

DEBATE

Universidad Nacional de Colombia, Santafé de Bogotá.
Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina

***EL ENFOQUE SOCIOPOLÍTICO PARA EL ANÁLISIS DE LAS REFORMAS SANITARIAS
EN AMÉRICA LATINA****

Mario Hernández Álvarez¹

RESUMEN: Tomando en cuenta el informe sobre la salud mundial 2000, de la Organización Mundial de la Salud, se analiza el porqué el resultado presentado en el mismo es contraproducente, y no concuerda con lo que aprecian la mayoría de los sanitaristas que lo estudian. Se trata entonces de un análisis de contenido del informe sobre la salud mundial 2000 y de otros documentos sobre reforma sanitaria, utilizando el enfoque sociopolítico como método y recurso heurístico o una manera de ver el problema. El debate sobre los sistemas de salud se ha concentrado en el dilema entre equidad y eficiencia. Las posiciones van desde los que consideran que no existe tal dilema, en la medida en que el mercado resuelve directamente la distribución mientras se respete la elección individual, hasta los que piensan que es necesario priorizar la opción política por la equidad para luego desarrollar estrategias de manejo eficiente de los recursos. Así piensa el autor. Profundizando en el caso colombiano, nacionalidad del autor, se afirma que el diseño de la reforma en su país y otros latinoamericanos no logra una garantía de derecho a la salud, tal como se promete. Son componentes de la reforma del sistema en Colombia: aseguramiento obligatorio con un fondo único administrado por el Estado, establecer un plan mínimo obligatorio de beneficios, contratar a los administradores del seguro de pólizas individuales ajustadas a riesgo y desarrollar mecanismos de focalización del gasto público para incorporar al mercado a los extremadamente pobres. Para el análisis de las reformas sanitarias, la perspectiva de las redes de poder organizadas y superpuestas permite explorar la articulación entre las políticas estatales, como las de salud y seguridad social, y las relaciones económicas, sociales y políticas en una sociedad particular. Los estados se construyen en el conflicto entre las fuerzas sociales. Tal conflicto resulta de la relación entre las diferentes órdenes posibles, contruidos, vividos e imaginados por las distintas formas de organización social. Se trata entonces de conflictos normativos, sustentados en relaciones sociales y económicas. En el caso de la asistencia médica moderna los sistemas de valores se confrontan para tratar de establecer lo que se considera justo. Esto es, a que se tiene derecho. Allí se ubican los modelos diseñados por la tecnocracia, pero siempre existen muchos más, los que los actores sociales construyen desde su propia concepción. En medio de los conflictos normativos se construyen las culturas políticas, es decir, el conjunto de estructuras simbólicas y prácticas sociales mediante las cuales se ejerce el poder. Así, se producen confrontaciones permanentes entre fuerzas de conservación y de transformación encarnadas en actores sociales, lo que constituye, en un sentido amplio, el «proceso sociopolítico» de las sociedades.

DeCS: REFORMA DEL SECTOR SALUD; ECONOMÍA DE LA SALUD; AMÉRICA LATINA.

* Ponencia presentada al VIII Congreso Latinoamericano de Medicina Social y XI Congreso de la Asociación Internacional de Políticas de Salud, La Habana, del 3 al 7 de julio de 2000.

¹ Médico, especialista en Bioética. Magíster en Historia y candidato a doctor en Historia. Profesor del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Santafé de Bogotá.

INTRODUCCIÓN

Hace un par de semanas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ubicó a Colombia en el lugar 22 entre los 191 países miembros, en su evaluación sobre el desempeño de los sistemas de salud en el mundo.¹ Incluso, Colombia aparece, de manera sorprendente, como el mejor país latinoamericano por encima de Chile, Costa Rica y Cuba.² ¿Por qué un país en guerra prolongada, con indicadores de salud que siempre dejaron mucho que desear, de pronto aparece como el mejor de la región? Me atrevería a sugerir una respuesta en 2 partes articuladas: primero, porque Colombia es el país que incorporó de la manera más sistemática los criterios centrales del modelo hegemónico de las reformas sanitarias, impulsado por el Banco Mundial; y segundo, porque varios de los técnicos que diseñaron o divulgaron el modelo son los autores de la evaluación desarrollada con el apoyo de la OMS. Nombres como Ceam Jamison, Chistopher Murray, Phillip Musgrove y Nancy Birdsall aparecen en el grupo técnico de la OMS y en los documentos del Banco Mundial de 1987³ y 1994,⁴ en los cuales se plantearon los criterios para las reformas sanitarias. La novedad en el grupo de la OMS es el doctor Julio Frenk, quien junto con Juan Luis Londoño, exministro de salud de Colombia y promotor de la reforma en ese país, ha divulgado el modelo colombiano como el más cercano al ideal del «pluralismo estructurado»,⁵ del cual se toman las funciones básicas de los sistemas de salud para el informe de la OMS. Aunque puede decirse que el pluralismo estructurado es más bien una adaptación de la propuesta de Enthoven denominada «competencia regulada o administrada»,⁶ los 2 modelos incluyen los criterios básicos adoptados por el Banco Mundial. El Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia, creado por la Ley 100 de 1993, viene a ser algo así como una autoafirmación del modelo hegemónico. Y la OMS, antes un poco marginada de los debates sobre economía de la salud, con este informe se puso a tono con la corriente predominante, para dar comienzo a una nueva etapa institucional.

Como sabemos, el debate sobre los sistemas de salud se ha concentrado en el viejo dilema entre equidad y eficiencia. En principio, todas las sociedades han enfrentado este dilema y lo han resuelto de diferente manera.⁷ Pero en el último siglo, el aumento desproporcionado de los costos de la atención en salud ha exacerbado la tensión. En este debate, las posiciones van desde los que consideran que no existe tal dilema, en la medida como el mercado resuelve correctamente la distribución mientras se respeta la elección individual, hasta los que pensamos que es necesario priorizar la opción política por la equidad, para luego desarrollar estrategia de manejo eficiente de los recursos.⁸

Dependiendo de cómo se ha entendido cada uno de los términos del dilema, se han desarrollado modelos específicos de organización de los servicios. El modelo de la «competencia regulada o administrada» y el de «pluralismo estructurado» pretenden resolver el dilema mediante la priorización de la eficiencia sobre la equidad. Esto es, la convicción de que se logra más equidad entre más eficiente

sea el uso de los recursos. Para esto, se supone que los mercados tienden a favorecer la eficiencia, si se deja que la libre elección, es decir, la demanda, presione a los oferentes. Pero, al mismo tiempo, se reconoce que estos mercados son imperfectos en el campo de la salud, por lo cual deben ser regulados por el Estado, mediante una serie de estrategias minuciosas. Dicha regulación en todo caso, ya no implica simplemente «hacer cumplir los contratos», como diría North,⁹ sino crear incentivos para que los agentes del mercado prefieran una mejor distribución de los beneficios. Esto implica que el modelo confía en que los agentes de mercado actúan racionalmente hacia la maximización de los beneficios y que los incentivos bien diseñados son suficientes para conducirlos por el buen camino de la redistribución. Pero también incluye mecanismos de obligatoriedad en algunos aspectos de las relaciones entre agentes, que limitan la operación libre de los mercados.¹⁰ En síntesis, no se trata de un libre mercado, aunque sin duda se parte del supuesto de que el mercado es naturalmente más eficiente que el Estado para el manejo de los recursos y de la separación entre bienes privados y bienes públicos de la teoría neoclásica. De allí se deriva la priorización de la eficiencia para el logro de mayor equidad.

Existen críticas al modelo desde muchos aspectos, que no puedo profundizar aquí. El hecho es que éste creció junto con la globalización tecnológica y financiera del capitalismo, la crisis del socialismo real y del Estado del Bienestar, y la hegemonía del neoliberalismo. También hay que reconocer que se ha hecho fuerte porque ofreció soluciones a las inequidades generadas por el mismo mercado, sin que se haya valorado suficientemente su éxito.¹⁰

En el proceso de formulación del Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia, el modelo sufrió transformaciones importantes desde el punto de vista técnico. El hecho de incorporar el aseguramiento obligatorio con un fondo único administrado por el Estado (Fondo de Solidaridad y Garantía), de establecer un plan mínimo obligatorio de beneficios (Plan Obligatorio de Salud -POS), de contratar a los administradores del seguro con pólizas individuales ajustadas por riesgos (Unidad de Pago por Capitación -UPC), una manera diferente de entender el concepto de Unidad de Capitación, usado en la contratación de los proveedores de servicios en otros países. Agradezco a Mauricio Restrepo esta aclaración conceptual, y de desarrollar mecanismos de focalización del gasto público para incorporar al mercado a los extremadamente pobres (el régimen subsidiado con todos sus mecanismos de operación), son los aspectos más importantes. Puede decirse que estos mecanismos están siendo incorporados en las reformas de todos los países latinoamericanos, en mayor o menor grado. Ya he expresado en otra oportunidad, que no comparto la idea de que por medio de este diseño sofisticado se pueda lograr una garantía del derecho a la salud en Colombia, tal como el modelo promete.¹¹ El aumento del gasto total en salud con coberturas que no pasan del 60 % y con serios obstáculos para mejorarlas; el deterioro de las acciones de control de

enfermedades prioritarias; el deterioro progresivo de la red hospitalaria pública; el encarecimiento de la atención de los pobres con un plan de beneficios inferior al mínimo; la persistencia de seguros privados que confrontan la obligatoriedad, todo apunta hacia una nueva fragmentación del sistema que legitima las inequidades del mercado. Esto es, servicios para ricos, para trabajadores asalariados y para pobres, con diferencias indeseables en términos de oportunidad, eficacia y calidad. Los seguros privados en Colombia se denominan «medicina prepagada» y constituyen un sector importante, siempre subvalorado, que consume grandes recursos para poca población y quiebra la solidaridad del sistema.

Pero no pretendo refutar los hallazgos, los indicadores y la información en que se basa el informe de la OMS para decir que Colombia es el mejor, aunque tengo serias dudas. Esto requiere un trabajo extenso y colectivo que apenas comienza. Lo que me interesa mostrar es que los modelos no son neutros desde el punto de vista ético-político. Los modelos compiten en las sociedades concretas. Unos logran ser hegemónicos de acuerdo con el lugar que ocupan en las relaciones de poder de las sociedades. En esas relaciones se construyen y sobre ellas se apoyan. Por ahora, no importa que no estemos de acuerdo. Sólo quiero aprovechar el corto espacio del que dispongo para tratar de responder la siguiente pregunta: ¿por qué Colombia avanzó más profundamente que otros países latinoamericanos en la incorporación del modelo hegemónico de las reformas? La respuesta todavía constituye un conjunto de hipótesis. Pero he decidido proponerlas, porque me sirven de ejemplo de lo que constituye el eje de esta ponencia. Esto es, la posibilidad de utilizar un recurso heurístico para el análisis comparativo de las reformas sanitarias en América Latina al que he denominado, a falta de un nombre más preciso, «el enfoque sociopolítico». Para lograr este propósito, presentaré primero los ejes conceptuales del enfoque, para luego abordar las potencialidades que ofrece, tanto en el terreno del trabajo histórico como en el plano de la acción política. Finalmente, volveré a la pregunta central.

EL ENFOQUE SOCIOPOLÍTICO

Antes de tratar de responder el porqué Colombia adelantó un proceso rápido de incorporación de este modelo, es necesario presentar los aspectos centrales del enfoque sociopolítico. No se trata de una nueva teoría. Es sólo un recurso heurístico o una manera de ver el problema. En el campo de la Medicina Social hemos visto una serie de esfuerzos para superar el análisis estrictamente económico o administrativo de las políticas de salud. Gracias a estos esfuerzos, contamos con una serie de trabajos adelantados por grupos académicos que han construido escuela.¹² Tal vez el aspecto más importante de estos trabajos está en su intención de identificar las mediaciones entre los

macroprocesos de transformación del capitalismo y del Estado en América Latina, con los cambios en las políticas de salud. Mi intención no es otra que aportar en el mismo sentido, convencido de que no se trata de un asunto reservado a la tecnocracia.

El enfoque parte de entender las sociedades, en plural, como «múltiples redes socioespaciales de poder que se superponen y se intersectan».¹³ Estas redes constituyen «organizaciones», esto es «medios institucionales de alcanzar objetivos humanos». Michael Mann propone entender las relaciones entre las redes a través de 4 «fuentes de poder social» que se entrelazan: ideológica, económica, militar y política. Cada una de estas fuentes de poder produce formas específicas de organización de las relaciones sociales, con particularidades que se definen según las características del tipo de poder que predomina en cada fuente. Mediante una combinación de 2 ejes, Mann tipifica el poder como extensivo, y autoritario o difuso. Así, en el aparato militar, por ejemplo, el poder es intensivo y autoritario como el que más, mientras en el ámbito económico el poder del mercado es extensivo y difuso.

Desde esta perspectiva, los cambios en las sociedades se producen por el predominio de una de las fuentes del poder social sobre las otras, resultante de la interacción en el tiempo, lo que define cierta especificidad en la organización del conjunto de las redes de poder constitutivas de la sociedad particular. Pero tal predominio no es más que una resultante. No constituye una ley ni es definitivo. Los cambios sociales provienen, con frecuencia, de los intersticios entre las organizaciones, allí donde los sujetos escapan a las fuentes de poder predominantes. En cierto sentido, la perspectiva de Mann se toca con la de Foucault, para quien los sujetos ejercen poder en cada una de las relaciones que establecen con los otros y siempre ofrecen resistencias a las intenciones de conducción externas, sean o no visibles e institucionales.¹⁴

Para el análisis de las reformas sanitarias, la perspectiva de las redes de poder organizadas y superpuestas permite explorar la articulación entre las políticas estatales, como las de salud y de seguridad social, y las relaciones económicas, sociales y políticas en una sociedad particular. Las políticas son, en todo caso, decisiones y acciones de Estado que se expresan en formas jurídicas, como leyes y decretos. Como tales, se inscriben en esa forma de organización del poder, el Estado, que posee 3 características fundamentales: es necesariamente territorial, es centralizado respecto de ese territorio y es autoritario. Esto muy a pesar de la globalización y del deseo neoliberal. Los mercados globales y complejos requieren estas formas de poder para aumentar su expansión. Este es el argumento central de la teoría institucionalista del desarrollo planteada por Douglas North. Respecto del poder estatal, todas las redes sociales tratan de oponerse, de facilitar o de afectar su acción para obtener condiciones favorables a sus objetivos. Pero las particularidades de cada Estado nacional se construyen en medio de

las relaciones conflictivas entre diferentes formas de organización de las redes sociales de poder, incluidas aquellas que adquieren una dimensión inter o transnacional. Los estados se construyen en el conflicto entre las fuerzas sociales. Tal conflicto resulta de la relación entre diferentes órdenes posibles, contruidos, vividos e imaginados por las distintas formas de organización social.¹⁵ Se trata entonces de conflictos normativos, sustentados en relaciones sociales y económicas.¹⁶ En el caso de la asistencia médica moderna, los sistemas de valores se confrontan para tratar de establecer lo que se considera justo. Esto es, a qué se tiene derecho. Allí se ubican los modelos diseñados por la tecnocracia, pero siempre existen mucho más, los que los actores sociales construyen desde su propia concepción. En medio de los conflictos normativos se construyen las culturas políticas, es decir, el conjunto de estructuras simbólicas y prácticas sociales mediante las cuales se ejerce el poder. Así, se producen confrontaciones permanentes entre fuerzas de conservación y de transformación encarnadas en actores sociales, los que constituye, en un sentido amplio, el «proceso sociopolítico» de las sociedades.

En la estructura de los estados modernos conviene diferenciar, desde el punto de vista político, el poder ejecutivo del poder legislativo. El primero está fuertemente ligado a un proyecto de gobierno, al cual no siempre la burocracia es favorable. El segundo se mueve en la lógica del sistema político. Esto es, el conjunto de fuerzas que pretenden afectar deliberadamente el sentido de las acciones de otros actores sociales o de la sociedad donde se encuentran. En los órganos legislativos se expresa con facilidad buena parte de los principales actores organizados del sistema político, llámense partidos, movimientos sociales o asociaciones de clase, como sindicato y gremios. Constituyen lo que Peter Smith denomina «instituciones intermedias» del sistema político.¹⁷ El poder ejecutivo se comporta como un actor más, con sus propios intereses de clase, de grupo o de partido, y sus condiciones de mayor incidencia en las decisiones finales. El ejecutivo presenta y desarrolla políticas públicas o de gobierno, mientras que en el interior del legislativo se construyen políticas de Estado. Estas diferencias también son útiles para el análisis de las reformas sanitarias.

La salud puede entenderse como un «campo social» en el sentido planteado por Bourdieu. Esto es un «estado de la relación de fuerzas entre los agentes o las instituciones que intervienen en la lucha o... la distribución del capital específico que ha sido acumulado durante luchas anteriores y que orientan las estrategias ulteriores».¹⁸ Dos elementos claves estructuran un campo social: «la existencia de un capital simbólico (y material) común y la lucha por la apropiación de ese capital». Los actores sociopolíticos del campo de la salud son todos aquellos que compiten por este capital simbólico y material al que denominan salud, y que están dotados de intereses y capacidades específicas que les permite «defender modelos de organización sectorial que supone una determinada distribución de los recursos

materiales y simbólicos disponibles en él».¹⁸ Pero no se trata solamente de los profesionales de la salud y los administradores financieros. Lo que está en juego es tan importante para las sociedades que habitualmente en el campo de la salud se involucran todos los actores sociopolíticos que la constituyen.

Es claro que estos actores sociopolíticos se inscriben en relaciones de orden económico de diferentes tipos. En ocasiones, sus conflictos tienen que ver claramente con el plano de las relaciones económicas, como en el caso del conflicto obrero-patronal, pero no siempre son estas relaciones las que los sustentan. Para entender el conflicto entre obreros y campesinos, o entre sectores medios y obreros, o en el interior de los profesionales de la salud, es necesario superar el plano de lo económico. Aún así, los predomios políticos también expresan predomios en el orden económico. Aunque pueda hablarse de la existencia de las clases sociales, como clases «en sí», es poco frecuente que los grupos sociales logren tanta cohesión interna como para alcanzar la solidez ideológica que implica el concepto de «conciencia de clase». Por esta razón, he preferido hablar de «actores sociopolíticos».

ENFOQUE SOCIOPOLÍTICO Y REFORMAS SANITARIAS EN AMÉRICA LATINA

Hemos reconocido que las formas se inscriben en procesos de transformación de carácter global que involucran todos los órdenes de las sociedades contemporáneas. Tal vez hemos insistido demasiado en la identificación de similitudes en las reformas sanitarias en nuestros países, para mostrar su articulación a la dinámica global y a la hegemonía del modelo neoliberal, lo cual comparto. Pero hemos hecho énfasis en las diferencias. O quizás las hemos identificado pero tenemos pocos acuerdos sobre aquello que las explica. Una cosa es el ser y otra el deber ser. No se trata de evaluar qué tanto han cumplido con su objetivo los sistemas de salud en nuestros países, sino de explicar por qué son como son. Más que los resultados, es necesario analizar los procesos. Este es el primer plano de implicaciones que quiero señalar para el uso del enfoque sociopolítico en el análisis de las reformas sanitarias: el de la identificación de procesos de largo plazo para la formulación de explicaciones plausibles sobre las diferencias.

En tal sentido, es claro que las instituciones que se ven afectadas por las propuestas de reforma sanitaria fueron construidas, casi todas, durante el largo período de consolidación de los estados nacionales para la incorporación al capitalismo industrial. En este proceso, todos nuestros países organizaron algún tipo de sistema de salud. Casi todos se caracterizaron por la fragmentación de formas de prestación de servicios para ricos, para trabajadores asalariados y para pobres, que combinaban diferentes formas de financiación y de relación Estado-mercado. Pero es claro que la

fragmentación fue distinta en México, en Brasil, en Colombia, en Chile o en Argentina. Si se exploran los procesos de configuración de los distintos sectores que conformaban esos sistemas, en términos del proceso sociopolítico, es posible encontrar algunas pistas. Esto implica explorar la participación, las luchas concretas, las confrontaciones y alianzas, los logros y desaciertos de los actores sociopolíticos. Todo esto, en los escenarios pertinentes donde se estructuran las políticas estatales que organizan los servicios de salud.

Abram De Swaan, por ejemplo, habla de una «configuración a 4 bandas», cuando trata de entender las diferencias entre los sistemas de seguridad social de los países europeos durante la conformación de los Estados del Bienestar. Para este autor, las 4 bandas son los pequeños propietarios independientes (o sectores medios), los grandes empresarios, los trabajadores y el gobierno.¹⁹ Para nuestros países, podríamos preguntarnos, además de lo que ya nos resulta obvio, es decir, el papel de la tecnocracia de los organismos internacionales, por ejemplo, de qué manera participaron los sindicatos en los distintos sectores productivos, las asociaciones de propietarios, los campesinos, los trabajadores del Estado, los profesionales de la salud, los militares, los partidos políticos, la iglesia, la burocracia especializada, las organizaciones no gubernamentales, las empresas transnacionales. A partir de allí, podríamos construir mapas de relaciones y entender las configuraciones que sustentan la fragmentación de los sistemas.

Con esta especie de mapas sociopolíticos de la salud, es posible encarar los procesos de formulación de las reformas sanitarias en las últimas 2 décadas. Si se exploran las distintas expresiones y formas de participación de los viejos y los nuevos actores sociopolíticos en el contexto de la globalización, se podrán entender las tensiones concretas entre conservación y transformación, entre dominación y resistencia, entre deconstrucción y construcción. Desde allí es probable tengamos respuestas a preguntas como: ¿por qué fue necesario un golpe militar y una dictadura de tal intensidad y duración en Chile, para convertir el único servicio nacional de salud del continente en un modelo dual de ricos y pobres, y por qué sólo después de la dictadura comenzaron las reformas al modelo neoliberal? ¿Por qué en Argentina las obras sociales entraron en un proceso de privatización, pero siguen controladas por los antiguos sindicatos y por los médicos? ¿Por qué en México el gobierno tuvo que optar por la creación de mercados internos dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social y no por una privatización directa, después de incorporarse al tratado de libre comercio con Norteamérica? ¿Por qué en Brasil se realizaron conferencias sanitarias con amplia participación popular, de las cuales surgió la propuesta de un Sistema Único de Salud, cuando en el resto del continente desaparecía esta expresión por considerarla propia del viejo modelo? ¿Por qué Venezuela hizo una nueva Constitución política de corte socialdemócrata en medio de un contexto de

supuesta inevitabilidad del neoliberalismo? Y, otra vez, ¿por qué Colombia adoptó y profundizó tempranamente el modelo que ahora se divulga como el ideal para todos los países?

Como anuncié, sólo trataré de responder la última pregunta, por falta de suficientes elementos para las demás. Pero antes, es necesario enunciar las implicaciones de este tipo de análisis en el terreno político. Es decir, el de las posibilidades de lograr sistemas de salud más equitativos. El punto central es que los mapas sociopolíticos, o sea, la identificación de las hegemonías específicas y las resistencias locales de cada país, proporcionan una especie de principio de realidad para el debate político, desde el cual habría que responderse otras preguntas: ¿cuál es el sentido de la transformación que ven los diferentes actores sociopolíticos hacia el futuro? ¿Cómo valoran la reforma y qué proponen al respecto? ¿Qué tipo de alianzas son posibles o viables y sobre qué bases o contenidos? De esta forma, no estaríamos sólo concentrados en la elaboración de un modelo técnico que resuelva el dilema entre equidad y eficiencia, sino trataríamos de incorporar el análisis político a la construcción de soluciones viables para nuestros países, que se encuentran tan cerca y tan lejos en este mundo globalizado.

¿POR QUÉ COLOMBIA HA DESARROLLADO CON MAYOR PROFUNDIDAD ESTE MODELO QUE OTROS PAÍSES LATINOAMERICANOS?

Colombia fue también, en los años setenta, uno de los primeros países latinoamericanos en incorporar la Teoría General de Sistemas para articular los sectores de la salud que venían forjándose todo el siglo XX.²⁰ La teoría proponía la famosa «articulación funcional» de instituciones que operaban con lógicas totalmente diferentes. Pero no lo logró. La creación del Sistema Nacional de Salud en 1975, permitió que tales sectores continuaran su desarrollo autónomo e institucionalizó aún más la fragmentación tradicional.

Al explorar el proceso sociopolítico en el largo plazo puede decirse que cada uno de los subsectores, es decir, el oficial o de la asistencia pública, el de la seguridad social y el privado, se desarrolló en la tensión política entre el predominio tradicional del bipartidismo en el sistema político y los retos planteados por los nuevos actores sociopolíticos de la industrialización a medias.²¹ En el largo plazo, todos los actores fueron incorporados o excluidos por la fuerza del bipartidismo, que logró sostenerse a toda costa, con el apoyo de unas fuerzas militares predominantemente fieles. La excepción fue el general Gustavo Rojas Pinillas, quien trató de competir con el bipartidismo por varios medios, pero fue derrotado por este mediante estrategias que todavía hoy se discuten.

Los campesinos fueron divididos entre el sector cafetero, eje de la economía, y el resto. En ese resto medraron la guerrilla y el cultivo de narcóticos. Para los cafeteros hubo

servicios controlados por la Federación Nacional de Cafeteros, dominada por el bipartidismo y con la estructura de un para-Estado. Para los demás, una alianza entre asistencia pública y beneficencia privada, ambas controladas por la élite bipartidista y clientelista, apoyada en el tradicional predominio de la Iglesia católica. Para los trabajadores hubo servicios diferenciados entre el sector privado (Instituto Colombiano de Seguros Sociales -ICSS), y el sector público (Caja Nacional de Previsión y casi 1 000 cajas más), porque los mismos trabajadores entraron en una división progresiva entre obreros y empleados o «sectores medios». Los primeros con algunos acercamientos a los partidos de izquierda y los segundos más articulados al bipartidismo, a través del clientelismo. Los partidos políticos de izquierda siempre fueron minoritarios y estuvieron sometidos al dilema entre la búsqueda de alianzas con algunas facciones del Partido Liberal o la franca oposición. Cuando hicieron lo segundo, fueron perseguidos o expulsados hacia la confrontación armada. Los médicos se instalaron en todos los subsectores del sistema, permanecieron divididos como organización gremial y nunca propusieron la integración, a excepción de los salubristas planificadores, quienes nunca fueron aceptados como médicos. La división histórica en el gremio médico colombiano es: Federación Médica Colombiana, en defensa de la práctica privada de la profesión; la Asociación Médica Sindical, en defensa de su status de «empleados públicos especiales» en la asistencia pública y la seguridad social y la Academia Nacional de Medicina concentrada en el prestigio de la profesión.

En este panorama de interacciones se fue construyendo una cultura predominante que en nada se parece a la ciudadanía, en términos de la vivencia y la defensa de derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. Me atrevo a afirmar que tal vivencia fue exclusiva de algunos de los trabajadores sindicalizados que no pasaron del 5 % de la aprobación, así que tampoco podríamos hablar de ciudadanía incompleta. La cultura política predominante en Colombia en ese momento, podría describirse como un individualismo basado en grupos familiares, con una aceptación del derecho a la propiedad en todos los terrenos. Esto es, quien tiene, paga, y quien no tiene, pide o roba. Para lo primero, estaban los subsectores privado y de seguridad social. Para lo segundo estaba la caridad, bien fuera pública a través de la asistencia pública, o privada a través de la Iglesia o de las «fundaciones». Así, liberalismo y cristianismo en Colombia se complementaron. Entre tanto, la astucia en las relaciones económicas y políticas serían suficientes para ascender en el sistema político o en los negocios. No en vano se produjo una simbiosis entre narcotraficantes, élites propietarias y clase política bipartidista que atravesó todas las clases sociales y se convirtió en problema inmanejable. Una imagen parecida de la cultura colombiana ha sido presentada en otros estudios recientes, pero pretendo demostrar que no se trata de un problema de opción voluntaria y perversa de los colombianos, como se colige de una perspectiva

moralista, sino de cierto tipo de relaciones de poder de largo plazo.^{22,23} Pero también se ha reconocido que tal simbiosis redujo el impacto económico de la crisis de la deuda que otros países vivieron en los ochenta.²⁴ Esto también ayudó a disminuir la percepción de las políticas de ajuste.

A finales de los ochenta y comienzos de los noventa se intuía una crisis del bipartidismo tradicional, sobre la base de un aumento en los movimientos sociales de carácter popular, étnico o religioso, más urbanos que rurales. Las guerrillas parecían entrar a la institucionalidad a través de un nuevo pacto que impulsó una Constitución política por primera vez reconocía derechos ciudadanos en 1991. Dentro de los partidos se veía una división interna entre neoliberales y «populistas» que todavía hoy se utiliza. Pero rápidamente la facción neoliberal de los 2 partidos tradicionales tomó el rumbo e inició el primer ciclo de reformas durante el gobierno de César Gaviria, hoy Director de la Organización de Estados Americanos. La mayoría de la población colombiana vio llegar la nueva Constitución sin mucha comprensión de los derechos, mientras cada uno de los actores sociopolíticos intentó posicionarse frente a las propuestas aceleradas del gobierno en medio de la apertura económica, en los terrenos de la seguridad social. La oposición de los trabajadores sindicalizados hizo que se incorporara el tema de la salud en el debate sobre la reforma pensional. Pero con esto creció la capacidad de ampliación de la reforma y la velocidad con que se llegó a la incorporación del modelo. Lo único que lograron fue mantener las viejas instituciones como administradores públicos del aseguramiento para competir con los privados. En el sistema colombiano, los administradores financieros recibieron el nombre de Empresas Promotoras de Salud (EPS). Las viejas instituciones públicas de seguridad social se vieron abocadas a competir con las EPS privadas y ya están en la más profunda crisis. Los médicos sostuvieron su división tradicional a la espera de nuevas posibilidades de ampliar sus mercados de trabajo. Los nuevos movimientos sociales se concentraron en reivindicar sus propias demandas, mientras las guerrillas reincorporadas fracasaban y sometían a una nueva frustración a una buena cantidad de inconformes. La Alianza Democrática -M19- obtuvo cerca de 700 mil votos para participar en la Asamblea Nacional Constituyente, y en el Congreso de 1992 obtuvieron 9 curules en el Senado y 13 en la Cámara de Representantes. Para las elecciones de 1994 no lograron un solo curul y la Alianza Democrática -M19 se disolvió.^{25,26}

Así las cosas, el bipartidismo continuó dominando el sistema político. Sin retos importantes y con una cultura política que en todo caso no oponía la vivencia de los derechos ciudadanos, sino la alianza entre propiedad y caridad, no es extraño que los tecnócratas pudieran desarrollar mejor el modelo en Colombia que en países con mayor confrontación sociopolítica.

Esta situación se ha prolongado, muy a pesar de la expresión de rechazo a la clase política. Puede decirse que

los sectores medios urbanos rechazan la política por su tradicional clientelismo y corrupción. Pero tal rechazo tiende a profundizar las opciones individualistas y no a formar nuevos movimientos políticos de transformación, muy a pesar de los recientes grupos declarados como «independientes». Tanto es así, que en la máxima crisis de la simbiosis entre narcotráfico y clase política durante el gobierno de Ernesto Samper, no hubo retos políticos suficientes como para producir cambios profundos en el sistema político. Por el contrario, el castigo a la supuesta clase política corrupta y con vínculos ilícitos dio como resultado una consolidación del bipartidismo y una aceptación tácita de la profundización de las reformas neoliberales con el gobierno Pastrana. En la más reciente coyuntura, tampoco los independientes han podido articular nuevas opciones políticas, más allá del rechazo a la corrupción y a la vieja clase política.

A pesar de la inconformidad por parte de varios sectores de la población con el proceso de aplicación de la reforma, también es claro que la expresión reciente de los actores sociopolíticos sobre el nuevo sistema, mostró una aceptación mayoritaria del modelo y la concentración en demandas específicas que tienden a obtener una mejor ubicación en el sistema, pero no transformaciones estructurales.²⁷ Las

pocas excepciones a la regla se encuentran en las organizaciones sindicales y en algunos grupos académicos.

Por todo lo anterior, me atrevo a afirmar que el proceso sociopolítico de la salud en Colombia ofreció y sigue ofreciendo un ambiente favorable para el modelo hegemónico de las reformas sanitarias. Con el aval del estudio de la OMS, todo parece apuntar hacia una profundización del modelo en nuestro país. Hoy nos encontramos en un nuevo proceso de paz, pero el tema de salud no ocupa un lugar importante en la agenda y las mayorías urbanas no parecen sentirse involucradas en el proceso.

Así que, el análisis del proceso sociopolítico en Colombia favorece a los optimistas y defensores del modelo hegemónico.

Es posible que la comparación con otros países nos permita encontrar nuevas posibilidades. Por ahora, creo que la construcción de alternativas más integrales, democráticas y equitativas está en manos de los actores sociopolíticos concretos.

Para el caso colombiano, el más exitoso de América Latina, el balance es, por lo menos, precario para quienes pensamos que podría ser de otra manera. Ojalá no sea así para los demás.

SUMMARY: The sociopolitical approach for the analysis of the health reforms in Latin America Taking into account the world health report 2000 of the World Health Organization, it is analyzed why its result is self defeating and does not agree with what is considered by most of the health specialists studying it. The content of the world health report 2000 and other documents on health reform are analyzed by using the sociopolitical approach as a method and heuristic resource, or as a way to see the problem. The debate about the health systems is focused on the dilemma between equity and efficiency. The positions vary from those who consider that there is not such a dilemma, as long as the market resolves directly the distribution and the individual election is respected, to those who consider that it is necessary to prioritize the political option for equity to develop further strategies to attain an efficient management of resources. That's the way the author thinks. Going deep into the Colombian case (the author is Colombian, too), it is asserted that the design of the reform in his country and in other Latin American countries do not guarantee the right to health care, as it is promised. The components of the system reform in Colombia are the following: compulsory insurance with a unique fund administered by the State, to establish a minimum compulsory plan of benefits, to contract the managers of the individual insurance policies adjusted to risk and to develop mechanisms focused on the public expenses to incorporate the extremely poor into the market. To analyze the health reforms, the organized and superposed perspectives of the power networks allows to explore the articulation among the state policies, such as health and social security and the economic, social and political relations in a particular society. The states are built within the conflict between the social forces. This conflict results from the relation between the different possible orders constructed, lived and imagined by the diverse forms of social organization. They are normative conflicts based on social and economic relations. In the case of modern medical care the systems of values are compared trying to establish what is considered as fair, that is, to what you have the right. The models designed by technocracy are there, but there are always many more that are constructed by the social actors from their own conception. The cultural policies, that is, the set of symbolic structures and social practices by which the power is exerted, are established in the middle of the normative conflicts. This way, permanent confrontations are produced between the forces of conservation and transformation personified in social actors, and it is, in a wide sense, the «sociopolitical process» of societies.

Subject headings: **HEALT SECTOR REFORM; HEALTH ECONOMICS; LATIN AMERICA.**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud mundial, 2002. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Panorama general. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.
2. _____. Comunicado de prensa: la OMS evalúa los sistemas de salud del mundo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, miércoles 21 de junio, 2000.
3. World Bank. Financing Health Services in Developing Countries. An Agenda for Reform. A World Bank Policy Study. Washington, D.C.: World Bank; 1987.
4. Banco Mundial. Informe sobre desarrollo mundial, 1993. Invertir en salud. Indicadores del desarrollo mundial. Washington, D.C.: Banco Mundial; 1993.
5. Mora F, Lodoño JL. Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Bogotá: Salud y Gerencia; 1997.
6. Restrepo Trujillo M. La reforma a la seguridad social en salud de Colombia y la teoría de la competencia regulada. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 1997.
7. Gracia D. La tradición política y el criterio de justicia: el bien de terceros. En: Fundamentos de Bioética. Madrid: Eudema; 1989:199-311.
8. Engelhart T. El contexto de la asistencia sanitaria: las personas, las posesiones y los Estados. En: Fundamentos de Bioética. Barcelona: Piados; 1995:151-204.
9. North D. Instituciones, cambio institucional y desempeño económico. México: Fondo de Cultura Económica; 1993: 163.
10. Restrepo M. La reforma a la seguridad social en salud de Colombia y la teoría de la competencia regulada. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 1997.
11. Hernández M. El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización. En: De Currea Lugo V, Hernández M, Paredes N: La Salud está grave. Santafé de Bogotá: Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo; 2000:133-64.
12. Hernández M. La fractura originaria en la organización de los servicios de salud en Colombia. 1910-1946. (Disertación). Universidad Nacional de Colombia; 2000.
13. Mann M. Las fuentes del poder social. I. Madrid: Alianza; 1991:14.
14. Foucault M. El sujeto y el poder. Precedido por el tiempo y espacio en el discurso de Foucault, de Edgar Garavito. Bogotá: Carpe Diem; 1991:57-69.
15. Lechner N. La conflictiva y nunca acabada construcción del orden deseado. Madrid: Siglo XXI de España; 1986.
16. Berger P (ed). Los límites de la cohesión social. Conflictos y mediación en las sociedades pluralistas. Informe de la Fundación Bertelsmann al Club de Roma: Barcelona: Galaxia Gutenberg, Círculo de Lectores; 1999:515-45.
17. Smith P. Argentina and the Failure of Democracy. Conflict among Political Elites, 1904-1955. Madison: The University of Winsconsin Press; 1974: XV-XX.
18. Pourdieu P. Sociología y cultura. México DF: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, Grijalbo; 1990:136.
19. De Swaan A. A cargo del Estado. Barcelona: Pomarés-Corredor; 1992:13.
20. Quevedo E, Hernández M, Miranda N, Mariño C, Cárdenas H, Wiesner C. La salud en Colombia. Análisis sociohistórico. Bogotá: Estudio Sectorial de Salud; Departamento de Planeación Nacional; Ministerio de Salud; 1990.
21. Hernández M. El proceso sociopolítico de las reformas sanitarias en Colombia. En: Memorias del Seminario-Taller Nacional «La salud para todos, resultados y retos para el siglo XXI: balance de la reforma sectorial». Cartilla de Seguridad Social: Medellín; 1999: 21-43.
22. Garay LJ. Reflexiones en torno a la crisis colombiana. En: Mandato Ciudadano por la paz, la Vida y la Libertad. La economía en la mesa de negociación. Santafé de Bogotá: Agenda Ciudadana por la Paz; 1999:33-54.
23. Cuéllar MM. Colombia: un proyecto inconcluso. Santafé de Bogotá: Universidad Externado de Colombia; 2000: 875-927; t 2.
24. Comisión de Análisis y Recomendaciones sobre Relaciones entre Colombia y Estados Unidos. Colombia: una nueva sociedad en un mundo nuevo. Análisis Político, Bogotá; 1997: 25-6.
25. Colombia, Registraduría Nacional del Estado Civil. Elecciones. Senadores, representantes, gobernadores. Bogotá: Consejo Nacional del Estado Electoral; 1991:49 y 178.
26. Colombia, Registraduría Nacional del Estado Civil. Elecciones, marzo 13 de 1994. Consolidado inédito. Consejo Nacional del Estado Electoral. Bogotá; 1994.
27. Hernández M. El derecho a la salud en Colombia, obstáculos estructurales para su realización. En: De Currea Lugo V, Hernández M, Paredes N. La salud está grave. Santafé de Bogotá: Plataforma de derechos humanos, democracia y desarrollo; 2000:150-3.

Recibido: 26 de junio de 2003. Aprobado: 23 de septiembre de 2003. Mario Hernández Álvarez. Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, Santafé de Bogotá.

ARTE

Aunque las Vanguardias del Siglo XX han probado que cualquier regla en el ámbito de las artes puede transgredirse, es bueno tener en cuenta que para eso ha de existir un talento excepcional, y que no siempre la transgresión prueba tal cosa.

Fuente: Ramiro Guerra y Lissette Hernández. Seminario de apreciación de la danza. En: Universidad para todos. La Habana, 2001. p. 15.