquia. Director del grupo de gestión de políticas públicas y salud en Colombia
Esperanza Echeverri Junio 29-07 en México D.F.	Profesora Facultad de Salud Pública. Universidad de Antioquia. Experta en temas de reforma al sistema de salud en Colombia.

ANEXO 3:
BREVE CRONOLOGÍA HISTÓRICA DE COLOMBIA

- 1886: Promulgación de la Constitución de 1886 que abolió el federalismo y creó un Estado unitario que centralizó la administración de los aspectos económicos y sociales.
- 1899: Estalla guerra civil entre partidos liberal y conservador: “guerra de los Mil Días”
- 1902: Rendición de los ejércitos liberales. Finaliza la guerra de los mil días con la victoria de los conservadores.
- 1904: Gana las elecciones el general Rafael Reyes, con quien comienza el período conocido como "Hegemonía conservadora" (1904-1930). Su gobierno se caracterizó por instaurar medidas progresistas en materia económica y por una fuerte represión de la libertad de prensa y la protesta social.
- 1905: Reyes clausura el Congreso y convoca una asamblea nacional para reformar la Constitución
- 1906: Atentado contra el presidente Reyes quien sale ileso e instaura régimen dictatorial
- 1909: Se realizan manifestaciones lideradas por alianza de liberales y conservadores contra el gobierno de Reyes, logran que este último abandone el poder
- 1910: Carlos E. Restrepo es elegido Presidente
Se prohíbe la participación de los militares en política
Reforma constitucional que aprueba el Estado de Sitio
Intensificación de acciones represivas del gobierno
- 1918: Es elegido en la presidencia el conservador Marco Fidel Suárez
Auge de huelgas y manifestaciones obreras (trabajadores portuarios, braceros, ferroviarios)
- 1920: Se inicia expansión de la producción cafetera
Crecimiento de sectores textiles, bananeros y petroleros
Huelgas en la industria artesanal y portuaria
Fortalecimiento de la clase dirigente urbana
- 1922: El conservador Pedro Nel Ospina asume la presidencia

- 1924: Creación del Partido Socialista Revolucionario (PSR)
- 1926: El conservador Miguel Abadía Méndez es elegido presidente
- 1927: Matanza de trabajadores bananeros en Santa Marta durante huelga contra la United Fruit Company
- 1930: Gana las elecciones el liberal Enrique Olaya Herrera dando inicio al período conocido como “República Liberal”
Crecimiento de la producción textil
El PSR se convierte en el Partido Comunista Colombiano
- 1934: Gana las elecciones el liberal Alfonso López Pumarejo con la más alta votación registrada hasta entonces
Se introducen reformas constitucionales que enfatizan los aspectos de la protección social y laboral. Se formaliza el derecho a la huelga
Creación de la primera Confederación de Trabajadores de Colombia (CTC)
- 1938: El liberal Eduardo Santos es elegido presidente sin oposición (los conservadores no tuvieron candidato)
- 1942: Alfonso López Pumarejo es reelegido presidente
- 1945: Intento de golpe de Estado
Crisis institucional que llevó a la renuncia de López Pumarejo
El liberal Alberto Lleras Camargo termina período presidencial
División de los liberales para las elecciones de 1946, surgen dos candidatos: Jorge E. Gaitán y Gabriel Turbay. La división liberal permite el triunfo del conservador Mariano Ospina Pérez
Jorge E. Gaitán se consolida como jefe único del partido liberal
- 1946: Fin de la “República Liberal”
- 1948: Asesinato de líder liberal Jorge Eliécer Gaitán (9 de abril)
Levantamiento popular por el asesinato del líder liberal conocido como “El Bogotazo”.
- 1949: Expansión de violencia política entre liberales y conservadores
El presidente Ospina ordena el cierre del congreso, decreta estado de sitio y censura de prensa para todo el país
Se cierran asambleas y consejos y se dan facultades dictatoriales a gobernadores y alcaldes
Los liberales proclaman la abstención electoral y se retiran de la contienda por la presidencia

El conservador Laureano Gómez es elegido presidente sin opositor (no participó el partido liberal)
Los liberales se niegan a reconocer a Gómez como gobernante legítimo
Intensificación de violencia entre partidos

- 1950: Surgen guerrillas liberales en los llanos orientales
Crecimiento de la producción industrial y de las inversiones extranjeras
Fortalecimiento de la industria nacional
Se propaga la violencia entre liberales y conservadores
- 1953: Golpe militar de general Gustavo Rojas Pinilla con apoyo de los partidos tradicionales
Se ofrece amnistía a las guerrillas liberales
- 1957: Gustavo Rojas renuncia a la presidencia y huye del país
Una junta transitoria de 5 militares se encarga de la presidencia
Comienza pacto entre liberales y conservadores que se oponen a la dictadura de Rojas (Frente Nacional)
Se reforma la constitución y se hace plebiscito para legitimar alianza partidista
- 1958: El liberal Alberto Lleras Camargo es elegido primer presidente del Frente Nacional
Reforma constitucional para ampliar el período del Frente Nacional de 12 a 16 años
Se reinstala el Congreso Nacional después de 9 años de receso
Rojas regresa al país y crea el partido populista Alianza Nacional Popular (ANAPO) con el fin de oponerse al régimen del Frente Nacional
Se fortalece el clientelismo como mecanismo político
- 1960: Reforma constitucional
- 1962: El conservador Guillermo León Valencia es elegido presidente
- 1964: Surgimiento de grupos guerrilleros de izquierda (FARC, ELN)
Implementación de la “Alianza para el Progreso”
Creación de la Confederación Sindical de Trabajadores de Colombia (CSTC)
- 1965: Auge de la sustitución de importaciones
- 1966: El liberal Carlos Lleras Restrepo es elegido tercer presidente del Frente Nacional
- 1968: Reforma constitucional que establece mecanismos para iniciar esmantelamiento del Frente Nacional

- 1970: Asume la presidencia el conservador Misael Pastrana Borrero
- 1971: La represión se focaliza en las clases populares, los grupos de oposición al gobierno y los movimientos estudiantiles
- 1973: Surge el grupo guerrillero M19
- 1974: El liberal Alfonso López Michelsen es elegido presidente
- 1977: Paro Cívico Nacional de trabajadores que presionaban por reformas laborales y económicas
- 1978: El liberal Julio Cesar Turbay gana las elecciones
- 1979: Robo de armas por comando del grupo guerrillero M19 a instalación militar en Bogotá
Inicia período de recesión industrial
Reformas constitucionales que establecen “Estatuto de Seguridad” para controlar la insurgencia
- 1980: Se afianzan carteles del narcotráfico en Medellín y Cali
Incrementa presencia de grupos paramilitares que actúan aliados con el narcotráfico
- 1982: Surge figura del liberal Luis Carlos Galán que representaba el deseo de cambios en la clase política, crea movimiento Nuevo Liberalismo
Es elegido presidente el conservador Belisario Betancur
Acuerdo de paz con grupos guerrilleros (ELN, EPL, FARC y EPL), se firma una tregua de 3 años
Se generalizan manifestaciones cívicas de pobladores de distintos municipios del país que demandan mejorar servicios públicos
- 1984: Reforma constitucional que establece la votación popular para la elección de alcaldes y gobernadores
- 1985: El movimiento M19 toma el Palacio de Justicia con el objetivo de celebrar un juicio político contra el presidente Betancur por el incumplimiento de los acuerdos de paz. Aunque los militares recuperan el edificio, en los enfrentamientos mueren tanto magistrados como guerrilleros
- Las FARC crean el movimiento político Unión Patriótica como parte de la reincorporación a la vida civil
- 1986: El liberal Virgilio Barco es elegido como presidente

Gobierno declara la guerra al narcotráfico
Comienza oleada de violencia conocida como “narcoviencia”
Formación de la Central Unitaria de Trabajadores CUT
Inician políticas de apertura económica

1987: Es asesinado el candidato de la Unión Patriótica Jaime Pardo Leal

1989: El narcotráfico desata oleada terrorista en las principales ciudades del país
Asesinato del candidato liberal Luis Carlos Galán
El presidente Barco intensifica la ofensiva contra el narcotráfico
Desmovilización del grupo guerrillero M19
Crisis de legitimidad de partidos tradicionales

1990: Se fortalece la descentralización política, administrativa y fiscal
El movimiento guerrillero M19 entregó las armas y se reinsertó a la vida civil
Asesinato de candidato presidencial del movimiento M19 Carlos Pizarro
Convocatoria y elección popular de Asamblea Constituyente
El liberal Cesar Gaviria es elegido presidente

1991: Se redacta una nueva constitución que reemplaza la le 1886 (Constitución de 1991) en ella se declara a Colombia como un Estado social de derecho
Se fortalecen las leyes de descentralización
Se introduce segunda vuelta para elecciones
Por primera vez los indígenas llegan al congreso con una circunscripción propia
Creación de Corte Constitucional
Desmovilización del Ejército Popular de Liberación (EPL)
Grupos guerrilleros de las FARC y el ELN aumentan acciones subversivas
Se instauran las bases para la apertura económica

1994: El liberal Ernesto Samper es elegido presidente

1995: El presidente Samper es acusado de recibir dineros del narcotráfico durante su campaña
La oposición pide la renuncia del presidente y convoca un juicio político

1996: La cámara absuelve al presidente Samper

1998: El conservador Andrés Pastrana es elegido presidente
El gobierno inicia proceso de dialogo con la guerrilla de las FARC

1999: Incremento de violencia paramilitar

- 2000: Se intensifican masacres de grupos paramilitares contra poblaciones rurales y líderes sociales
- 2002: Rompimiento de diálogos con guerrilla de las FARC. El gobierno determina un tiempo para que los guerrilleros despejen la zona
El liberal Álvaro Uribe es elegido presidente con el 53% de los votos (es el primer presidente en ganar las elecciones en la primera vuelta desde que se instauro esta medida en la constitución de 1991), tras presentarse como candidato independiente. Inicialmente Uribe había postulado su candidatura como representante del partido liberal al cual renunció tras argumentar falta de garantías para competir por la candidatura
El gobierno centra sus esfuerzos en derrotar militarmente a las FARC
Se inicia proceso de negociación con grupos paramilitares
- 2003: Se firma el acuerdo de Santa Fe de Ralito en el que se establecen las condiciones de negociación con los grupos paramilitares
Continúan las privatizaciones de empresas estatales
- 2004: El Congreso reforma la constitución para permitir reelección presidencial
- 2006: Uribe es reelegido presidente después de promover una reforma constitucional que permitiera la reelección inmediata

INDICE DE SIGLAS

ACEMI	Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral
ACHC	Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas
ANDI	Asociación Nacional de Industriales
ANEC	Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
ANTHOC	Asociación Nacional de Trabajadores y Hospitalarios
ARS	Administradoras del Régimen Subsidiado
ASCOFAME	Asociación Colombiana de Facultades de Medicina
ASMEDAS	Asociación Médica Sindical de Colombia
AUC	Autodefensas Unidad de Colombia
FARC	Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
CNSSS	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud
COSESAM	Corporación Colombiana de Secretarios Municipales y Distritales de Salud
CSTS	Confederación Sindical de Trabajadores de Colombia
CTC	Confederación de Trabajadores de Colombia
CUT	Central Unitaria de Trabajadores de Colombia de Colombia
DNP	Departamento Nacional de Planeación
ELN	Ejército de Liberación Nacional
EPS	Entidades Promotoras de Salud
ESES	Empresas Sociales del Estado
FECODE	Federación Colombiana de Educadores
FEDESARROLLO	Fundación para la Educación Superior y el Desarrollo
FENALCO	Federación Nacional de Comerciantes
FMC	Federación Médica Colombiana
FMI	Fondo Monetario Internacional

FNSG	Fondo Nacional de Solidaridad y Garantía
FOCOS	Fondo Territorial Colombia para la Salud
FOSYGA	Fondo de Solidaridad y Garantía
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios
ISS	Instituto de Seguros Sociales
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAB	Plan de Atención Básica
POS	Plan Obligatorio de Salud
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SINTRA ISS	Sindicato de Trabajadores del Instituto de Seguros Sociales
SISBEN	Sistema de Identificación de Beneficiarios
SNS	Sistema Nacional de Salud
SUPERSALUD	Superintendencia Nacional de Salud
UP	Unión Patriótica
UPC	Unidad de Pago por Capitación
UTC	Unión de Trabajadores de Colombia
PDA	Polo Democrático Alternativo

BIBLIOGRAFIA

Fuentes secundarias consultadas

ABBOT, ANDREW (1984), "Event Sequence and Event Duration: Colligation and Measurement," *Historical Methods*, vol. 17, núm. 4, pp. 192-204.

_____ (1990), "Conception of Time and Events in Social Science Methods", *Historical Methods*, vol. 23, núm. 4.

_____ (1992), "What do cases do?: some notes on activity in sociological analysis", in Ragin, Charles C. y Becker, Howard, *What is a Case: Exploring The Foundations of Social Inquiry*, Cambridge: Cambridge University Press.

_____ (2001), *Times Matters: On Theory and Method*, Chicago: The University of Chicago Press.

AGUDELO, CARLOS A. (1991), "Desarrollo del sistema de salud", en Ministerio de Salud (ed.), *Desarrollo del sistema de salud en Colombia*, serie debate núm. 1, Colombia: Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud.

_____ (1992), "Un nuevo sistema de salud: el reto del siglo XXI", en Cárdenas Miguel y Guillermo Olano (ed.), *Reforma de la Seguridad Social en Salud*, Colombia: Fescol, Fundación Friedrich Ebert y Fundación Restrepo Barco.

AHUMADA BELTRÁN, CONSUELO (2002), "La penuria de la salud pública", *Gerencia y políticas de salud*, vol. 1, núm. 003, pp. 47-56.

AKIN, JOHN, NANCY BIRDSALL Y DAVID FERRANTI (1987), *Financing Health Services in Developing Countries. An Agenda for Reform*, Washington: World Bank.

ALFORD, ROBERT Y ROGER FRIEDLAND (1985), *Powers of Theory: Capitalism, the State and Democracy*, Cambridge: Cambridge University Press.

ALMEIDA, CELIA (2002), "Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90", *Cad. Saúde Pública*, vol.18, no.4, p.905-925.

_____ (2005), "Reforma del sector salud y equidad en América Latina y el Caribe: conceptos, agenda, modelos y algunos resultados de implementación", *Gerencias y Políticas de Salud*, vol. 4, núm. 9, pp. 6-60.

- _____ (2006), “Reforma del sector salud en América Latina y el Caribe: el papel de los organismos internacionales al formular las agendas y al implementar las políticas”, en *Bienestar y Política Social*, vol. 2, núm. 1, pp. 135-175.
- ALONSO, GUILLERMO (2000), *Política y seguridad social en la Argentina de los 90*, Buenos Aires: Niño y Dávila Editores, FLACSO.
- _____ (2007), “La reforma del seguro social de salud argentino”, en Brachet-Márquez, Viviane (2007a), *Salud pública y regímenes de pensiones en la era neoliberal: Argentina, Brasil, Chile y México 1980 – 2000*, México: El Colegio de México.
- ALTHUSSER, LOUIS (1985), *Ideología y aparatos ideológicos del Estado: notas para una investigación*, México: Quinto Sol.
- AMENTA, EDWIN (2003), “What We Know About the Development of Social Policy”, en James Mahoney (ed.), *Comparative Historical Analysis in the Social Sciences*, Cambridge: Cambridge University Press.
- _____ (2005), “State-Centered and Political Institutional Theory: Retrospect and Prospect”, en Janoski, Thomas y Alford, Robert (eds.), *The Handbook of Political Sociology*, Cambridge University Press, pp. 96-114.
- ARANGO, LUZ GRACIELA (ed.) (1997), *La crisis socio – política colombiana: un análisis no coyuntural de la coyuntura*. Bogotá: Centro de Estudios Sociales, Universidad Nacional de Colombia.
- ARBELÁEZ RUDAS, MÓNICA (2006), *Derecho a la salud en Colombia: el acceso a los servicios del sistema general de seguridad social en salud*, Bogotá: CINEP.
- ARCHILA NEIRA, MAURICIO (2002), “Colombia 1975 – 2000: de crisis en crisis”, en *25 años de luchas sociales en Colombia: 1975 – 2000*, Bogotá: CINEP.
- _____ (2003), *Idas y venidas vueltas y revueltas en Colombia 1958-1990*, Colombia: Instituto Colombiano de Antropología e Historia.
- _____ (2006), “La izquierda de hoy: ¿una utopía posible?”, en *Deshacer el embrujo: alternativas a las políticas del gobierno de Álvaro Uribe*, Colombia: Plataforma Colombiana de Derechos Humanos.
- ARENDT, HANNAH (1973), *Crisis de la república*, Madrid: Taurus Ediciones
- _____ (1997), *¿Que es la política?*, Barcelona: Piadós

- AREVALO, DECSY ASTRID (2004), “Participación comunitaria y control social en el sistema de salud”, en *Revista de Salud Pública*, vol. 6, núm. 2
- ARRIAGADA, IRMA, VERÓNICA ARANDA Y FRANCISCA MIRANDA (2005), “Políticas y programas de salud en América Latina. Problemas y propuestas”, en *Serie de Políticas Sociales* núm. 114, Santiago de Chile: CEPAL.
- BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO (1996), “El estado de las reformas estructurales”, en BID (ed.), *Informe sobre el progreso económico y social en América Latina*, Washington: BID.
- BANCO MUNDIAL (1987), *El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo: una agenda para la reforma*, Washington, D.C.: BM.
- _____ (1991), *Informe sobre el Progreso Económico y Social en América Latina*, Washington: BID.
- _____ (1993), *Informe sobre el desarrollo mundial: Invertir en Salud*, Washington D.C. Banco Mundial
- _____ (2003), *Inequidad en América Latina y el Caribe*, Washington D.C: Banco Mundial.
- BANEGAS GONZÁLEZ, ISRAEL (2008), “El cambio en la administración de los riesgos sociales: políticas sociales y transformación del Estado”, *Estudios Sociológicos*, vol. 26, núm. 77, pp. 287-320.
- BARBA SOLANO, CARLOS (2004a), “Régimen de bienestar y reforma social en México”, *Serie de Políticas Sociales*, núm. 92, Santiago de Chile: CEPAL, Naciones Unidas.
- _____ (2004b), “Enfoques latinoamericanos sobre política social: más allá del consenso de Washington”, *Estudios Sobre el Estado y la Sociedad*, Vol XI, Núm. 31, sep.-dic, pp. 85-130.
- BARZELAY, MICHAEL (2003), *La nueva gestión pública: un acercamiento a la investigación y debate de las políticas públicas*, México: Fondo de Cultura Económica.
- BARZELAY, MICHAEL Y JUAN CARLOS CORTAZAR (2004), *Una guía práctica para la elaboración de estudios de caso sobre buenas prácticas en gerencia social*, Washington: Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES).

- BARZELAY, MICHAEL, FRANCISCO GAETANI, JUAN C CORTAZAR Y GUILLERMO CEJUDO (2002), “Investigación sobre reformas a la política de la gestión pública en la región de América Latina: Marco conceptual, guía metodológica y estudios de caso”, en Banco Interamericano de Desarrollo, *Dialogo Regional de Política*, documento de trabajo, INDES: Washington.
- BATES H, ROBERT (1995), *New Comparative Politics: Integrating, Rational Choice and Interpretative Perspectives*, Paper No. 95-3, Harvard University.
- BEJARANO, JESÚS ANTONIO (1994), “La política de paz durante la administración Barco”, en Deas Malcom y Carlos Ossa (ed.), *El gobierno Barco: política económica y desarrollo social en Colombia 1986-1990*, Colombia: Fedesarrollo.
- BIRDSALL, NANCY Y AUGUSTO DE LA TORRE (2001), *El disenso de Washington: Políticas económicas para la equidad social en Latinoamérica*, Washington DC: Carnegie Endowment for International Peace y Interamerican Dialogue.
- BOCCHETTI, CARLA, JUAN MANUEL ARTEAGA Y MARCO PALACIOS (2005), *Hospital universitario: desde San Juan de Dios hasta la construcción de un nuevo proyecto*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- BOURDIEU, PIERRE (1990), *In Other Words: Essays Toward a Reflexive Social Science*, London: Cambridge University Press.
- BOSSERT, THOMAS (2000), *La descentralización de los sistemas de salud en Latinoamérica: un análisis comparativo de Chile, Colombia y Bolivia*, documento número 29: Health Sector Reform Initiative.
- BRACHET-MÁRQUEZ, VIVIANE (1996), *El Pacto de Dominación: Estado, clase y reforma social en México (1910 – 1955)*, México: El Colegio de México.
- _____ (2001), “Los dilemas del análisis sociológico del cambio: una introducción”, en Brachet-Márquez, Viviane (ed.), *Entre la polis y el mercado: el análisis sociológico de las grandes transformaciones políticas y laborales en América Latina*, México: El Colegio de México.
- _____ (ed.) (2007a), *Salud pública y regímenes de pensión en la era neoliberal: Argentina, Brasil, Chile y México, 1980-2000*, México: El Colegio de México.
- _____ (2007b), “State Making and the Constitution of Social Order “manuscrito sin publicar”, México: El Colegio de México.

- BRACHET-MÁRQUEZ, VIVIANE y MARGARET SHERRADEN, (1994), “Political Change and the Welfare State: The Case of Health and Food Policies in Mexico (1970-1993)”, en *World Development*, vol. 22, núm. 9, pp. 1295-1312.
- BRITO LEAL IVO, ANETE (2005), “La destitución de los social: Estado, gobierno y políticas sociales”, *Estudios Sociológicos*, Vol. XXIII, núm. 68, pp. 347-374.
- BUSHENELL, DAVID (1994), *Colombia una nación a pesar de sí misma: de los tiempos precolombinos a nuestros días*, Bogotá: Planeta.
- CALDERÓN, CAMILO (2003), “Revocatoria del congreso en 1991: la transición se salvó con un congresito de 36 miembros”, *Revista Credencial de Historia*, núm. 162.
- CARDONA, ÁLVARO (1992), “Organización de un seguro nacional de salud con fundamento en la competencia en la prestación de servicios”, en Cárdenas Miguel y Guillermo Olano (ed.), *Reforma de la Seguridad Social en Salud*, Colombia: Fescol, Fundación Friedrich Ebert y Fundación Restrepo Barco.
- CARDONA, FERNANDO, AMPARO HERNÁNDEZ Y FRANCISCO YEPES LUJAN (2005), “La reforma de seguridad social en salud en Colombia: ¿avances reales?”, en *Gerencias y Políticas de Salud*, vol. 4, núm. 9, pp. 81-96.
- CARDOSO, FERNANDO HENRÍQUE Y ENZO FALLETO (1968), *Dependencia y desarrollo en América Latina: ensayo de interpretación sociológica*, México: Siglo XXI editores.
- CARDOSO, FERNANDO HENRÍQUE (1979), “Imperialismo y dependencia en América Latina”, en Villareal, René (ed.), *Economía internacional: dos teorías del imperialismo, la dependencia y su evidencia histórica*, México: Fondo de Cultura Económica.
- CASTELLS, MANUEL (1997), “El futuro del Estado del bienestar en la sociedad informacional”, en Giner, Salvador y Sebastián Sarasa (eds.), *Buen gobierno y política social*, Barcelona: Ariel Editorial, pp. 173-190.
- CASTRO CARVAJAL, BEATRIZ (1997), “La pobreza en Colombia. 1886 – 1930: Estado, iglesia y ciudadanos”, *Ponencia presentada en la reunión de la Asociación de Estudios Latinoamericanos*, Guadalajara abril 17 y 19.
- CODHES (2003), “Destierro y repoblamiento”, en *Codhes Informa: boletín de la consultoría para los derechos humanos y el desplazamiento*, núm. 44.

COLEMAN, JAMES (1992), *Racional Choice Theory : Advocacy and Critique*, California: SAGE.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (2006), *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad*, Uruguay: CEPAL, Naciones Unidas.

CORTÉS, FERNANDO (2005), “Selección no aleatoria y validez: a propósito de la evaluación cualitativa de Oportunidades”, México: documento inédito.

_____ (2008), “Algunos aspectos de la controversia entre la investigación cualitativa y la investigación cuantitativa”, en Cortés, Fernando, Agustín Escobar y Mercedes González de la Rocha (eds.), *Método científico y política social: A propósito de las evaluaciones cualitativas de programas sociales*, El Colegio de México: México.

DAHL, ROBERT (1961), *Who Governs?: Democracy and Power in American City*, New Haven: Yale University.

DE SWAAN, ABRAM (1992), *A cargo del Estado*, Barcelona: Ediciones Pomares Corredor.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO (2000), *Primera Encuesta Nacional de Calidad Percibida por los Usuario*, Colombia: Defensoría Delegada para la Salud y la Seguridad Social, Defensoría del Pueblo.

_____ (2005), *Evaluación de los servicios que brindan las Empresas Promotoras de Salud 2005*, Colombia: Defensoría del Pueblo.

DÉPALTEAU, FRANCOIS (2008), “Relational Thinking: A Critique of Co-Deterministic Theories of Structure and Agency”, *Sociology Theory*, vol. 26, núm. 1, pp. 51-73.

DEPARTAMENTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (DANE) (2004), *Encuesta de Calidad de Vida*, Colombia: DANE.

DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN (DNP) (1983), *Cambio con Equidad: plan de desarrollo económico y social 1983-1986 del presidente Belisario Betancur*, Colombia: DNP.

_____ (1987), *Plan de economía social: planes y programas de desarrollo económico y social 1987-1990 del presidente Virgilio Barco*, Colombia: DNP.

-
- _____ (1991), *La revolución pacífica: plan de desarrollo económico y social 1990- 1994 del presidente Cesar Gaviria Trujillo*, Colombia: DNP.
- _____ (1995), *El Salto Social: Plan Nacional de Desarrollo 1994-1998 del presidente Ernesto Samper Pizzano*, Colombia: DNP.
- _____ (2002), *Hacia un Estado Comunitario: Plan de desarrollo del presidente Álvaro Uribe Vélez (2002 – 2006)*, Colombia: DNP.
- DÍAZ POLANCO, JORGE (1999), “¿A dónde nos llevan las políticas de salud?: la reforma del sector salud, ¿Un cambio positivo?”, en Bronfman, Mario (ed.), *Salud, cambio social y política: perspectivas desde América Latina*, México: Instituto Nacional de Salud Pública, Fundación Ford.
- DUNCAN, GUSTAVO (2006), *Los señores de la guerra: de paramilitares, mafiosos y autodefensas en Colombia*, Colombia: Planeta.
- EDWARDS, SEBASTIÁN (1995), *Crisis and Reform in Latin America*, Washington D.C: World Bank.
- ELIAS, NORBERT (2001 [e.o. 1977]), *El proceso de la civilización: investigaciones sociogénéticas y psicogénéticas*, México: Fondo de Cultura Económica.
- EMIRBAYER, MUSTAFA (1997), “Manifesto for a Relational Sociology”, *American Journal of Sociology*, vol. 103, núm. 2, pp. 281-317.
- EMIRBAYER, MUSTAFA Y ANN MISCHE (1998), “What is Agency?”, *American Journal of Sociology*, vol. 103, núm. 4, pp. 962-1023.
- ESPING-ANDERSEN, GOSTA (1996), “Alter the Golden Age? Welfare States Dilemmas in a Global Economy”, in Esping-Andersen, Gosta (ed.), *Welfare Status in Transition: National Adaptations in Global Economies*, London: Research Institute for Social Development.
- _____ (1990), *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge, Princeton: University Press.
- _____ (2000), *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*, Barcelona: Editorial Ariel.
- _____ (2001), “Reestructuración de la protección social: nuevas estrategias de reforma en los países adelantados”, en Franco, Rolando (ed.) *Sociología del desarrollo, políticas sociales y democracia: estudios en homenaje a Aldo Solari*, México: Siglo XXI.

- EVANS, PETER Y T. SKOCPOL (eds.) (1985), *Bringing the State Back In*, Cambridge: Cambridge University Press.
- FRENCH – DAVIS, RICARDO (2005), *Reformas para América Latina: después del fundamentalismo neoliberal*, Argentina: Siglo XXI.
- FRENCH DAVIS, RICARDO Y ERNESTO TIRONI (eds.) (1981), *Hacia un nuevo orden económico internacional: tema prioritarios para América Latina*, México: Fondo de Cultura Económica.
- FRENK, JULIO, JUAN LUIS LONDOÑO Y KNAUL C. (1998), “Los sistemas de salud latinoamericanos en transición: una visión para el futuro”, *Atención a la salud en América Latina y el Caribe en el siglo XXI*, México: Fundación Mexicana para la Salud.
- FILGUEIRA, FERNANDO (1998), “Tipos de welfare y reformas sociales en América Latina: eficiencia, residualismo y ciudadanía estratificada”, *Ponencia presentada en el Seminario a reforma da administracao pública no Brasil: possibilidades e obstáculos*, Brasil: Fundación Joaquim Nabuco .
- FLEURY T., SONIA (ed.) (1990), *La reforma sanitaria: en busca de una teoría*, México: Universidad de Guadalajara.
- FLORES, CARMEN ELISA (2002), *La equidad en el sector salud: una mirada a diez años*, Colombia: Fundación Corona
- FRANCO AGUDELO, SAÚL (1999), *El quinto no matar: contextos explicativos de la violencia en Colombia*, Colombia: Tercer Mundo.
- _____ (2003), “Para que la salud sea pública: Algunas lecciones de la reforma de la salud y la seguridad social en Colombia”, *Gerencia y políticas de salud*, núm. 4, junio de 2003.
- FRANCO, MORÁN, MARÍA LUZ (1995), “La distribución del poder en las sociedades avanzadas”, en Morán, María Luz y Benedicto, Jorge (eds.) *Sociedad y Política: temas de sociología*, Madrid, Alianza Editorial.
- FRANCO, ROLANDO (1998), “Pobreza, modelos de desarrollo y políticas sociales en América Latina”, en Franco, Rolando, Morales, Juan y Manuel Marfán (eds.) *Las reformas sociales en acción: la perspectiva macro*, serie de políticas sociales, núm. 26, Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- FRIEDMAN, MILTON Y ROSE FRIEDMAN (1980), *Libertad de elegir: hacia un nuevo liberalismo económico*, Barcelona: Grijalbo.

- GARAY, LUIS JORGE (2003), “Políticas públicas y garantía de los Derechos Sociales”, en *El embrujo autoritario: primer año de gobierno de Álvaro Uribe V*, Colombia: Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo.
- GARLAND, ALLISON M. (2000), “The Politics and Administration of Social Development in Latin America”, en Tulchin, Joseph y Allison M. Garland (eds.), *Social Development in Latin America: The Politic of Reform*, United States of America: Woodrow Wilson Center.
- GARRETÓN, MANUEL ANTONIO (1997), “Revisando las transiciones democráticas en América Latina”, *Nueva Sociedad*, núm. 148, mar-abril, pp. 20-29.
- _____ (2001), “Cambios sociales, actores y acción colectiva en América Latina”, *Serie de políticas sociales*, núm. 56, Santiago de Chile: CEPAL – Naciones Unidas.
- GERMANI, GINO (1971), *Sociología de la modernización: estudios teóricos, metodológicos y aplicados a América Latina*, Buenos Aires: Editorial Paidós.
- _____ (1968), *Política y sociedad en una época de transición: de la sociedad tradicional a la sociedad de masas*, Buenos Aires: Paidós.
- GIORDANO, OSVALDO Y JORGE COLINA (2000), “Economía política de las reformas”, en Sánchez Héctor y Gustavo Zuleta (eds.), *La hora de los usuarios: reflexiones sobre economía política de las reformas de salud*, Washington: Banco Interamericano de Desarrollo, pp. 27-48.
- GIRALDO VALENCIA, JUAN CARLOS (2005), “La complejidad del Sistema de Seguridad Social en Salud”, *Gerencias y Políticas de Salud*, vol. 4, núm. 9, p. 197-207.
- GÓMEZ VÉLEZ, CONRADO ADOLFO Y LUZ HELENA SÁNCHEZ (2006), *Experiencia del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud como conductor de la reforma en Colombia: análisis del conflicto en la toma de decisiones*, Colombia: Assalud.
- GONZÁLEZ GONZÁLEZ, FERNÁN (1997), *Para leer la política: ensayos de historia política de Colombia*, Bogotá: Cinep.
- GONZÁLEZ ROSSETTI, ALEJANDRA (2001) *The Political Dimension of Health Reform: The Case of Mexico and Colombia*, London: Department of Public Health Policy London School of Hygiene and Tropical Medicine.

- GONZÁLEZ ROSSETTI, ALEJANDRA Y OLIVIA MOGOLLÓN (2002), “La reforma de salud y su componente político: un análisis de factibilidad”, *Gaceta Sanitaria*, vol. 16, núm. 1, pp. 38-46.
- GONZÁLEZ ROSSETTI, ALEJANDRA Y THOMAS BOSSERT (2000), “Mejorando la factibilidad política de la reforma: un análisis comparativo de Chile, Colombia y México”, *Health Sector Reform Initiative*, núm. 36.
- GONZÁLEZ, JORGE IVÁN (2001), “Imparcialidad financiera y equidad: otra lectura del informe de la Organización Mundial de la Salud – año 2000”, *Gerencia y Políticas de Salud*, núm. 1, pp. 39-47.
- GORDON, SARA (2001), “Ciudadanía y derechos sociales: ¿criterios distributivos?”, en Ziccardi, Alicia (ed.), *Pobreza, desigualdad y ciudadanía: los límites de las políticas sociales en América Latina*, Argentina: CLACSO.
- GRAHAM, CAROL, MERILEE GRINDLE, EDUARDO LORA Y JESSICA SEDDON (1999), *Reformar es posible: estrategias políticas para la reforma institucional en América Latina*, Washington: Banco Interamericano de Desarrollo.
- GRINDLE, MERILEE S. (2000), “The Social Agenda and the Politics of Reform in Latin America”, en Tulchin, Joseph y Allison M. Garland (eds.), *Social development in Latin America: the politics of reform*, United States of America: Woodrow Wilson Center.
- GRINDLE, MERILEE S. (2003), “A pesar de los presagios adversos: economía política de la reforma del sector social en América Latina”, en Puyana, Alicia y Farfán, Guillermo (eds.), *Desarrollo, equidad y ciudadanía: las políticas sociales en América Latina*, México: FLACSO.
- GRINDLE, MERILEE S. Y JOHN W. THOMAS (1991), *Public Choices and Policy Change: The Political Economy of Reform in Developing Countries*, United States of America: Johns Hopkins University Press.
- GUIDDENS, ANTHONY (1984), *The Constitution of Society: outline of Theory or Structuration*, Cambridge: Polity.
- GUNDERMANN KROLL, HANS (2004), “El método del estudio de caso”, en Tarres María Luisa (ed.), *Observar, escuchar y comprender: sobre la tradición cualitativa en la investigación social*, México, Miguel Ángel Porrúa y El Colegio de México.
- HABERMAS, JURGEN (1989), “La crisis del Estado de bienestar y el agotamiento de las energías utópicas”, en Habermas, Jürgen; Wallerstein, Emmanuel y Claus

Offe (eds.), *La crisis del Estado de Bienestar y Otros Ensayos*, México: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, pp. 61-79.

- _____ (1986), *Problemas de legitimación en el capitalismo tardío*, Buenos Aires: Amorrortu.
- HAMEL, JAQUES (1993), *Case Study Methods*, United States of America: Sage Publications.
- HARTLYN, JONATHAN (1993), *La política del régimen de coalición: la experiencia colombiana*, Colombia: Tercer Mundo Editores.
- HAYEK, FRIEDRICH (1985), *Camino de servidumbre*, Madrid: Alianza
- HERNÁNDEZ, MARIO (1999), “El proceso sociopolítico de las reformas sanitarias en Colombia”, *Cartilla de Seguridad Social*, núm. 5.
- _____ (2001), “El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América Latina”, *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, Universidad de Antioquia, Colombia.
- _____ (2002a), *La salud fragmentada en Colombia: 1910-1946*, Bogotá: Universidad Nacional
- _____ (2002b), “Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud”, *Cad. de Saúde Pública*, vol. 18, núm. 4.
- _____ (2004) *La fragmentación de la salud en Colombia y Argentina: una compilación sociopolítica 1880-1950*, Bogotá: Universidad Nacional.
- _____ (2005A), “Propuestas de reforma a la Ley 100 de 1993: opciones sociopolíticas en debate”, *Gerencias y Políticas de Salud*, vol. 4, núm. 9, pp. 180-190.
- _____ (2005b), “Comentarios sobre la reforma de la Ley 100 – proyecto 052”, Colombia: Observatorio de la Seguridad Social.
- HERNÁNDEZ, MARIO Y DIANA OBREGÓN (2002), *La Organización Panamericana de la Salud y el Estado Colombiano: 100 años de historia, 1902 – 2002*, Bogotá: Colombia.
- HICKS, ALEXANDER Y GOSTA ESPING-ANDERSEN (2005), “Comparative and Historical Studies of Public Policy and Welfare State”, en Janoski, Thomas y

- Alford, Robert (eds.), *The Handbook of Political Sociology*: Cambridge University Press, pp. 509-525.
- HODARA, JOSEPH (1987), *Prebisch y la CEPAL: situación, trayectoria y contexto institucional*, México: El Colegio de México.
- HOMEDAS NURIA Y ANTONIO UGALDE (2002a) “Descentralización del Sector Salud en América Latina”, *Gaceta Sanitaria*, vol 16. núm. 1, pp.18-29.
- _____ (2002b), “¿Qué ha fallado en las reformas de salud de América Latina?, ponencia para VII Congreso internacional del CLAD sobre la reforma del Estado y de la administración pública, Lisboa – Portugal 11 de octubre de 2002.
- _____ (2005) “Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso”, *Revista Panamericana de Salud Pública*; vol 17, núm. 3, pp. 210-220.
- HOSKIN, GARY (1994), “La administración Barco: del caos político a una salida ambigua”, en Deas Malcom y Carlos Ossa (eds.), *El gobierno Barco: política económica y desarrollo social en Colombia 1986-1990*, Colombia: Fedesarrollo.
- INFANTE, ALBERTO, ISABEL MATA Y DANIEL LÓPEZ-ACUÑA (2000), “Reformas de los sistemas de salud en América Latina: situaciones y tendencias”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 8, núm. 1 y 2, pp. 11-20.
- HUBER, EVELYN Y JOHN STEPHES (2001), *Development and Crisis of the Welfare State*, Chicago and London: The University of Chicago Press.
- INKELES, ALEX Y DAVID H. SMITH (1974), *Becoming Modern: Individual Change in Six Developing Countries*, Cambridge: Harvard University Press.
- INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES (1992), “Propuesta para la prestación de servicios personales de salud dentro de la seguridad social”, en Cárdenas Miguel y Guillermo Olano (eds.), *Reforma de la Seguridad Social en Salud*, Colombia: Fescol, Fundación Friedrich Ebert y Fundación Restrepo Barco.
- IÑIGUEZ ROJAS, LUISA Y CHRISTOVAM BARCELLOS (2003), “Geografía y salud en América Latina: evolución y tendencias, en *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 29, núm. 4, pp. 330-343.
- IZQUIERDO, BELKIS Y JHON FRANCISCO ARIZA (2006), “Los pueblos indígenas y la Ley 100”, en *Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social y*

- Corporación para la Salud Popular, *Ley 100: balance y perspectivas*, Colombia: Plataforma Colombiana de Derechos Humanos.
- JAÉN, MARÍA HELENA Y DANIEL PARAVISINI (2000), “Lineamientos para la realización de análisis estratégicos de los actores de la política sectorial en salud”, *Health Sector Reform Initiative*, OPS.
- JARAMILLO PÉREZ, IVÁN (1992), “Hacia un sistema de seguridad social en salud eficiente, solidario y universal”, en Cárdenas Miguel y Guillermo Olano (eds.), *Reforma de la Seguridad Social en Salud*, Colombia: Fescol, Fundación Friedrich Ebert y Fundación Restrepo Barco.
- _____ (1999), *El futuro de la salud en Colombia: Ley 100 de 1993: cinco años después*, cuarta edición, Colombia: FESCOL, FES, Fundación Corona.
- _____ (2002), “Evaluación de la descentralización de la salud y de la reforma a la seguridad social”, *Gaceta Sanitaria*, 16 (1), pp. 48-53
- _____ (2005), “La reforma en salud y el ocaso del proyecto 052”, en *Gerencias y Políticas de Salud*, vol. 4, núm. 9, p.191-196.
- JARAMILLO, HERNÁN (1994), “Reseña de las reformas de políticas sociales en Colombia”, *Serie reformas de política pública*, núm. 27, Santiago de Chile: CEPAL, Naciones Unidas.
- JESSOP, BOB (1999), *Crisis del Estado de bienestar: hacia una nueva teoría del Estado y sus consecuencias sociales*, Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- KELLY, JANET (2003), *Políticas públicas en América Latina: teoría y práctica*, Caracas: Ediciones IESA.
- KING, GARY, ROBERT KEOHANE Y SYDNEY VERBA (2000), *El diseño de la investigación social: la inferencia científica en los estudios cualitativos*, Alianza Editorial.
- KISER, EDGAR Y SHAWN BAULDRY (2005), “Rational Choice Theories in Political Sociology”, en Janoski, Thomas y Alford, Robert (eds.), *The Handbook of Political Sociology*, Cambridge University Press.
- KLIGKSBERG, BERNARDO (ed.) (1994), *El rediseño del Estado: una perspectiva internacional*, México: Fondo de Cultura Económica.

- LAURELL, ASA CRISTINA (1997), “Avanzar al pasado: la política social del neoliberalismo”, en Laurell, Asa C. (ed.), *Estado y políticas sociales en el neoliberalismo*, México: Fundación Fiedrich Ebert.
- _____ (1999), “La política de salud en el contexto de las políticas sociales”, en Bronfman, Mario, *Salud, cambio social y política: perspectivas desde América Latina*, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- _____ (2001), *Mexicanos en defensa de la salud pública y la seguridad social: cómo garantizar y ampliar conquistas históricas*, México: Temas de Hoy.
- LAUTIER, BRUNO (2001), “Las políticas sociales en América Latina: propuestas metodológicas para analizar el cambio que se está produciendo”, *Estudios sobre Estado y Sociedad*, vol. VIII, núm. 22, pp.91-130.
- LEAL BUITRAGO, FRANCISCO Y ANDRÉS DÁVILA (1990), *Clientelismo: el sistema político y su expresión regional*, Bogotá: Tercer Mundo Editores.
- LEVI, MARGARET (2006), “Modelando procesos históricos complejos con narrativas analíticas”, *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, núm. 15, pp. 11-29.
- LEWIS, COLIN M. (2003), “Estado, mercado y sociedad: políticas e instituciones de acción económica y social en América Latina desde 1990”. En Puyana, Alicia y Guillermo Farfán (eds.), *Desarrollo, equidad y ciudadanía: las políticas sociales en América Latina*: México, FLACSO, pp. 35-68.
- LINDBLOM, CHARLES (1968), *The Policy – Making Process* , New York: Prentice – Hall.
- LIPSET, SEYMOUR MARTIN (1963), *El hombre político: las bases sociales de la política*, Buenos Aires: Editorial Universitaria.
- LONDOÑO, BEATRIZ, IVÁN JARAMILLO Y JUAN PABLO URIBE (2001), *Descentralización y reforma en los servicios de salud: el caso colombiano*, Washington: Banco Mundial.
- LONDOÑO, JUAN LUIS (2003), “¿Que sigue después de la Ley 100?”, en Franco, Saúl (ed.), *La salud pública hoy*, Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- LONDOÑO, JUAN LUIS Y FRENK, JULIO (1997), “Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina”, *Serie de documentos de trabajo*, núm. 353, Washington D.C : Banco Interamericano de Desarrollo.

- LÓPEZ, OLIVA Y FLORENCIA PEÑA SAINT MARTIN (2006), “Salud y sociedad: aportaciones del pensamiento latinoamericano”, en *Medicina Social*, vol. 1, núm. 3, pp. 82-102.
- LÓPEZ OLIVA Y JOSÉ BLANCO (1993), *La modernización neoliberal en salud: México en los ochenta*, México: UAM.
- _____ (2001), “La polarización de la política de salud en México”, *Cad. Saude Publica*, núm. 17, pp. 43-54.
- _____ (2003), “Desigualdad social e inequidad en salud: desarrollo de conceptos y comprensión de relaciones”, *Salud Problema*, núm. 14-15.
- LÓPEZ CASTAÑO, HUGO (1992), “Competencia en la prestación de servicios y monopolio público asegurador”, en Cárdenas Miguel y Guillermo Olano (eds.), *Reforma de la Seguridad Social en Salud*, Colombia: Fescol, Fundación Friedrich Ebert y Fundación Restrepo Barco.
- LÓPEZ MICHELSEN, ALFONSO (1976), *Mensaje al congreso nacional*, Colombia: Banco de la República.
- LÓPEZ MONTAÑO, CECILIA (1994), “La política social durante la administración Barco”, en Deas Malcom y Carlos Ossa (eds.), *El gobierno Barco: política económica y desarrollo social en Colombia 1986-1990*, Colombia: Fedesarrollo.
- LORA, EDUARDO (2007), *El estado de las reformas del Estado en América Latina*, Washington: Banco Interamericano de Desarrollo.
- MACEIRA, DANIEL (2007), *Actores y reformas en salud en América Latina*, Washington: Banco Interamericano de Desarrollo.
- MADIES, CLAUDIA VIVIANA; SILVIA CHIARVETTI Y MARIANA CHORNY (2000), “Aseguramiento y cobertura: dos temas críticos en las reformas del sector salud”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 8, núm. 1 y 2.
- MARINI, RUY MAURO (1969), *Subdesarrollo y revolución*, México: Siglo XXI editores.
- MARSHALL, T. H. (1992) [e.o. 1950]. *Citizenship an Social Class*, Londres: Pluto Press.
- MARTÍNEZ, MARÍA MERCEDES (1994), “Elementos generales de la política económica”, Deas Malcom y Carlos Ossa (ed.), *El gobierno Barco: política*

- económica y desarrollo social en Colombia 1986-1990*, Colombia: Fedesarrollo.
- MARTINIC, SERGIO (2000), “La construcción social de las reformas: logros y conflictos”, en Martinic, Sergio (ed.), *Reformas de la política social en América Latina: resultados y perspectivas*. Santiago de Chile: Centro de Investigación y Desarrollo.
- _____, CRISTIAN AEDO Y JAVIER CORVALÁN (1999), *Reformas a la educación y salud en América Latina*, Santiago de Chile: Centro de Investigación y Desarrollo CIDE.
- MAXWELL, JOSEPH (1996), *Qualitative Research Design an Interactive Approach*, California: Sage Publications.
- MCADAM, DOUG, SIDNEY TARROW Y CHARLES TILLY (2005[e.o. 2001]), *Dinámica de la contienda política*, Barcelona: Hacer Editorial.
- MCLEAN, IAN (1987), *Public Choice: an Introduction*, New York: Blackwell
- MEDICI, ANDRÉ (2000), “Las reformas de salud en América Latina y el Caribe”, en Sánchez, Héctor y Zuleta, Gustavo (eds.), *La hora de los usuarios: reflexiones sobre economía política de las reformas de salud*, Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo, pp. 9-26.
- MEDINA, MEDOFILO (1997), “Dos décadas de crisis política en Colombia: 1977-1997”, en *La crisis sociopolítica colombiana: un análisis no coyuntural de la coyuntura*, Bogotá: Fundación Social, Centro de Estudios Sociales Universidad Nacional.
- MELUCCI, ALBERTO (2002), *Acción colectiva, vida cotidiana y democracia*, México: El Colegio de México
- MESA – LAGO, CARMELO (1977), *Modelos de seguridad social en América Latina: estudio comparativo*, Argentina: Siap – Planteos.
- _____, (1991), “La seguridad social en América Latina”, (ed.), *Informe sobre el Progreso Económico y Social en América Latina*, Washington D.C: Banco Interamericano de Desarrollo.
- _____, (2000), “Desarrollo social, reforma del Estado y de la seguridad social al umbral del siglo XXI”, *Serie de políticas sociales*, num. 36, Santiago de Chile: CEPAL, Naciones Unidas.

-
- _____ (2004), “Evaluación de un cuarto de siglo de reformas estructurales de pensiones en América Latina”, *Revista de la CEPAL*, núm. 84, Santiago de Chile.
- _____ (2005), *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.
- _____ (2007), “Las reformas de los sistemas de pensiones y asistencia social”, en Lora, Eduardo (ed.), *El estado de las reformas del Estado en América Latina*, Washington: Banco Interamericano de Desarrollo.
- MINISTERIO DE SALUD (1994a), *La reforma a la seguridad social en salud: Anexo documental*, Colombia: Ministerio de Salud.
- _____ (1994b), *La reforma a la seguridad social en salud: Antecedentes y resultados*, Colombia: Ministerio de Salud.
- MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL (2004), “Sistema de protección social: antecedentes, avances y retos”, *Segundo taller internacional sobre transferencias condicionadas en efectivo*, Sao Paulo, Brasil, abril 26 de 2004.
- MILLS, CHARLES W. (1957), *La élite del poder*, México: Fondo de Cultura Económica.
- MOLINA, GLORIA (2005), “Relaciones intergubernamentales y descentralización en salud: Colombia 2005”, *X Congreso Internacional del CLAD sobre reforma del Estado y la administración pública*, octubre de 2005, Santiago de Chile.
- MOLINA, MAURICIO (2006), “La situación de la salud en Colombia en el marco de la aplicación de políticas neoliberales”, en Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social y Corporación para la Salud Popular, *Ley 100: balance y perspectivas*, Colombia: Plataforma Colombiana de Derechos Humanos.
- MORALES SÁNCHEZ, LUÍS GONZALO (1997), “El financiamiento del sistema de seguridad social en Colombia”, en Naciones Unidas, *Reforma financieras al sector salud en América Latina y el Caribe*, Serie financiamiento del desarrollo, núm. 55.
- MOVIMIENTO NACIONAL POR LA SALUD Y LA SEGURIDAD SOCIAL y Corporación para la Salud Guillermo Ferguson (2006), *Ley 100: Balances y perspectivas*, Colombia: Plataforma Colombiana de Derechos Humanos.

- MYLES, JOHN (1996), *When Markets Fail: Social Welfare in Canada and the United States*, United Nations: SAGE Publications y Research Institute for Social Development.
- NARANJO GIRALDO, GLORIA (2001), “El desplazamiento forzado en Colombia: reinención de la identidad e implicaciones en las culturas locales y nacional”, *Revista electrónica de geografía y ciencias sociales*, núm. 94.
- NELSON, JOAN M. (2000), “Reforming Social Sector Governance: A political Perspective”, en Tulchin, Joseph y Allison M. Garland (eds.), *Social Development in Latin America: the Politic of Reform*, United States of America: Woodrow Wilson Center.
- _____, (2004), “The Politics of Health Sector Reform: Cross-National Comparisons,” en Robert R. Kaufmann y Joan M. Nelson,(eds.), *Crucial Needs, Weak Incentives. The Politics of Health and Education Reform in Latin America*. Baltimore, The Johns Hopkins University Press.
- NORTH, DOUGLAS (1990), *Institutions, Institutional Change and Institutional Economic Performance*, Cambridge: Cambridge University Press.
- O'DONELL, GUILLERMO (1978), “Apuntes para una teoría del Estado”, en: *Revista Mexicana de Sociología*, núm. 4, diciembre de 1978.
- O'CONNOR J. (1973), *The Fiscal Crisis of the State*, New York: St. Martin's Press.
- OCAMPO, JOSÉ ANTONIO (1993), “Economía y economía política de la reforma comercial colombiana”, *Serie de Reformas de Política Pública*, núm. 1, Santiago de Chile: CEPAL, Naciones Unidas.
- _____, (1997), “Una década de grandes transformaciones económicas: 1986 - 1995” , en Ocampo, José Antonio (ed.), *Historia económica de Colombia*, Bogotá: Presidencia de la República.
- OFFE, CLAUS (1990), *Contradicciones en el Estado del Bienestar*, Madrid, México: Alianza Editorial.
- OLANO CAMPO, GUILLERMO (1992), “Estructura del seguro nacional de salud – SESANA”, en Cárdenas Miguel y Guillermo Olano (ed.), *Reforma de la Seguridad Social en Salud*, Colombia: Fescol, Fundación Friedrich Ebert y Fundación Restrepo Barco.

- _____ (1991), “Ejes para una reforma de la seguridad social”, en Agudelo, Carlos, *Desarrollo del sistema de salud en Colombia*, Colombia: Ministerio de Salud.
- OLAVE, PATRICIA (1997), “Las reformas económicas y sociales en curso: principales disputas teóricas y políticas”, en Osorio, Saúl y Berenice Ramírez, *Seguridad o inseguridad social: los riesgos de la reforma*, México: Universidad Nacional Autónoma de México, pp. 21-38.
- OLSON, MANCUR (1992) [e.o. 1965]. *La lógica de la acción colectiva: bienes públicos y teoría de grupos*, México: LIMUSA.
- OQUIST PAUL (1978), *Violencia, Conflicto y Política en Colombia*, Bogotá: Instituto de Estudios Colombianos.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2000), *Informe sobre la salud en el mundo: mejorar el desempeño de los sistemas de salud*, Ginebra, OMS.
- _____ (2002), *Análisis de las reformas del sector salud en los países de la Región Andina: Iniciativa regional de reforma al sector salud en América Latina y el Caribe*, OPS
- OSPINA SARDI, JORGE (1991), “Lecciones de la política fiscal colombiana”, *Serie Política Fiscal: Proyecto regional de política fiscal*, num. 17, Bogotá: CEPAL - Naciones Unidas.
- OSTROM, VINCENT (1988), *Rethinking institutional analysis and development : issues, alternatives, and choices*, San Francisco: International Center for Economic Growth.
- OYARZO, CESAR (2000), “El ángulo económico de las reformas de salud”, en: Sánchez y zuleta (ed.), *La hora de los usuarios*, pp. 93 – 105.
- PALACIOS, MARCO (1983), *El café en Colombia: 1850-1979*, México: El Colegio de México y El Áncora Editores.
- _____ (2002), *La clase más ruidosa y otros ensayos sobre política e historia*, Bogotá: Editorial Norma.
- _____ (2003), *Entre la legitimidad y la violencia: Colombia 1875-1994*, Bogotá: Editorial Norma.
- PAREDES, NELCY (1999), “¿Qué está pasando con el régimen subsidiado?”, *Vía Salud*, núm. 9, pp. 18-22.

- PAREDES, NELCY (2005), “Las reformas de la salud en Colombia”, *Coyuntura Económica*, edición especial 35 años.
- _____ (2005), “Universalidad, solidaridad, sostenibilidad y calidad”, en *Gerencias y Políticas de Salud*, vol. 4, núm. 9, pp. 220 - 233.
- PAYNE, J. MARK Y JUAN CARLOS CRUZ PERUSIA (2007), “Reformando las reglas de juego de las reformas”, en Lora, Eduardo (ed.), *El estado de las reformas del Estado en América Latina*, Washington: Banco Interamericano de Desarrollo.
- PÉCAUT, DANIEL (1987), *orden y violencia: Colombia 1930-1953*, vol. 2, Colombia Siglo XXI
- PEÑALOZA QUINTERO, ENRIQUE Y ELSA HENAO (2002), *Régimen subsidiado en salud en Colombia: evaluación y propuestas de ajuste*, Colombia: Fundación Corona y Banco Interamericano de Desarrollo.
- PETRAS, JAMES (1997), *Neoliberalismo en América Latina: la izquierda devuelve el golpe*, Argentina: HomoSapiens.
- PICO, JOSEPH (1987), *Teorías sobre el Estado del Bienestar*, España: Siglo XXI.
- PIERSON, PAUL (2004), *Politics in Time: History, Institutions, and Social Analysis*, Princeton University Press.
- PIVEN, FRANCES FOX (2002), *Lost Ground : Welfare Reform, Poverty, and Beyond*, Cambridge: South End.
- PLAZA, BEATRIZ Y ANA B. BARONA (1999), *Afiliación de población pobre al sistema de salud: el caso colombiano*, Santafé de Bogotá: Fundación Corona.
- POLANYI, KARL (2003) [e.o. 1957]. *La gran transformación: los orígenes políticos y económicos de nuestro tiempo*, México: Fondo de Cultura Económica.
- PORTES, ALEJANDRO (2001), “El neoliberalismo y la sociología del desarrollo: tendencias emergentes y efectos inesperados”, en Franco, Rolando (ed.) *Sociología del Desarrollo, Políticas Sociales y Democracia: estudios en homenaje a Aldo Solari*, México: Siglo XXI.
- POULANTZAS, NICOS (1970), *Poder político y clases sociales en el Estado capitalista*, México: Siglo XXI.
- _____ (1987), *Las clases sociales en el capitalismo actual*, México: Siglo XXI.

- PREBISCH, RAÚL (1981), *Capitalismo periférico: crisis y transformación*, México, Fondo de Cultura Económica.
- QUEVEDO, EMILIO (1990), *La salud en Colombia: análisis sociohistórico*, Bogotá: Ministerio de Salud
- _____ (1997), “Políticas de salud o políticas insalubres: de la higiene a la salud pública en Colombia en la primera mitad del siglo XX”, *Biomédica*, núm. 16, pp. 345-360.
- _____ Y MARÍA CRISTINA QUEVEDO (2001), “La salud pública en Colombia: seis siglos atrapada entre los intereses internacionales y el desinterés nacional”, *Revista de la Universidad del Rosario*, vol. 95, núm. 588.
- QUIJANO, ANÍBAL (1969), *Redefinición de la dependencia y proceso de marginalización en América Latina*, Santiago de Chile: OIT – ILPES.
- RAGIN, CHARLES C. Y HOWARD S. BECKER (1992), *What Is A Case: Exploring The Foundations of Social Inquiry*, Cambridge: University Press.
- RAMÍREZ, JUAN CARLOS (1993), *Los actores sociales en la reforma de la seguridad social en salud: documento de trabajo*, Colombia: Fescol.
- RAMÍREZ, PATRICIA (2002), *Workshop On The Political Context, Sector Strategies and the Politics of Health Reform in Latin America: The Colombian Case*, Harvard School of Public Health, Data for Decision Making Project, June 2000.
- REDONDO GÓMEZ, HERMAN (2005), “Impacto del proyecto de Ley 052 en el Senado”, *Gerencias y Políticas de Salud*, vol. 4, núm. 9, p.208 – 215.
- RESTREPO TRUJILLO, MAURICIO (1997), “La reforma a la seguridad social en salud de Colombia y la teoría de la competencia regulada”, *Serie de Financiamiento del Desarrollo*, núm. 47, Santiago de Chile: CEPAL, Naciones Unidas.
- RESTREPO VILLA, ROMÁN (2007), “A propósito de la Ley 1122 de 2007 de reforma a de la seguridad social en salud en Colombia: esperanza, mito y realidad”, *Revista de Facultad de Salud Pública*, vol. 25, núm. 1, junio de 2007.
- RESTREPO ZEA, JAIRO HUMBERTO (1999), “El sistema colombiano de seguridad social en salud: ¿ejemplo a seguir?”, en Ramírez, Berenice (ed.), *La seguridad social: reformas y retos*, México: Instituto de Investigaciones Económicas, UNAM.

- _____ (2002), “El seguro de salud en Colombia: ¿cobertura universal?”, *Gerencia y Políticas de salud*, núm. 2, sep. 2002, pp. 25-40 (2007).
- _____ (2007), “¿Qué cambió en la seguridad social con la Ley 1122”, *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 25, núm. 1.
- RESTREPO, GUILLERMO, ENRIQUE SABOGAL Y AGUSTÍN VILLA (1998), *Desarrollo de la salud pública y de la seguridad social en Colombia*, Bogotá: Orión Editores.
- RINCÓN CAÑÓN, LUIS EDUARDO (2002), *Situación del sector salud en Colombia: retos y compromisos del nuevo gobierno*, Colombia: Fundación Corona.
- RIVADENEIRA, LUÍS MARIO (1969), *Introducción a una política de seguridad social*, Bogotá: Caja Nacional de Previsión.
- RODRÍGUEZ SALAZAR, OSCAR (1990), “En los orígenes de la crisis de la seguridad social: el caso de los seguros sociales”, *Anuario colombiano de historia social y de la cultura*, Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- RODRÍGUEZ OSCAR Y DECSI ARÉVALO (1993), *Estructura y crisis de la seguridad social en Colombia: 1946-1922*, Colombia: Centro de Investigaciones para el Desarrollo.
- _____ (2005), “Avatares de la Reforma del Sistema de Seguridad Social”, Ley 100 de 1993”, en *Sistemas de protección social: entre la volatilidad económica y la vulnerabilidad social*, Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, pp. 177-231.
- RODRÍGUEZ, ADRIANA Y CARLOS RAMÍREZ (2005), “La garantía de la salud como derecho integral”, en Garay, Luis Jorge (ed.), *Colombia dialogo pendiente: serie de documentos de política pública para la paz*, Bogotá: Editorial Planeta.
- RODRÍGUEZ, OCTAVIO (1980), *La teoría del subdesarrollo de la CEPAL*, México: Siglo XXI editores.
- ROJAS, FERNANDO (1977), “La crisis del régimen”, *Controversia*, núm. 54, Colombia: Centro de Investigación y Educación Popular (CINEP).
- ROSTOW, WALT (1960), *The Stages of Economic Growth: A Non-Communist*, Cambridge: Cambridge University Press.

- SARMIENTO ANZOLA, LIBARDO (1999), *Exclusión, conflicto y desarrollo societal*, Colombia: Desde Abajo.
- SCHMITTER, PHILIPPE (1974), *The Century of Corporativism? , Notre Dame*: University of Notre Dame.
- SCHMITTER, PHILIPPE, WOLFGANG STREECK Y L. GERHARD (eds.) (1992), *Neocorporativismo: más allá del Estado y el mercado*, México: Alianza Editorial.
- SEWELL, WILLIAM H. JR. (1996), “Historical Events as Transformations of Structures: Inventing Revolution at the Bastille”, *Theory and society*, University of Chicago. Núm 25, pp. 841-881.
- SILVA COLMENARES, JULIO (1992), “El servicio público de salud”, en Cárdenas Miguel y Guillermo Olano (ed.), *Reforma de la Seguridad Social en Salud*, Colombia: Fescol, Fundación Friedrich Ebert y Fundación Restrepo Barco.
- SKOCPOL, THEDA (1995a), “Social Policy in the United States: Future Possibilities”, *Historical Perspective*”, Princeton,: Princeton University Press.
- _____ (1992), *Protecting Soldiers and Mothers : the Political Origins of Social Policy in the United States*, Harvard University Press.
- _____ (1995b) “El Estado regresa a primer plano: estrategias de análisis en la investigación actual”, en Grompone, Romeo(ed.), *Instituciones Políticas y Sociedad: lecturas introductorias*, Lima: IEP.
- SOJO, ANA (2000), “Reformas de gestión en salud en América Latina: Los cuasimercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica”, *Serie de Políticas Sociales*, núm. 39, Santiago de Chile: Naciones Unidas, CEPAL.
- STAKE, ROBERT E. (1994), “Case Studies”, in Denzin, Norman K and Lincoln, Yvonna, *Handbook of Qualitative Research*, United States of America: Sage Publications
- _____ (1995), *The Art of Case Study Research*, Thousand Oaks: SAGE.
- STEIN, ERNESTO, MARIANO TOMÁIS, KOLDO ECHEBARRÍA, MARK PAYNE Y EDUARDO LORA (2006), *La política de las políticas públicas. Progreso económico y social en América Latina: Informe 2006*, Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo.

STIGLITZ, JOSEPH (2003), “El rumbo de las reformas: hacia una nueva agenda para América Latina”, *Revista de la CEPAL*, núm. 80, pp. 7-40.

_____ (2008), ¿El fin del neoliberalismo?, en *diario espectador*, columna de opinión. Julio 13 de 2008.

STREET, SUSAN (1992), *Maestros en movimiento: transformaciones en la burocracia estatal (1978 – 1982)*, México: CIESAS.

TAVARES RIBEIRO SOARES, LAURA (2007), “La reforma de la previsión social en Brasil”, en Brachet-Márquez, Viviane (2007a), *Salud pública y regímenes de pensiones en la era neoliberal: Argentina, Brasil, Chile y México 1980 – 2000*, México: El Colegio de México.

TETELBOIN HENRION, CAROLINA (2007), “Balance del sistema privado de pensiones en Chile”, *Salud pública y regímenes de pensión en la era neoliberal: Argentina, Brasil, Chile y México, 1980-2000*. México: El Colegio de México.

TETELBOIN HENRION, CAROLINA Y DARÍO SALINAS (1984), “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, núm. 5 y 6, pp. 249-385.

TETELBOIN HENRION, CAROLINA Y JOSÉ A. GRANADOS, (1999), “Las ISAPRES y su impacto en el sistema de salud chileno”, *Salud Problema*, dic. 1999, pp. 7-14

TETELBOIN HENRION, CAROLINA, JOSÉ A. GRANADOS Y NORMA TOUMIER (2005), “Alternancia y política de salud en México”, *Estudios Sociológicos*, vol. XXIII, núm. 67, pp. 75-93.

THOENING, JEAN-CLAUDE Y IVES MENY (1992), *Las políticas públicas*, Barcelona: Ariel Editorial.

TILLY, CHARLES (1991), *Grandes estructuras, procesos amplios, comparaciones enormes*, Madrid: Alianza Universidad.

_____ (1998), *La desigualdad persistente*, Buenos Aires: Manantial

TITELMAN, DANIEL (2000), “Reformas al sistema de salud en Chile: desafíos pendientes”, *Serie Financiamiento del Desarrollo*, núm. 104, CEPAL, Naciones Unidas.

TITMMUS, RICHARD (1958), *Essays on the Welfare State*, London: Unwin University Books.

- TOBAR, YANETH, HÉCTOR RIVEROS Y ANDRÉS SOTO (1999), “El gasto militar en Colombia: aspectos macroeconómicos y microeconómicos”, *Revista de la Cepal*, núm. 69, pp. 163-180.
- TONO, TERESA, LIGIA VELÁSQUEZ Y LAURA CASTAÑEDA (2002), *El impacto de la reforma sobre la salud pública: el caso de la salud sexual y reproductiva*, Bogotá: Fundación Corona.
- TORRENEGRA, ELISA CAROLINA (2005), “La reforma a la salud: beneficios y retos”, *Gerencias y Políticas de Salud*, vol. 4, núm. 9, p.216 – 219.
- TURBAY AYALA, JULIO CESAR (1982), *Memorias de un cuatrienio 1978-1982: política social*, Colombia: Editorial Presencia.
- URIBE DE HINCAPIÉ, MARÍA TERESA (1993), “Legitimidad y violencia: una dimensión de la crisis política colombiana”, en *Rasgando Velos: ensayos sobre la violencia en Medellín*, Colombia: Universidad de Antioquia.
- VÁZQUEZ, MARIA LUISA (2002) “Equidad y reformas de los sistemas de salud de Latinoamérica” *Revista de Salud Pública*, vol. 18 núm. 4., pp. 1-11.
- VEGA ROMERO, ROMÁN (2001), “Evaluación de políticas de salud en relación con justicia social”, *Revista de Salud Pública*, vol. 3, núm. 2, julio de 2001, pp. 97-125.
- VELANDIA NARANJO, DURFARI, JAIRO RESTREPO ZEA Y SANDRA RODRÍGUEZ (2002), *Organismos reguladores del sistema de salud Colombiano: conformación, funcionamiento y responsabilidades*, Medellín: Grupo de economía de la salud, Centro de Investigaciones Económicas.
- VELA PEÓN, FORTINO (2004) “Un acto metodológico de la investigación social: la entrevista cualitativa”, en Tarres, María Luisa (ed.), *Observar, escuchar y comprender: sobre la tradición cualitativa en investigación social*, México: Miguel Ángel Porrúa y El Colegio de México.
- WILLIAMSON, JOHN (1990), “What Washington Means by Policy Reform”. en Williamson, Jhon (ed.), *Latin American adjustment. How much has happened?*, Washington, D. C: Institute for International Economics.
- YEPES LUJAN, FRANCISCO (1990), “La descentralización en el sector salud”, en *La Salud en Colombia: Estudio Sectorial de Salud*, Bogotá: Ministerio de Salud, p. 359-366.

- _____ (1999a), “Se desarrolla en Colombia una cultura del aseguramiento”, *Informando y reformando*, núm. 2, octubre-diciembre de 1999.
- _____ (2004) “La reforma a la Ley 100 de 1993: ¿un cambio sin mapa y sin brújula?”, *Gerencia y políticas de salud*, Vol. 3, núm. 7, p. 2-6.
- YEPES LUJAN, FRANCISCO Y LUZ HELENA SÁNCHEZ (2000), “La reforma del sector salud en Colombia: ¿Un modelo de competencia regulada?”, en Madies Claudia, Silvia Chiarveti y Marina Chorny, Aseguramiento y cobertura: dos temas críticos en las reformas del sector salud, *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 8, núm 1-2.
- YEPES PARRA, ANTONIO (1992), “Seguridad social para todos los colombianos: criterios para el desarrollo de las normas constitucionales”, en Cárdenas Miguel y Guillermo Olano (eds.), *Reforma de la Seguridad Social en Salud*, Colombia: Fescol, Fundación Friedrich Ebert y Fundación Restrepo Barco.
- YIN, ROBERT K. (1986), *Case Study Research*, United States of America: Sage Publications.
- _____, (2003), *Case Study Research: Design and Methods*, United States of America: Sage Publications (third edition).
- ZAPATA, FRANCISCO (2001), *Ideología y política en América Latina*, México: El Colegio de México.
- _____ (2005), *Cuestiones de teoría sociológica*, México: El Colegio de México.

Revista *Salud Colombia*

SALUD COLOMBIA (1998a), “Resumen: lo que sucedió con la salud en 1997”, *Salud Colombia: Public Health Journal On The Net*, núm. 14, <http://www.saludcolombia.com/actual/salud14/noticia14.htm>

_____ (1998b), “Un año a la defensiva”, *Editorial, Salud Colombia: Public Health Journal On The Net*, núm. 14, <http://www.saludcolombia.com/actual/salud14/editor14.htm>

_____ (1999a), “Resumen de noticias de 1998: se frenó la afiliación a EPS pero mejoraron sus cifras”, *Salud Colombia: Public Health Journal On The Net*, núm. 32, <http://www.saludcolombia.com/actual/salud32/noticia32.htm>

_____ (1999b), “La cartera de los hospitales públicos”, *Editorial, Salud Colombia: Public Health Journal On The Net*, núm. 32, <http://www.saludcolombia.com/actual/salud32/noticia32.htm>

_____ (1999c), “El informe del CNSSS ante el Congreso”, *Salud Colombia: Public Health Journal On The Net*, núm. 38, <http://www.saludcolombia.com/actual/salud38/noticia38.htm#El%20informe%20del%20CNSSS%20al%20Congreso>

_____ (1999d), “Reportaje con Iván Jaramillo Pérez: experto del sector”, *Salud Colombia: Public Health Journal On The Net*, núm. 39, <http://www.saludcolombia.com/actual/salud39/report39.htm>

_____ (1999e), “Se agudiza crisis de los hospitales públicos y EPS públicas sin viabilidad financiera”, *Salud Colombia: Public Health Journal On The Net*, núm. 39, <http://www.saludcolombia.com/actual/salud39/noticia39.htm>

_____ (1999f), “Desmenuzando los 13.8 billones del gasto en salud. Fallos trascendentales de la Corte Constitucional”, *Salud Colombia: Public Health Journal On The Net*, núm. 41, <http://www.saludcolombia.com/actual/salud41/noticia41.htm>

_____ (1999g), “Crisis hospitalaria: muchas causas y pocas soluciones”, *Salud Colombia: Public Health Journal On The Net*, núm. 42, <http://www.saludcolombia.com/actual/salud42/noticia42.htm>

_____ (1999h), “EPS: la intermediación en el régimen contributivo y su costo”, *Salud Colombia: Public Health Journal On The Net*, núm. 43, <http://www.saludcolombia.com/actual/salud43/noticia43.htm>

- _____ (2000a), “EPS privadas: capital salvaje o debilidad ética de los funcionarios”, *Salud Colombia: Public Health Journal On The Net*, núm. 43, <http://www.saludcolombia.com/actual/salud43/noticia43.htm>
- _____ (2000b), “Resumen del sector salud en 1999”, *Salud Colombia: Public Health Journal On The Net*, núm. 44, <http://www.saludcolombia.com/actual/salud44/noticia44.htm>
- _____ (2000c), “Reportaje con Germán Redondo: representante de los profesionales de la salud en el CNSSS”, *Salud Colombia: Public Health Journal On The Net*, núm. 46, <http://www.saludcolombia.com/actual/salud46/report46.htm>
- _____ (2000d), “¿Se acerca el fin del Instituto de Seguros Sociales? ”, *Salud Colombia: Public Health Journal On The Net*, núm. 46, <http://www.saludcolombia.com/actual/salud46/noticia46.htm>
- _____ (2000e), “La caída de las coberturas de vacunación ”, *Salud Colombia: Public Health Journal On The Net*, núm. 47, <http://www.saludcolombia.com/actual/salud47/noticia47.htm>
- _____ (2000f), “ISS se marchita sin una decisión política ”, *Salud Colombia: Public Health Journal On The Net*, núm. 49, <http://www.saludcolombia.com/actual/salud49/noticia49.htm>
- _____ (2000g), “El sorprendente reporte sobre la salud mundial ”, *Salud Colombia: Public Health Journal On The Net*, núm. 49, <http://www.saludcolombia.com/actual/salud49/noticia49.htm>
- _____ (2000h), “El informe del CNSSS al Congreso”, *Salud Colombia: Public Health Journal On The Net*, núm. 50, <http://www.saludcolombia.com/actual/salud50/noticia50.htm>
- _____ (2000i), “Reportaje con Jesús Piñacue: Senador indígena”, *Salud Colombia: Public Health Journal On The Net*, núm. 51, <http://www.saludcolombia.com/actual/salud51/report51.htm>
- _____ (2000j), “EPS a diciembre de 1999: negocio en alza”, *Salud Colombia: Public Health Journal On The Net*, núm. 51, <http://www.saludcolombia.com/actual/salud51/noticia51.htm>
- _____ (2000k), “El régimen subsidiado se aleja del contributivo”, *Salud Colombia: Public Health Journal On The Net*, núm. 53, <http://www.saludcolombia.com/actual/salud53/noticia53.htm>

-
- _____ (2001a), “Resumen de noticias del sector salud del año 2000”, *Salud Colombia: Public Health Journal On The Net*, núm. 54, <http://www.saludcolombia.com/actual/salud54/noticia54.htm>
- _____ (2001b), “Reportaje con Oscar Rodríguez Salazar: experto en seguridad social”, *Salud Colombia: Public Health Journal On The Net*, núm. 56, <http://www.saludcolombia.com/actual/salud56/report56.htm>
- _____ (2001c), “CNSSS informa al Congreso que el sistema no es sostenible”, *Salud Colombia: Public Health Journal On The Net*, núm. 60, <http://www.saludcolombia.com/actual/salud60/noticia60.htm>
- _____ (2001d), “EPS privadas al cierre del 2000”, *Salud Colombia: Public Health Journal On The Net*, núm. 60, <http://www.saludcolombia.com/actual/salud60/noticia60.htm>
- _____ (2001e), “Ley 715 del 2001: nuevas normas y competencias en salud”, *Salud Colombia: Public Health Journal On The Net*, núm. 62, <http://www.saludcolombia.com/actual/salud62/noticia62.htm>
- _____ (2002a), “Resumen de las noticias del sector durante el 2001”, *Salud Colombia: Public Health Journal On The Net*, núm. 63, <http://www.saludcolombia.com/actual/salud63/noticia63.htm>
- _____ (2002b), “Reportaje con Alonso Gómez Duque: ex-ministro de salud”, *Salud Colombia: Public Health Journal On The Net*, núm. 64, <http://www.saludcolombia.com/actual/salud64/report64.htm>
- _____ (2002c), “Empresas de salud entre las 100 más grandes del país”, *Salud Colombia: Public Health Journal On The Net*, núm. 64, <http://www.saludcolombia.com/actual/salud64/noticia64.htm>
- _____ (2002d), “Informe del CNSSS al Congreso”, *Salud Colombia: Public Health Journal On The Net*, núm. 66, <http://www.saludcolombia.com/actual/salud66/noticia66.htm>
- _____ (2002e), “Reportaje con Juan Carlos Giraldo: director de Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas”, *Salud Colombia: Public Health Journal On The Net*, núm. 67, <http://www.saludcolombia.com/actual/salud67/report67.htm>
- _____ (2003a), “El enfoque tras la desaparición del Ministerio de Salud”, *Salud Colombia: Public Health Journal On The Net*, núm. 69, <http://www.saludcolombia.com/actual/salud69/noticia69.htm>

_____ (2003b), “Reportaje con Herman Redondo: representante de los profesionales de la salud ante el CNSSS ”, *Salud Colombia: Public Health Journal On The Net*, núm. 72, <http://www.saludcolombia.com/actual/salud72/report72.htm>

_____ (2003c), “Informe del CNSSS al Congreso”, *Salud Colombia: Public Health Journal On The Net*, núm. 72, <http://www.saludcolombia.com/actual/salud72/noticia72.htm>

_____ (2004a), “¿En jaque nuevamente al régimen subsidiado?”, *Salud Colombia: Public Health Journal On The Net*, núm. 74, <http://www.saludcolombia.com/actual/salud72/noticia72.htm>

_____ (2004b), “Reportaje con Conrado Gómez: asesor de la Comisión Accidental de Salud”, *Salud Colombia: Public Health Journal On The Net*, núm. 75, <http://www.saludcolombia.com/actual/salud75/report75.htm>

_____ (2004c), “Para reformar la reforma”, *Salud Colombia: Public Health Journal On The Net*, núm. 75, <http://www.saludcolombia.com/actual/salud75/noticia75.htm>

_____ (2005), “Proyecto de Ley 052: reversa a la descentralización”, *Salud Colombia: Public Health Journal On The Net*, núm. 76, <http://www.saludcolombia.com/actual/salud76/noticia76.htm>

FUENTES PRIMARIAS

Periódico El Pulso (www.periodicoelpulso.com)

ARBELÁEZ ECHEVERRI, OMAIRA (2002), "Los acuerdos gobierno-ISS: un pacto con hilos extranjeros", *El Pulso*, num. 43, abril de 2002.

_____ (2003a), "La Ley 100 de 1993 de cumpleaños", *El Pulso*, num. 62 nov. de 2003.

_____ (2003b), "Sin novedad en el frente de la Protección Social - Diego Palacio Betancourt un ministro bajo la sombra de su antecesor", *El Pulso*, num. 55, abril de 2003.

ARBOLEDA ZAPATA, JUAN CARLOS (2003), "Hospitales públicos darán la pelea para no dejarse morir Ex ministro Galán Sarmiento llega a reforzar la posición del gremio", *El Pulso*, num. 56, mayo de 2003.

_____ (2006), "Red pública puede ser el costo de la universalización", *El Pulso*, num. 99, diciembre de 2006.

ARTEAGA LÓPEZ, LUZ ENIDIA (2004a), "En julio se presentará proyecto de Ley para reformar sistema de salud", *El Pulso*, num.68, mayo de 2004.

_____ (2004b), "Proyectos de reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud: discútanse, radíquense, retírense". *El Pulso*, num. 70, julio de 2004.

ARROYAVE ZULUAGA, IVÁN DARÍO (2004), "Ponencias unificadas de reforma: agua y aceite", *El Pulso*, num.75, diciembre de 2004.

_____ (2004b), "Secretaría de Salud de Bogotá: opuesta a propuestas del gobierno", *El Pulso*, num.75, diciembre de 2004.

_____ (2005a), "Clasificación de los recursos de la salud", *El Pulso*, num.79, abril de 2005.

_____ Darío (2005b), "Focalización del gasto público social", *El Pulso*, num.81, junio de 2005.

_____ (2005c), "El desbalance de las EPS públicas: muerte pronosticada", *El Pulso*, num.84, septiembre de 2005.

- _____ (2007), "La acción de tutela en salud: por la conquista de la integralidad", *El Pulso*, num. 108, septiembre de 2004.
- ATEHORTÚA MIRA, YULY ANDREA (2002), "Reporte de indígenas colombianos: en los extremos de la desatención o la malicia". *El Pulso*, num. 45, junio de 2002.
- BERSH ESCOBAR, DAVID "Los usuarios frente al CNSSS", *El Pulso*, num. 27, p. 3, Dic. de 2000.
- CABALLERO, MARTA CECILIA (2003) "Ley 550, un salvavidas para algunas IPS", *El Pulso*, num. 57, junio de 2003.
- CAMACHO ARCILA, JUAN FELIPE (1999) "ACEMI se pronuncia frente a la crisis del sector salud en el país: el problema colombiano es muy similar al que se presenta en la mayor parte de Latinoamérica, dice Oscar Emilio Guerra, director de la Asociación", *El Pulso*, num. 7, abril de 1999.
- CAMACHO, YESID (2004), Testimonio en Muñoz López, Olga, "Causas de siempre y soluciones ¿nuevas? En crisis hospitalaria", *El Pulso*, num. 71, agosto de 2004.
- CAMACHO M., MANUEL Y HENRY MAURICIO GALLARDO (1998), " La Ley 100 da para todo: aunque casi nunca para hablar de responsabilidad social", *El Pulso*. num. 4, Dic. -1998.
- CARDONA, ÁLVARO (1998), "No se ha aumentado la cobertura", *El Pulso*, núm. 3, noviembre de 1998.
- CARRILLO CANTILLO, JOSÉ (2006), "Conpes de cartera hospitalaria más dudas que certezas", *El Pulso*, núm. 99, diciembre de 2006.
- ECHAVARRÍA SALDARRIAGA, ALBERTO (1999), testimonio en Pérez, Patricia, "Clínicas privadas se unen a la ANDI para enfrentar crisis", *El Pulso*, num. 7, abril de 1999.
- ECHEVERRI ARBELÁEZ, OMAIRA, "Puntos clave del Acuerdo Integral y la CCT, ISS-Trabajadores-Gobierno. Elementos para la interpretación", *El Pulso*, num. 43, abril de 2002.
- ECHEVERRI LÓPEZ, ESPERANZA (2000), ¿Que es la calidad para los usuarios?, *El Pulso*, núm. 27, dic. de 2000.

EL PULSO (1999), "Resumen de las principales propuestas del foro de salud regional de occidente realizado en Rionegro en febrero de 1999", *Editorial en el Pulso*, num. 5.

_____ (2000a), "La salud de las EPS", *Editorial en el Pulso*, núm. 21, julio – 2000.

_____ (2000), "Los principales desafíos del sistema de salud en Colombia: Apartes de la intervención de Ministra de salud Sara en el X Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sistemas Privados de Salud, realizado en Cartagena, el 20 de septiembre 2000", *El Pulso*, núm. 26, nov. de 2000.

_____ (2001), "El Tejemaneje del Régimen Subsidiado", *Editorial en el Pulso*, num. 47, agosto de 2001.

_____ (2003), "La cirugía de las EPS públicas", *Editorial en el Pulso*, num. 59, agosto de 2003.

_____ (2004), "¿Quién es quien en el sistema?", *Editorial en el Pulso*, num. 64, enero de 2004.

_____ (2004), "Hospitales cerrados, dirigentes errados", *Editorial en el Pulso*, num. 71, agosto de 2004.

_____ (2004), "Reestructurar, “¿a quién, por qué y para qué?”, *Editorial en el Pulso*, num. 66, marzo de 2004.

_____ (2005), "La salud pública un mal negocio", *Editorial en el Pulso*, num. 87, diciembre de 2005.

FEDERACIÓN COLOMBIANA DE MUNICIPIOS, COSESAM (2005), ¿Municipios se roban, retienen o desvían recursos del régimen subsidiado?, *El Pulso*, núm. 79, abril de 2005.

FRANCO G., ÁLVARO (2000), "La Salud en la Agenda política", *El Pulso*, núm. 22, Julio de 2000.

GÁLVIS, VIRGILIO (1998), "Estoy tratando de demostrar que la plata del Sistema se la han robado", *El Pulso*, núm. 4, dic. 1998.

GIRALDO VELÁSQUEZ, LEOPOLDO, "Las Empresas Sociales del Estado, se verían abocadas al cierre de servicios", *El Pulso*, num. 1, septiembre de 1998.

- GIRÓN, JOSÉ ANTONIO (1999), "La medicina en una encrucijada ética", *El Pulso*, núm. 5, Feb. 1999.
- GÓMEZ, CARLOS ALBERTO (2000), "Acerca de la selección adversa", *El Pulso*, núm. 18, marzo de 2000.
- GÓMEZ, FRANCISCO DE PAULA (2004a), "Expectativas ante reforma al sistema de salud", *El Pulso*, núm. 75, diciembre de 2004.
- _____ (2004b), "¿Se está gestando una reforma a la Ley 100 de 1993?", *El Pulso*, num. 66, marzo de 2004.
- _____ (2005), "La reforma de salud aprobada en la primera legislatura", *El Pulso*, núm. 77, febrero de 2005.
- GUERRA HOYOS, BERNARDO ALEJANDRO (2006), Testimonio en Guzmán, Hernando, "Ajustes a la Ley 100: un parto de alto riesgo", *El Pulso*, núm. 93, junio de 2006.
- GUZMÁN, HERNANDO (2006a), "Tutela o no tutela: that is the question", *El Pulso*, núm. 93, junio de 2006.
- _____ (2006b), "Fracasó el Proyecto de Ley 052: la gran estafa", *El Pulso*, núm. 94, julio de 2006.
- HENAO, ELSA VICTORIA (2000), "Pertinencia de las ARS", *El Pulso*, núm. 20, Mayo de 2000.
- HERNÁNDEZ GAMARRA, ANTONIO (2005), Testimonio en Largo Arteaga, Luz Enidia "Aseguramiento eje principal de la reforma a la Ley 100?", *El Pulso*, num. 83, agosto de 2005.
- ISAZA VILLA, SERGIO (2004), "Ley 100 debe ser reemplazada por otra ley de salud y seguridad social", *El Pulso*, num. 67, abril de 2004.
- JIMÉNEZ, JORGE L. (2006), "Y se cayó la reforma", *El Pulso*, num. 95, agosto de 2006.
- JURADO, CARLOS EDUARDO (2006), "Impacto del sector salud", *El Pulso*, num. 95, agosto de 2006.
- LARGO ARTEAGA LÓPEZ, LUZ ENIDIA (2004a), "Proyecto de ley 180, hijo de la Academia Nacional de Medicina", *El Pulso*, num. 70, julio de 2004.

_____ (2004b) "Para el presidente Uribe urge reforma de fondo al régimen subsidiado", *El Pulso*, num. 70, julio de 2004.

_____ (2004c), "Proyecto de ley 241, propuesta gubernamental", *El Pulso*, num. 70, julio de 2004.

_____ (2004d), "Seguimiento a proyectos de reforma al sistema de salud Reformar la Ley 100/93, ¿a favor de quién o de qué?", *El Pulso*, num. 73, octubre de 2004.

_____ (2004e), "¿Bajo la sombra de otros intereses del gobierno nacional?", *El Pulso*, num.75, diciembre de 2005.

_____ (2004f), En la defensoría del pueblo: escépticos con tanta reformitis", *El Pulso*, num.75, diciembre de 2005

_____ (2005a), "Aseguramiento eje principal de la reforma a la Ley 100?", *El Pulso*, num. 81, junio de 2005.

_____ (2005b), "Limites a la integración vertical blindarían financieramente red hospitalaria", *El Pulso*, num. 82, julio de 2005.

_____ (2005c), "Consideraciones para el segundo debate al Proyecto 052: reforma a la Ley 100 sólo para equilibrar intereses del sistema", *El Pulso*, num. 83, agosto de 2005.

LONDOÑO, JUAN LUIS (2002), Testimonio en Muñoz López, Olga y Omaira Arbeláez "Plan estratégico de salud: quitarle los foquitos al árbol de navidad", en *El Pulso*, núm. 50, nov. de 2002.

MANUEL CAMACHO, SERGIO CASTAÑO Y HENRY GALLARDO (1998), "¿Qué está pasando con los hospitales?", *El Pulso*, núm. 1, sep. de 1998.

MONGUE, MARCELA (2002), "Salud sin garantías en medio del conflicto armado", *El Pulso*, num. 43, abril de 2002.

MONTOYA QUIROZ, MAURICIO (2002), "Juan Luis Londoño: a reformar la reforma", *El Pulso*, num. 46, julio de 2002.

MUÑOZ LÓPEZ, OLGA Y OMAIRA ARBELÁEZ, (2002), "Ministro de salud Juan Luis Londoño: hay recurso pero no hay liquidez", *El Pulso*, num. 50, nov. de 2002.

MUÑOZ LÓPEZ, OLGA (2001a), "¿Se mantendrá freno al recorte presupuestal del régimen subsidiado?", *El Pulso*, num. 27, enero de 2001.

_____ (2001b), "Cobertura en salud: asignatura pendiente", *El Pulso*, num. 36, septiembre de 2001.

_____ (2002), "Propuestas de ajuste al sistema de salud: Programa de Apoyo a la Reforma BID", *El Pulso*, num.48, sep. de 2002.

_____ (2003a), "Llegó la reforma al régimen Subsidiado: con Propuesta de Acuerdo Marco", *El Pulso*, num. 53, feb.2003.

_____ (2003b), "Salud a la sombra de la protección social. Informe del CNSS", *El Pulso*, num. 60 , sep de 2003.

_____ (2003c), "10 años de Ley 100 Consensos, disensos, perversiones y fantasías", *El Pulso*, num. 62, nov. 2003.

_____ (2004a), "Análisis de los 10 años de Ley 100 en el Encuentro de Quirama", *El Pulso*, num. 67, abril de 2004.

_____ (2004b), "Revisión y cambio de la Ley 100 Reformar el sistema de salud, ¿urgente, pero no tanto?", *El Pulso*, num. 70, julio de 2004.

_____ (2004c), "¿Habemus reforma de salud?", *El Pulso*, num. 75, julio de 2004.

_____ (2004d), "ACHC: hay que pasar a una segunda fase de la reforma?", *El Pulso*, num. 75, julio de 2004.

_____ (2006), "La salud en la campaña presidencial: propuestas incompletas, propuestas preocupantes", *El Pulso*, num. 92, mayo de 2006.

_____ (2006), "Gobierno de Uribe liquidará al Seguro Social", *El Pulso*, num. 96, septiembre de 2006.

_____ (2006), "Sintraseguridad Social: renegociaremos la convención de trabajo", *El Pulso*, num. 96, septiembre de 2006.

_____ (2008), "La tutela y el derecho a la salud, periodo 2003-2005", *El Pulso*, num. 112, enero de 2008.

OCHOA, ANA (1999a), "Eso es una infamia: Federación Colombiana de Municipios rechaza denuncias sobre desvío de dinero" *El Pulso*, num. 7, abril de 1999.

_____ (1999b), "Infracciones a la salud en el conflicto armado colombiano - Violaciones múltiples al derecho: cada 36 horas un ataque a la misión médica", *El Pulso*, num. 12, octubre de 1999.

_____ (2001a), "Aquí hay enfermos de primera, segunda y tercera categoría", *El Pulso*, num. 33, junio de 2001.

_____ (2001b), "La salud de los desplazados, Eso de morir por culpa de un dato", *El Pulso*, num. 29, Feb. 2001.

_____ (2002a), "Reglamentación de la Ley 715 de 2001: menos recursos para vinculados", *El Pulso*, num. 42, marzo de 2002.

_____ (2002b), "Ley 715: el volcán por dentro", *El Pulso*, núm. 42, marzo de 2002.

ORDÓÑEZ NORIEGA, SARA (2001a), " Responde el Ministerio", *El Pulso*, núm. 30, marzo 2001.

ORDÓÑEZ, SARA (2001b), "Carta de renuncia al Ministerio de Salud" *El Pulso*", núm. 38, nov.2001.

ORREGO M. DORIS (1999), "La voz de los usuarios de los servicios de salud", *El Pulso*, num. 11, Agosto de 1999, Ordóñez, Sara (2000), "Los principales desafíos del sistema de salud en Colombia: Apartes de la intervención de Ministra de salud Sara en el X Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sistemas Privados de Salud, realizado en Cartagena, el 20 de septiembre 2000", *El Pulso*, núm. 26, nov. de 2000.

PALACIO BETANCOURT, DIEGO (2004), Testimonio en Muñoz López Olga, "Lo que dice el Ministerio de la Protección Social", *El Pulso*, núm. *El Pulso*, núm. 67, junio de 2002.

PELÁEZ, JAIME ALBERTO (2002), "Las EPS y las entidades de medicina prepagada continúan súper alivianadas", *El Pulso*, núm. 45, junio de 2002.

_____ (1998), "Perspectivas de la Seguridad Social en Salud", *El Pulso*, núm. 0, julio de 1998.

_____ (2000a), "Avances del sistema de seguridad social en salud", *El Pulso*, num. 25, octubre de 2000.

_____ (2000b), "Observatorio: salud para los pobres entre el derecho y la economía", *El Pulso*, num. 25, octubre de 2000.

- _____ y Mejía, Aurelio (2006), "La unidad de pago por capitación en el 2006", *El Pulso*, num. 90, marzo de 2006.
- _____ y Restrepo, Nataly (2006), "Cobertura del Sistema General de Seguridad Social 2005-2006", *El Pulso*, num. 97, octubre de 2006.
- RESTREPO, LUISA FERNANDA (2002), "La salud en la mira", *El Pulso*, num. 41, feb. de 2002.
- RESTREPO, ROMAN (2002), "Ley 715: el sacrificio de la inversión social", *El Pulso*, núm. 43, abril de 2002.
- REYES FORERO, GERMÁN (1999), Testimonio en Orrego, Doris Janeth (1999), "Médicos desplazados por el negocio", *El Pulso*, núm. 9, junio de 1999.
- _____ (2004), Testimonio en Largo Arteaga, Luz E., "Reformar la Ley 100/93 a favor de quién o qué: seguimiento a proyectos de reforma al sistema?", *El Pulso*, núm. 73, octubre de 2004.
- ROJAS, JOSÉ DARÍO (2001), "La Federación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y los Hospitales Públicos", *El Pulso*, num. 30, marzo de 2001.
- SEGURA, HERLAYNNE Y ALEJANDRO BAENA (2002), "Fracasos y logros del sistema de focalización del gasto público: SISBEN el sueño de la equidad en el país de la desigualdad", *El Pulso*, num. 40, enero 2002.
- TORO BRIDA, MAURICIO (1998), "Las EPS no son las responsables de la crisis económica de las IPS", *El Pulso*, núm. 2, p. 4 Oct. de 1998.
- TORO RESTREPO, JULIO ERNESTO (1998), "La cara social de la Seguridad Social", *El Pulso*, num. 1, Septiembre de 1998.
- _____ (1999), "Debate médico", *El Pulso*, num. 11, Agosto de 1999.
- URIBE ARCILA, JUAN FERNANDO (2002), "El carrusel de la muerte", *El Pulso*, num. 42 marzo de 2002.
- URIBE VÉLEZ, ÁLVARO (2004), Testimonio en Muñoz López, Olga, "Causas de siempre y soluciones ¿nuevas? En crisis hospitalaria", *El Pulso*, num. 71, agosto de 2004,
- VARGAS, PATRICIA (2001), "Las empresas aseguradoras: un exuberante oasis en el desierto de la salud", *El Pulso*, num. 34, julio de 2001.

VELANDIA, DURFARI (2001), "Aseguradoras de salud: entre las 300 más grandes del país", *El Pulso*, num. 32, Mayo de 2001.

VÉLEZ CADAVID, MAURICIO (2000), "En conclusión la capitación es una modalidad de pago muy eficiente y válida que se debe utilizar con el soporte necesario para cumplir su objetivo y no como una forma ciega de transferir el riesgo", *El Pulso*, num. 18, Marzo de 2000.

VÉLEZ GÓMEZ, CONRADO (2004a), "¿Hacia donde miramos?", *El Pulso*, num. 75, diciembre de 2004.

_____ (2004a), "No hay mensaje de urgencia para adelantar la reforma", *El Pulso*, num. 75, diciembre de 2004.

_____ (2005), "la estrategia es subsidios parciales", *El Pulso*, num. 78, marzo de 2005.

YÉPEZ PARRA, ANTONIO (1998), "La ley 100, carencia de una concepción de la salud", *El Pulso*, núm. 0, julio de 1998.

YEPES DELGADO, CARLOS E. (2006), "Proyecto de Ley 052 no corrige problemas de la Ley 100", *El Pulso*, núm. 89, febrero de 2006.

OTRAS FUENTES PRIMARIAS:

CENTRAL UNITARIA DE TRABAJADORES CUT (1992), "Memorando a los miembros de la subcomisión constitucional de la reforma a la seguridad social", en Cárdenas Miguel y Guillermo Olano (eds.), *Reforma de la Seguridad Social en Salud*, Colombia: Fescol, Fundación Friedrich Ebert y Fundación Restrepo Barco.

DÍAZ URIBE, EDUARDO (1990), *Memoria al Congreso 1986-1990*, Colombia: Ministerio de Salud.

GACETA DEL CONGRESO DE COLOMBIA (1975), "Informe de la subcomisión encargada de discutir el proyecto de ley por el cual se conceden facultades al ejecutivo para reorganizar el Ministerio de Salud y el Sistema Nacional de Salud", martes 13 de mayo, pp. 241-244.

GACETA DEL CONGRESO DE COLOMBIA (1976), "Ponencia para primer debate al proyecto de ley número 66 de 1976 por el cual se reviste al presidente de facultades extraordinarias para determinar la estructura, régimen y

organización de los seguros sociales obligatorios y de las entidades que los administran”, lunes 25 de octubre, pp. 1177-1186.

GACETA DEL CONGRESO DE COLOMBIA (1977), “Leyes sancionadas: ley 12 de 1977 por la cual se reviste al presidente para determinar la estructura, régimen y organización de los servicios sociales obligatorios y de las entidades que los administran”, en *Anales del Congreso*, lunes 21 de febrero, pp. 97.

GACETA DEL CONGRESO DE COLOMBIA (1993), *Ponencia para segundo debate al proyecto 155 de 1992, por el cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se adoptan otras disposiciones*, año II, núm. 281, Bogotá: Imprenta Nacional, jueves 19 de agosto de 1993.

GACETA DEL CONGRESO DE COLOMBIA (1993), *Ley 100 de 1993: por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*, año II, núm. 478, Bogotá: Imprenta Nacional, viernes 24 de diciembre de 1993.

GACETA DEL CONGRESO DE COLOMBIA (1993), *Ponencia para primer debate al proyecto de ley núm. 155 de 1992, por el cual se crea el sistema de ahorro pensional y se dictan otras disposiciones en materia de seguridad social*, año II, núm. 130, Bogotá : Imprenta Nacional, viernes 14 de mayo de 1993.

GACETA DEL CONSTITUCIONAL (1991), *Proyecto núm. 46 de acto reformativo de la Constitución política colombiana presentado por Carlos Lemos Simons*, 15 de marzo de 1991.

GACETA DEL CONSTITUCIONAL (1991), *Ponencia con propuesta de reforma al sistema de seguridad social, presentada por Angelino Garzón, Guillermo Perry e Iván Marulanda*, 15 de abril de 1991.

GACETA DEL CONSTITUCIONAL (1991), *Informe ponencia para primer debate sobre finalidad del Estado en la seguridad social, presentada por Antonio Yepes Parra, Carlos Lemos y Rodrigo Lloreda*, 18 de abril de 1991.

GACETA DEL CONSTITUCIONAL (1991), *Ponencia sobre seguridad social y salud, presentada por Antonio Yepés Parra*, 3 de julio de 1991

GACETA DEL CONSTITUCIONAL (1991), *Discurso de clausura de la Asamblea Constituyente del Presidente Cesar Gaviria Trujillo*, julio 7 de 1991.

GAVIRIA DÍAZ, CARLOS (2007), “Del monopolio público al monopolio privado”, en *Momento Médico*, núm. 89, ene. – feb. De 2007.

INTEGRANTES DE LA SUBCOMISIÓN DE SALUD (1992), "Memorando al ministro de trabajo y seguridad social", en Cárdenas Miguel y Guillermo Olano (ed.), *Reforma de la Seguridad Social en Salud*, Colombia: Fescol, Fundación Friedrich Ebert y Fundación Restrepo Barco.

MARULANDA, STEVENSON, MANUEL GALINDO Y GERMÁN GARZÓN (2005), "Análisis y posición del colegio médico colombiano y de la asociación colombiana de sociedades científicas sobre el proyecto de ley 052", Bogotá, junio 7 de 2005.

RAMÍREZ, GLORIA, PETRO, GUSTAVO, MORENO, IVÁN Y AVELLANEDA, CARLOS (2006), "No a la reforma", *comunicado público del Polo Democrático*, diciembre de 2006

REYES, GERMÁN (2007), "Ley 1122 profundiza aun más los problemas del sistema de salud", en *Comunicado Público*, 27 de feb. 2007.

ROBLEDO, JORGE ENRIQUE (2005), "*Intervención en la discusión del proyecto de reforma a la Ley 100*, reforma a la ley 100 - al servicio de la politiquería, el clientelismo y la reelección". Plenaria del Senado 9 de junio de 2005.

PERIÓDICO EL TIEMPO (2008), "Salud: a barajar y repartir de nuevo", *Editorial El Tiempo*, 23/10/08

TORO, DILIAN FRANCISCA, GUERRA, BERNARDO Y RAFAEL PARDO (2004), *Informe de avances de la comisión accidental para el SGSSS*, Colombia.