

Rol de los partidos políticos en la provisión de servicios de salud, Colombia 2007-2008

Role of the political parties in the provision of health services.
Colombia 2007-2008

Gloria Molina M¹

¹ Enfermera, Doctora en Salud Pública. Docente Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad Medellín Colombia. Correo electrónico: molinag@guajiros.udea.edu.co

Recibido: 11 de septiembre de 2008. Aprobado: 11 de diciembre de 2008

Molina GM. Rol de los partidos políticos en la provisión de servicios de salud, Colombia 2007-2008. Rev Fac Nac Salud Pública 2009; 27(1): 66-75

Resumen

Objetivo: Este manuscrito presenta una de las trece categorías que emergieron de un estudio cuyo objetivo fue comprender las decisiones en la atención en salud en los ambientes controlados en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud (sgsss) de Colombia. Esta categoría se centra en describir el papel que juegan los partidos políticos en los procesos de provisión de servicios de salud. **Metodología:** La investigación se llevó a cabo en seis ciudades capitales de departamento, donde se realizaron, en promedio, 29 entrevistas en profundidad por ciudad, a médicos, enfermeras y administradores (179 en total), pertenecientes a 96 instituciones de salud públicas y privadas. También se realizaron 10 grupos focales con usuarios de los servicios de salud. **Resultados:** El nexo entre Estado-partidos políticos

y provisión de servicios públicos se refleja en el sistema de salud colombiano. Con la descentralización y el sgsss, las relaciones e intereses de los partidos políticos con las élites económicas y el clientelismo como expresión de la negación de la función pública, se han fortalecido y dominan las decisiones económicas, políticas y administrativas, claves del sistema de salud. El sgsss, como política de salud fundamentada en el enfoque neoliberal, y las prácticas clientelistas de los partidos políticos no promueven los valores públicos en salud, sino los privados, lo que entra en conflicto con los principios y derechos establecidos en la Constitución Política de Colombia de 1991.

-----**Palabras clave:** sistema de salud, reforma de salud, clientelismo, descentralización y privatización.

Abstract

Objective: This paper presents one of the categories that emerged from a study carried out to achieve a comprehension of decisions related to delivering health services, within a restrictive environment offered by the Colombian Social Security System for Health. **Methodology:** The study was carried out in six cities of department, which conducted an average of 29 in-depth interviews by city, doctors, nurses and administrators (179 in total), belonging to 96 public and private health institutions. Also 10 focus groups with users of health services were carried out. **Results:** The nexus between the state institutions and the political parties is preset into the whole processes of provision of health services in the Colombian health system. With the decentralization pro-

cess and the Social Security System for Health, the nexus between the political parties, the economic groups involved as health insurers and the political patronage have been strengthened, and they dominate and control the political, economical and administrative decisions of the health system. The Social Security System for Health, as health policy, founded on neo-liberal approach, and the clientelistic practices of the political parties do not promote the public values rather than they promote private interests, which generates conflicts with the values and the citizen rights established in the Colombian Political Constitution of 1991.

-----**Key words:** health system, political patronage, health sector reform, privatization, decentralization.

Introducción

Estado y partidos políticos en Colombia

El papel de los partidos políticos en una sociedad puede ser entendido con el concepto de desarrollo del Estado. Según Nieto,¹ el Estado Moderno estuvo basado en lograr valores de libertad, justicia, equidad y solidaridad, que fueron asociados con el bienestar y la autonomía individual y social. Los modernistas introdujeron el concepto de desarrollo fundado en el paradigma del progreso. Así, el desarrollo debía asegurar el progreso y viceversa. Sin embargo, las sociedades capitalistas tendieron a reducir el desarrollo al concepto de crecimiento económico, y todas las variables sociales están sujetas a la economía. El crecimiento económico fue visto como indispensable y suficiente para generar el progreso social, moral, cultural y político. En este sentido, Zambrano argumenta que la época de la república en el siglo XIX, demandó la existencia de una Nación, que permitiera el desarrollo de los valores del Estado Moderno. “Una Nación es un conjunto de personas que comparten un territorio, una lengua y cultura similares, tradiciones comunes y tienen un mismo gobierno”.²

En Colombia, la Nación fue creada por la élite criolla, después de la independencia de 1810, basada en una cultura política, caracterizada por la combinación de partidos políticos precarios y religión. Antes de la independencia de la tiranía española, la iglesia católica tenía considerable poder. Sin embargo, más tarde hubo confrontación entre el Estado y la iglesia católica que, conjuntamente con la amplia diversidad geográfica y cultural, crearon profundas diferencias entre partidos políticos que, actualmente, no se han logrado conciliar. Así, desde comienzos del siglo XX, la cultura política dividió la población en dos grupos: liberales y conservadores; los derechos de los ciudadanos han estado ligados a su afiliación política con alguno de estos dos grupos.³

Entre 1920 y 1960 ocurrieron muchas crisis y cambios en el campo económico, político y social. Hubo crecimiento en la inversión extranjera de los Estados Unidos, con el fin de estimular la industrialización, así mismo, hubo inversión en servicios públicos.³ Estas inversiones se concentraron en las áreas urbanas, lo que estimuló la migración de la población del campo a la ciudad. Hubo constante confrontación entre los partidos liberal y conservador. Los movimientos políticos populares tomaron poder en la década de los 40, pero su principal líder, Jorge Eliécer Gaitán, fue asesinado en 1948. El partido conservador asumió el poder y Laureano Gómez, quien asumió la presidencia en 1950, introdujo un régimen fascista contra los miembros del partido liberal por todo el país. Por ello, en 1951 fue forzado a dejar

la presidencia, y entregó el cargo a Roberto Urdaneta, quien fue depuesto en 1953 por Gustavo Rojas Pinilla, derrocado a su vez en 1957 y sucedido por una junta militar.^{2,3,4} Como consecuencia, en 1957 el Frente Nacional fue pactado entre conservadores y liberales con el fin de disminuir la violencia. El objetivo de este pacto fue construir una nueva Nación con la contribución de ambos partidos, quienes se alternarían en la presidencia cada cuatro años, desde 1958 hasta 1974 y, con ello, el partido en el poder dominaría todas las instituciones gubernamentales y la gestión estatal. Con la creación del Frente Nacional, los demás grupos políticos quedaron excluidos y fueron considerados subversivos, lo cual contribuyó a generar las guerrillas, los grupos de izquierda, que actualmente mantienen una fuerte lucha política contra el gobierno. Según Arrubla,³ el Frente Nacional tuvo como objetivo mantener el orden institucional, pero bajo el control de las élites de los partidos conservador y liberal dominantes. Así, la élite dominante definía y subordinaba el Estado de acuerdo con sus intereses. El Estado no fue capaz de construir autonomía para llevar a cabo sus funciones y llegar a garantizar los derechos colectivos de la población y, al mismo tiempo, garantizar los intereses individuales de los grupos dominantes. Esto ha llevado a la construcción de un Estado débil, y las instituciones estatales han sido subordinadas a los intereses privados de las élites políticas y económicas en el poder.^{2,4} Actualmente, a pesar de la diversificación y proliferación de nuevos grupos políticos la situación no ha cambiado. No obstante, los mandatos de la nueva Constitución Política de 1991,⁵ en cuanto a derechos fundamentales, derechos políticos y sociales de los ciudadanos, el Estado y sus instituciones siguen siendo dominadas por los partidos políticos, los cuales, a través de diferentes mecanismos, como ubicación de sus miembros en cargos públicos estratégicos de las instituciones, acceden a recursos públicos, para lograr sus aspiraciones particulares.

La historia del conflicto político-social y la inestabilidad durante los siglos XIX y XX, sumado a la diversidad geográfica, cultural y económica de las diferentes regiones del país, han estado ligadas a las dificultades de construir una nación unificada. Adicionalmente, Alape⁶ sugiere que las principales razones que han contribuido históricamente al conflicto político y la violencia en Colombia han sido:

- a. La lucha entre las clases sociales, debido a las profundas inequidades económicas, sociales y políticas, donde las élites sociales y políticas han estado más interesadas en mantener el status quo por los beneficios que han tenido;
- b. el efecto directo de los procesos de modernización, generados por la penetración del modelo capitalista;

c. las consecuencias de un profundo conflicto entre los partidos políticos que buscan controlar el Estado para lograr sus intereses.

En Colombia, como en otros países latinoamericanos, los partidos políticos han sido principalmente maquinarias electorales, ligadas al Estado e interdependientes con éste, llevando a la fragmentación de los grupos sociales, lo cual, como se mencionó antes, constituye la base del clientelismo. Aunque ahora se intenta una democracia participativa, la democracia representativa ha dominado el sistema político colombiano, centrado en asuntos electorales, más que en el desarrollo de valores democráticos en la sociedad.⁷ Históricamente, “la sociedad colombiana ha carecido de comunidad política, de *sentido de lo público* que otorgue a los sujetos algún grado de cohesión e integración; por el contrario, se posee pluralidad de comunidades fragmentadas que coexisten conflictiva y violentamente, sin encontrar una esfera para construir una identidad política moderna, caracterizada por la aceptación de los derechos fundamentales y las reglas de juego de una verdadera democracia”.⁸ Estos aspectos pueden ayudar a entender el limitado desarrollo de la ciudadanía y la sociedad civil, y por tanto, la limitada participación en las decisiones políticas y económicas del país como expresiones de la democracia. La afiliación a partidos políticos de los ciudadanos ha estado relacionada con la posibilidad de que alguno de ellos pueda satisfacer necesidades básicas como empleo, subsidios para educación, salud, vivienda, entre otros.

El modelo económico neoliberal en Colombia

El modelo económico neoliberal fue introducido en las décadas de 1980 y 1990, basado en la perspectiva del New Right, el cual argumenta que la solución a los problemas económicos, sociales y políticos creados por el Estado de Bienestar, está en reducir el papel del Estado como principal proveedor de servicios. Los recursos del Estado deben estar dirigidos a aquellos grupos sociales que no tienen recursos ni medios de soporte.^{9, 10} Así, el neoliberalismo fortalece los principios del modelo económico liberal sobre la base de un Estado mínimo, sin capacidad para garantizar el bienestar social; por lo tanto los individuos deben asumir la responsabilidad de satisfacer sus necesidades. El neoliberalismo asume que el mercado es el medio para generar bienes y servicios más eficientemente y para garantizar la libertad individual.

Pereira¹¹ señala que el enfoque neoliberal de la justicia social parte de tres principios: el individualismo, el igualitarismo (entendido como igualdad de oportunidades pero no de resultados) y la libertad (libertad del individuo a orientar de forma sus propios intereses). Por su parte Bradshaw¹⁰ señala que los

principios básicos del neoliberalismo son: libertad, libre escogencia, libre mercado, el individuo más que el colectivo, y la mínima intervención del Estado mínimo. El papel del Estado está limitado a garantizar un sistema de justicia, asignar subsidios a la población más pobre, regular la moneda y garantizar el libre mercado.¹² Este modelo también está caracterizado por la globalización,^{13*} la economía de mercado, la expansión tecnológica, la disminución del papel del Estado y la privatización de la provisión de servicios públicos. También se da una política de descentralización del Estado,^{14, 15, 16} con el fin de involucrar los entes subnacionales, principalmente los municipios, con el argumento de que este es un espacio privilegiado para lograr democracia y desarrollo sostenible con la participación de la comunidad.¹⁷

La Constitución Política de 1991, define a Colombia como un Estado Social de Derecho (Artículo 1) y estableció los derechos sociales como la salud, la educación, la vivienda, la cultura y la recreación, la seguridad social y el empleo (Artículos 25, 48, 49). Sin embargo, el sistema económico neoliberal y el sistema político vigentes, no dan soporte a todos los principios establecidos en la Constitución Política de 1991. Corredor¹⁸ señala que el país vive dos mundos opuestos. Se intenta construir valores de justicia, libertad, equidad y solidaridad propios de un Estado Moderno, dentro de un sistema neoliberal que enfatiza el mercado y los valores de lo privado, profundizando la exclusión, inequidad, desigualdad, individualismo como expresiones de injusticia social.

Reforma del Estado y de salud colombiana

Como parte de los programas de ajuste estructural impulsados por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, ante la crisis fiscal de los países, la limitada cobertura, la calidad de la provisión de servicios y las crecientes necesidades de la población, se impone la necesidad de reformar el rol y organización del Estado y sus instituciones, entre ellos la reforma del sistema de salud,^{19, 20, 21} con el propósito de mitigar la crisis fiscal, mejorar el acceso, la calidad, la equidad, la eficiencia y la efectividad de los servicios a cargo del Estado e involucrar a los individuos y a las comunidades en la solución de sus problemas.²² En este contexto internacional se da en Colombia un proceso de reforma constitucional y se crea la Constitución Política de 1991. Igualmente se generan reformas en la organización del Estado y en

* El Fondo Monetario Internacional define la globalización como “el crecimiento económico interdependiente de países del mundo a través de un inmenso volumen de transacciones de bienes y servicios y el flujo internacional de capital, por medio de más rápida y amplia difusión de tecnología”.⁹

la provisión de servicios públicos, en particular del sector salud, en el cual se inicia la descentralización con la Ley 10 de 1990, y se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud con la Ley 100 de 1993.

La descentralización fue vista como una política apropiada para mejorar la eficiencia y la efectividad del Estado, incrementar la cobertura, la equidad en el acceso y la calidad de los servicios públicos acercando la toma de decisiones a la comunidad. En consonancia con ello se creó un marco normativo, mediante el cual el gobierno central transfirió responsabilidades en la gestión del sector salud a los entes territoriales departamentales y municipales mediante la Ley 10 de 1990, la Ley 60 de 1993, la Ley 100 de 1993, la Ley 715 de 2001, la Ley 1122 de 2007, y el Acuerdo 3039 de 2007. La Ley 100 de 1993 se fundamenta en principios universalidad, equidad, ampliación de cobertura, libertad de escogencia, eficiencia y efectividad, nuevas fuentes de recursos para salud, introdujo el sistema de aseguramiento como base para el acceso a los servicios de salud. Con esta reforma se reduce o frena el rol del sector público en la provisión de servicios de salud y, por el contrario, se incrementa la participación privada; en consecuencia se crearon nuevas organizaciones, principalmente aseguradoras privadas con ánimo de lucro.

Las reformas en salud que se han impulsado en los países en desarrollo han estado fundamentadas en enfoques teóricos de la economía, la filosofía política, la gestión pública y el mercado, que no necesariamente son coherentes entre sí, ni acordes con las condiciones de salud de las poblaciones de los países, ni con su contexto político, económico, social y cultural.

La equidad es uno de los aspectos centrales de la problemática social, económica y política²³ que se expresa en la situación de salud. Por ello, es importante identificar cual es el concepto que, en esta materia, subyace en las reformas de salud. La equidad se relaciona con lo que se considera “*justo*”; y lo que es justo o no depende de los valores y enfoques de justicia social que adopten los individuos, las comunidades y los gobiernos.

Vargas²⁴ propone dos formas de abordar la equidad: el enfoque igualitarista y el neoliberal. El enfoque *igualitarista* define los objetivos de la equidad en términos de igualdad y considera la solidaridad y la unidad social como algo bueno en sí mismo. Aquí prima la distribución de los recursos para alcanzar la igualdad en bienestar colectivo, por encima de los objetivos de maximización de bienestar económico individual. Las políticas públicas en salud, fundamentadas en el enfoque igualitarista, con objetivos de equidad, se enfocan a eliminar las desigualdades en los niveles de salud de la población; por tanto, la financiación es fundamentalmente, de origen público. El enfoque *neoliberal* expresa sus objetivos en

términos de *niveles mínimos y maximización del bienestar agregado*. Se destaca en este enfoque los valores del individualismo y la libertad, entendida esta última como el derecho de todo individuo a satisfacer sus intereses y preferencias. Los *niveles mínimos* justifican la acción pública en términos desiguales, centrada en mejorar las condiciones de la población de más bajos recursos, con unos servicios mínimos, por encima de los cuales cada individuo es libre de adquirir en el mercado los bienes adicionales que desee comparar. Así, las políticas de salud basadas en este enfoque se dirigen a garantizar en la población pobre un nivel básico mínimo de asistencia en salud y establece paquetes básicos de servicios, seleccionados con criterios de costo-efectividad, buscando una maximización del estado de salud agregado de la población, sin importar la distribución. Las políticas de salud con mayor impacto, serían las que financien tratamientos con costo más bajo medidos en Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD).¹⁹ Este enfoque estimula a los actores involucrados en el mercado de la salud, a seleccionar la población por riesgos y a concentrarse en aquellos que generan altos beneficios económicos, lo que en la práctica profundiza la desigualdad y la iniquidad, contradiciendo los objetivos de las reformas en salud. En este esquema, la financiación es fundamentalmente privada, basada en el principio de capacidad de beneficio, donde cada ciudadano paga según el beneficio de lo que consume. Sus objetivos son fundamentalmente económicos, de maximización del beneficio individual, sin importar objetivos sociales de equidad y redistribución de recursos.²⁴

La política de salud colombiana, establecida mediante la Ley 100 de 1993, aunque se propone lograr la cobertura universal del enfoque igualitarista, su mayor orientación se fundamenta en los principios y valores del enfoque neoliberal. Esta ley fortalece la participación privada, segmenta la población en grupos: los pobres que necesitan subsidio del Estado, los trabajadores que pagan contribuciones obligatorias y la población rica con mayor capacidad de pago. En coherencia con esta segmentación de población, define paquetes de servicios diferentes para cada segmento, el paquete para los pobres es menor que aquel para los otros grupos. Tanto en la estructura como la implementación del SGSSS, se ha visualizado la incoherencia de esta Ley con los principios de la Constitución Política de 1991; en la práctica, esto genera conflictos entre los actores del sistema, debido a la pugna entre quienes reclaman y defienden la atención en salud como derecho y aquellos que la han asumido como servicio privado ligado a contratos entre instituciones y sometido a las leyes del mercado.

Este manuscrito tiene como propósito presentar una parte de los hallazgos de una investigación llevada a cabo para analizar la dinámica de la cadena de las deci-

siones en salud relacionadas con el acceso y la calidad de los servicios en el contexto de las reformas del sistema de salud colombiano, la descentralización y el Sistema General de Seguridad Social en salud –Ley 100 de 1993–, en relación con las prácticas políticas del país, donde se destaca el papel de los partidos políticos.

Metodología

La investigación se llevó a cabo con un enfoque metodológico cualitativo, la Teoría Fundada^{25,26} (TF). Se realizaron en total 179 entrevistas en profundidad^{27, 28} un promedio de 29 en cada una de las siguientes ciudades: Bogotá, Medellín, Barranquilla, Bucaramanga, Pasto y Leticia. Se identificaron profesionales de la salud bien informados y con amplia experiencia en el sector (médicos, enfermeras, administradores), vinculados a la atención directa de pacientes y/o a labores administrativas o directivas de niveles estratégicos. Estos entrevistados provienen de 96 instituciones de salud de carácter público o privado y de los entes territoriales. Para la realización de las entrevistas se solicitó el consentimiento informado. Para ello se utilizaron guías de entrevista semiestructurada, puestas a prueba en entrevistas piloto. Las entrevistas fueron grabadas y luego transcritas, para realizar análisis de texto siguiendo la metodología de la TF, de codificación y categorización. Los resultados se validaron en seis foros públicos, uno en cada ciudad, en los cuales participaron personal de salud tanto del sector de servicios como académico y líderes comunitarios. Todos los investigadores fueron capacitados de manera conjunta para la realización de todo el proceso de la investigación. En esta metodología, la recolección y el análisis de la información trascurren paralelamente. En todo el proceso se garantizó un manejo confidencial y anónimo de las personas que participaron en las entrevistas y de las instituciones a las cuales ellos pertenecen. Para el manejo de información se usaron los paquetes de software: Microsoft Word®, Microsoft Excel®, Atlas.ti®, Microsoft Power Point® y la herramienta para el diseño de mapas conceptuales CmapTools®, versión 4.16.

Hallazgos

El proceso de análisis arrojó 13 categorías analíticas, soportadas en 85 subcategorías descriptivas que emergieron de 11.920 códigos, todas ellas relacionadas con aspectos que afectan las decisiones en la atención en salud en los niveles micro (decisiones en el momento de la atención, en la relación paciente-personal de salud), meso (las características y directrices de la institución en particular) y macro (las directrices de entes nacionales e internacionales).

Dada la amplitud temática que emerge de esta investigación, este manuscrito se concentra sólo en presentar

el rol que tienen los partidos políticos en la capacidad del nivel municipal para proveer servicios de salud, en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la descentralización.

Condiciones que favorecen el clientelismo –negación de la función pública– en salud

Como se describió en la sesión introductoria, el sgsss introdujo cambios estructurales profundos al sistema de salud colombiano. Los cambios propuestos buscaban mejorar el acceso, la calidad, disminuir la inequidad, entre otros.

El clientelismo es una categoría altamente destacada por todos los entrevistados. El clientelismo se considera una forma de actuación de los miembros de los partidos políticos que vinculados a actividades del Estado, directamente mediante cargos en entidades públicas o, indirectamente en cumplimiento de funciones delegadas a entes privados –niegan la función pública–, con lo cual se impide garantizar el cumplimiento de los derechos ciudadanos, especialmente aquellos consagrados en la Constitución Política de Colombia de 1991. En los datos se pudieron identificar aspectos que favorecen el clientelismo, sus formas de expresión y las consecuencias que genera su práctica en el sistema de salud.

Los aspectos que, al parecer, favorecen el desarrollo del clientelismo son los siguientes:

- a. La descentralización y privatización paralelas, con privilegio decidido al sector privado como asegurador y como prestador, pero sin un compromiso explícito con la creación y/o fortalecimiento de los valores públicos y sin control efectivo por parte del Estado, lo que ha generado una posición dominante de las aseguradoras privadas –Empresas Promotoras de Salud (EPS)–. Aunque éstas fueron creadas solo como aseguradoras en salud, han desarrollado instituciones para prestar servicios, creando estrategias de integración vertical patrimonial, y han promovido e incentivado la atención curativa, dada la rentabilidad que esto genera a corto plazo. En este contexto, a partir del inicio de la implementación del sgsss, las acciones de promoción y prevención en salud sufrieron un profundo deterioro, visualizado a través de los indicadores básicos de salud pública, tales como morbilidad y mortalidad materna, perinatal e infantil, enfermedades infectocontagiosas y enfermedades transmitidas por vectores, entre otros.
- b. Manejo economicista del sistema, en el cual los objetivos de salud fueron desplazados por objetivos de lucro y rentabilidad económica. Ligado al enfoque economicista, se han desarrollado múltiples barre-

ras para acceder a los servicios, cuando estos son requeridos. Se suponía que poseer una carné, que acredita la persona como afiliada al sgsss, automáticamente le garantizaba un acceso efectivo a la atención, cuando fuera requerida. Sin embargo, se han detectado múltiples barreras de acceso, tales como geográficas, aún en las grandes ciudades con amplia oferta de servicios, económicas y administrativas. La siguiente afirmación de un entrevistado ilustra este concepto.

“El sector privado hace negocio con los recursos públicos de salud” (LM161-703).

- c. Los planes de beneficio, desde la estructura de Ley, son diferenciales por segmentos de población, incluyendo más servicios para la población del régimen contributivo que los del subsidiado y aquellos no cubiertos con aseguramiento. En la práctica, esta diferencia se hace más marcada, dado que la población más pobre experimenta más barreras de acceso, con lo cual la inequidad se profundiza. Finalmente, los más pobres, que más enfermedad sufren, experimentan más limitaciones para acceder a los servicios.
- d. No hay un Ministerio de Salud que ejerza una rectoría efectiva del sistema y que brinde apoyo técnico-científico efectivo al desarrollo del sector salud en los departamentos y municipios. Los entrevistados de las zonas más alejadas de la capital sienten que el Ministerio los ha olvidado y que desconoce su situación particular y, por tanto, genera políticas que, en la práctica, no son aplicables en sus regiones, las cuales, a su vez, profundizan las inequidades.

“Esta región es muy especial, muy diferente al resto de país, no se ha tenido en cuenta y eso ha sido falta de voluntad política” (LE155-244). “El gobierno no es equitativo frente a las regiones apartadas” (LA159-470).
- e. La falta de compromiso de los integrantes de los partidos políticos con el mejoramiento de las condiciones de vida de la población. Estas personas buscan ser elegidas más por el interés de acceder al poder y al manejo de recursos que les permita fortalecer sus partidos y satisfacer sus apetitos económicos y políticos particulares. Sus intereses pocas veces están puestos en buscar el beneficio de toda la comunidad.

“En los colombianos, en los integrantes de los partidos políticos, no existe sentido del bien común” (BAM104-677).
- f. La política de flexibilidad laboral y las reformas laborales han generado procesos de contratación de personal, donde los vínculos son de corto plazo y alta inestabilidad, con condiciones laborales en las cuales el empleador no asume responsabilidades con el empleado y, por tanto, este último debe asu-

mir todos los riesgos que conlleva el empleo. En estas condiciones y ante las altas tasas de desempleo las personas se someten a exigencias de líderes de partidos, grupos o gamonales políticos con el ánimo de conseguir empleo.

- g. En el sistema electoral colombiano, tradicionalmente se ha dado “compra de votos” mediante diferentes mecanismos tales como asignación de subsidios para salud, educación, vivienda; promesa de cargos y puestos de trabajo en las instituciones públicas, entre otras. Algunas afirmaciones de los entrevistados ilustran este aspecto:

“Los políticos solo se acuerdan de esa gente humilde en época electoral y compran su voto con promesas, ladrillos o dinero para almorzar” (LM156-339); “Los defraudadores del erario público son reelegidos” (LM161-749).
- h. El deficiente desarrollo de la descentralización y, por tanto, la falta de capacidad de gestión del sector salud, con escasos procesos de planeación y del sistema de información en salud. Esto limita la autonomía municipal para generar políticas, programas y proyectos que respondan a las necesidades específicas de las regiones.

“Los municipios de Amazonas no están certificados. El departamento maneja todos los recursos para la salud en el Amazonas” (LA159).

Formas de expresión del clientelismo en la gestión del sector salud

El clientelismo se expresa en varias formas y ámbitos, tales como las siguientes:

- a. Desviación de recursos en salud: Existe presión de los integrantes de partidos políticos en el poder para la asignación de recursos en programas y proyectos que sean de su interés. En este proceso, los intereses particulares dominan por encima de los intereses de la comunidad, lo que desvirtúa la función pública. Esto encarna conductas de funcionarios de todos los niveles del gobierno que atentan contra los bienes públicos, con lo cual se generan desvíos de recursos asignados para servicios de salud, hacia otras áreas, limitando el acceso y cobertura de la población más vulnerable y se profundizando la inequidad. Algunas afirmaciones de entrevistados dan cuenta de este fenómeno.

“Hay corrupción e ineficiencia del Estado en todo el país” (LM161-593).

“Los recursos públicos para salud se los han robado” (LE156-357).

“Hasta los recursos de vacunación se los han robado” (LE155-192).

“Los recursos de loterías y juegos de azar para salud también se los roban” (LM161-753).

“Para el político no es importante la calidad del servicio, sino el recurso que tenga y cómo lo puede gastar y no precisamente de cosas de salud” (LE155-161).

“La corrupción en el Congreso impide transformaciones a fondo del sector salud” (LM161-765).

“También hay corrupción y clientelismo en los procesos de investigación disciplinaria por mala práctica de los funcionarios” (PE123-186).

“Los gobernantes se hacen los sordos ante las denuncias por mala atención en salud” (LM171-743).

“La corrupción se importa desde otras zonas del país, ejemplo de la costa norte del país hacia el sur” (LM161-690).

El clientelismo también tiene su expresión en el proceso de contratación del régimen subsidiado y de los servicios de salud. Los recursos para financiar el régimen subsidiado en salud, asignados a las poblaciones más pobres, algunas veces se utilizan para conseguir votos, prometiendo a los votantes subsidios, por tanto, es posible encontrar personas adineradas afiliadas al régimen subsidiado.

“En el país, las afiliaciones al régimen subsidiado se hacen por asignación política” (LA159-459).

“Hay manipulación política en el aseguramiento al régimen subsidiado” (PU131-534).

La desviación de recursos de salud también se presenta cuando las aseguradoras privadas y las administradoras del régimen subsidiado utilizan el dinero de la salud para generar otros negocios propios, relacionados o no con la salud, que van desde empresas para producción y/o distribución de material médico-quirúrgico hasta empresas de construcción de instituciones de salud, entre otros.

- b. La omisión de los requerimientos del perfil técnico-científico de los funcionarios públicos que van a ejercer funciones en las instituciones estatales. Esto se relaciona con la contratación de personal no calificado en todos los niveles (nacional, departamental y municipal) y en todos los tipos de cargos (directivos, administradores y operativos). La contratación del personal está mediada por criterios políticos y, por tanto, no hay suficientes exigencias a los aspirantes que van a dirigir los entes gubernamentales, en cuanto a su preparación profesional, formación y principios éticos, desempeño, entre otros. Así, los recursos públicos, fruto del esfuerzo de la sociedad para captar impuestos y cotizaciones en salud, son

entregados a funcionarios, sin la capacidad para manejarlos responsablemente. Ejemplos:

“Debido al clientelismo, se contratan directivos que no saben nada de salud” (BA103-657).

“El Ministerio de Salud necesita un ministro competente, un salubrista y buen administrador y político, pero no un politiquero” (LM161-785).

“Los políticos son así, por pagar favores, contratan gente sin experiencia” (PU131-532).

“La conservación del empleo tiene nexos con el clientelismo” (PE133-762).

- c. Los nexos entre los partidos políticos, las instituciones del estado y los grupos económicos dueños de las aseguradoras en salud. El clientelismo se ha profundizado e infiltrado en todos los niveles del sistema de salud; los grupos en el poder dominan la toma de decisiones de salud en todas las esferas del gobierno a través de las instituciones del Estado: Presidencia, Cámara de Representantes, Congreso de la República, gobernaciones, asambleas departamentales, alcaldías y consejos municipales, entre otros. A la par, las asociaciones de profesionales de la salud, de instituciones de salud, de la comunidad, tienen un terreno limitado para intervenir en las decisiones sobre las políticas en salud. De esta manera, el predominio del interés privado de los grupos en el poder no permite el cumplimiento de los derechos establecidos en la Constitución Política de Colombia de 1991, con la puesta en marcha de políticas de salud efectivas para solucionar los problemas de inequidad, desigualdad y exclusión que afecta la población. En consecuencia, las decisiones en salud no están dominadas por los actores del sector salud, que poseen el conocimiento específico del sector, sino por el poder de los partidos y consorcios económicos vinculados al aseguramiento en salud
- “Los Congresistas son dueños de la salud en Colombia” (LA159-545).

Consecuencias del clientelismo en salud

Algunos entrevistados expresan de manera categórica las consecuencias del clientelismo y las conductas que atentan contra los bienes públicos en la gestión de la salud:

- a. reno al desarrollo institucional en salud. Las instituciones públicas están sometidas a los partidos políticos y, generalmente, cada gobierno de turno no da continuidad a las políticas, programas y proyectos que el gobierno saliente había puesto en marcha. Adicionalmente, los archivos políticos, diagnósticos de situación de salud, planes, programas y pro-

yectos, así como de la gestión del gobierno de turno anterior, desaparecen o no son tomados en cuenta por el gobierno siguiente, impidiendo la construcción de memoria institucional, lo cual contribuye a frenar el desarrollo social, económico e institucional de los municipios, en general y del sector salud, en particular. Esto conlleva una baja capacidad administrativa del sector salud, que le quita la posibilidad de cumplir con las funciones asignadas, resolver problemas de salud de la localidad, utilizar racionalmente los recursos, restándole con ello credibilidad y capacidad de negociación. Este freno en el desarrollo institucional se vuelve un círculo vicioso, que a la vez facilita el clientelismo.

“Los cambios permanentes de gobernantes impiden continuidad de las políticas de salud” LU163-842.

“El gran problema de aquí... es el factor político” (LM156-336).

“El hospital de...lo desvalijaron” (LM156-355).

“Los políticos se repartieron, por grupos, el hospital” (LM156-356).

“Las Secretarías de salud no tienen cabeza” (LE154-105).

“Se realiza habilitación forzada de servicios e instituciones sin cumplir los requisitos de ley” (LE155-181).

- b. Las carencias éticas en lo personal, profesional e institucional de algunos actores del sistema contribuyen o refuerzan las carencias éticas de la sociedad.

“Los políticos hacen perder los informes que describen la realidad objetivamente” (LE155-183).

- c. Los conflictos en las relaciones interinstitucionales y de los actores del sistema, debido a la infiltración clientelista en la gestión de la salud, que a su vez hacen más difícil la gestión en el sector. Estos conflictos también generan dificultades en el trabajo en equipo, interinstitucional e interdisciplinario.

“Los gobernantes tienen discordias personales con algunos prestadores” (LM156-273).

“Hay persecución política y administrativa a IPS, fundada en conflictos interpersonales” (LM156-280).

“El clientelismo destruye el trabajo en equipo inter e intrainstitucional en salud” (LM156-362,363).

- d. Rotación de las mismas personas que ocupan cargos directivos en instituciones públicas y privadas. Directivos de instituciones prestadoras y aseguradoras en salud, asesores ministeriales, de entes territoriales y de los organismos de vigilancia y control que hacen parte del mismo grupo político y/o económico, que ocupan cargos públicos, actúan más buró-

cratas satisfaciendo sus intereses privados que como empleados públicos, garantes de los derechos ciudadanos. Adicionalmente, algunos de ellos, pasan de ocupar cargos en entidades públicas hacia cargos directivos de las entidades privadas, llevando consigo información confidencial. Esta situación configura conflicto de intereses y dilema ético entre algunos actores del sistema que juegan papel de “juez y parte”, lo que puede influir en la efectividad de las acciones de dirección, vigilancia y control del sistema en garantizar los derechos ciudadanos.

Discusión y conclusiones

Las decisiones en salud no están lideradas por los profesionales y las organizaciones del sector salud, quienes poseen una amplia formación y conocimiento en salud, sino que están dominadas por el poder de los partidos políticos y consorcios económicos vinculados al aseguramiento en salud, lo cual ha afectado el acceso, la calidad de los servicios, la calidad del recurso humano y el desarrollo institucional en salud. Esta dinámica va en contravía con las políticas y acciones que se requieren para garantizar los derechos ciudadanos establecidos en la Constitución Política de Colombia de 1991.

La *carencia de sentido de la público*⁸ es uno de los elementos que caracteriza las prácticas de los partidos políticos vinculados con las instituciones estatales y las directrices neoliberales que fundamentan el sgss colombiano. El sgss promueve el individualismo, el mercado privado de la salud y el ánimo de lucro, el predominio del interés particular por encima del interés general, entre otros, lo cual no deja paso a otras opciones que generen beneficio colectivo y mayor justicia social, como lo ordena la Constitución Nacional. A pesar de que el sgss busca, en teoría, disminuir la inequidad, en su propia estructura se reproducen las inequidades. Por ejemplo, los planes de beneficio diferenciales, definen paquetes de servicios con menos cobertura para la población más pobre y más amplios para la población con mejores niveles socioeconómicos,²⁹ con lo cual se reglamenta la inequidad. Por otro lado, si bien el sistema de focalización de los recursos en la población más vulnerable, puede ser una estrategia para disminuir la inequidad, los mecanismos de asignación de los recursos del régimen subsidiado son, con frecuencia, aprovechados por los partidos políticos para la consecución de votos, prometiendo cupos para acceder a subsidios para atención en salud y asignando estos a quienes no lo requieren. Esto, como afirma Alape⁶ es una expresión del profundo conflicto entre los partidos políticos que buscan controlar el Estado para lograr sus intereses.

El sometimiento de las instituciones de salud a la influencia de los partidos políticos, es identificado como

uno de los fenómenos que más afecta el desarrollo de estas instituciones y el logro de los objetivos del sistema de salud, lo cual se agrava por un proceso de descentralización sin un direccionamiento ni asistencia técnica efectiva, de lo cual las aseguradoras privadas y el clientelismo han sacado provecho. Este aspecto está ligado al nexo histórico entre Estado, instituciones públicas, partidos políticos y élites económicas. Los partidos políticos están entrelazados con los grupos económicos (hoy día con estrechos vínculos con las empresas de aseguramiento en salud, EPS, ARS, ARP) y las instituciones del Estado, en cuyo seno se definen las políticas de salud para el país. Por tanto, la carencia de sentido de lo público no permite el desarrollo del sector salud enfocado a la búsqueda de justicia social con equidad. A este respecto María Teresa Uribe comenta:

“... en América Latina, de la que Colombia no es la excepción, se percibe un amplio malestar con los parlamentos y congresos, considerados por la opinión pública como fuentes de corrupción, ineficacia y desgüeño..., herencia de una arcaica democracia formal, que afecta la moralidad del Estado y la Nación”. “En los partidos políticos se destaca su creciente incapacidad para encauzar la multiplicidad y diversidad de las demandas sociales, la pérdida de identidad política de los ciudadanos con ellos, así mismo su carácter de maquinarias electorales, orientadas hacia el uso privado y particular de las clientelas que las constituyen”.⁸

Por otro lado, la corrupción ha sido un flagelo histórico que afecta todas las esferas y ámbitos del gobierno, no solo en Colombia.³⁰ Esta se ejerce mediante agentes, funcionarios o procesos (licitaciones, por ejemplo), a través de los cuales los recursos públicos fluyen desde las instituciones públicas hacia individuos en particular o entes que actúan en busca de su propio beneficio, sin un sentido de lo público y sin un sentido de responsabilidad con los recursos que el conjunto de la sociedad, individuos y empresas, paga mediante impuestos y cotizaciones a la seguridad social, para destinarlos al desarrollo de bienes y servicios para la comunidad. Por tanto, los beneficiarios son, finalmente, agentes privados, ya sea individuos, partidos políticos u organizaciones privadas, lo cual contribuye a generar mayor inequidad e injusticia social, infringiendo con ello el artículo 48 de la Constitución Política de Colombia de 1991.³¹

Finalmente, se visualiza que los principios y derechos establecidos en la Constitución Política de Colombia de 1991 (Artículos 13, 48 y 49), no están suficientemente amparados en la estructura e implementación del SGSSS que, fundamentado en el enfoque económico neoliberal, estimula una dinámica de mercado, individualista,

de competencia entre actores, más que de cooperación de entre ellos. Por otro lado, el proceso de descentralización requiere más un direccionamiento que garantice el desarrollo de la capacidad de gestión en los diferentes niveles de gobierno y una separación de las estrategias de privatización, que controlar las prácticas clientelistas.

Referencias

- 1 Nieto JR. Desarrollo y Salud: la experiencia contemporánea en Colombia y América Latina. *Utopía Siglo XXI. Rev. Fac. Ciencias Sociales y Humanas* 1997; 1(1):51-61.
- 2 Zambrano PF. La invención de la Nación. Contradicciones del sistema político colombiano. *Revista Análisis, Conflicto Social y Violencia en Colombia. Documentos Ocasionales* 1989; 56: 31-38.
- 3 Arrubla M. Colombia Hoy: Perspectivas hacia el Siglo XXI. Síntesis de la Historia Política Contemporánea. Bogotá: T.M. Editores; 1996.
- 4 Angell A, Lowden P, Thorp R. *Decentralising Development: The Political Economy of Institutional Change in Colombia and Chile*. Oxford: Oxford University Press; 2001.
- 5 Colombia. Congreso de la República. *Constitución Política de Colombia de 1991*.
- 6 Alape A. *La violencia Política. Historia de Colombia*; Bogotá: Salvat; 1988.
- 7 Villa RF. Crisis Política y Partidos Políticos en América Latina. *Rev Utopía Siglo XXI* 1997; 1(1): 83-89.
- 8 Uribe MT. El Malestar de la representación política en la Colombia de hoy. *Estudios Políticos* 1995; 6: 14-15
- 9 Burden T, Cooper C, Petrie S. *Modernising Social Policy: Unravelling New Labour's Welfare Reforms*. Aldershot: Ashgate Publishing Limited; 2000.
- 10 Bradshaw Y. Perspectives. En: North N, Bradshaw Y. *Perspectives in Health care*. ed. London: Macmillan; 1997
- 11 Pereira J. La interpretación económica de la equidad en salud y atención sanitarias. En: *Salud y equidad, In: VIII Jornadas de Economía de la salud, Anales*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1988. págs. 31-52.
- 12 Espinal R. Democracia, gobernabilidad y partidos políticos en América Latina. *Rev. Foro* 1995; 27: 92-103.
- 13 Burki SJ. From Globalization to Localization. En: *World Bank Latin American and Caribbean Studies. Annual World Bank Conference on Development in Latin America and the Caribbean. Decentralization and accountability of the public sector*. Washington, D.C.: The World Bank; 1999. Págs 3-5
- 14 Burki SJ, Perry GE, Dillinger WR. “Mas allá de Centro: La Descentralización del Estado” *Estudios del Banco Mundial sobre América Latina y el Caribe*. Washington, D.C.: Banco Mundial; 1999. p. 117
- 15 Collins CD, Araujo J, Barbosa J. Decentralising the health sector: issues in Brazil. *Health Policy* 2000; 52: 113-127.
- 16 Blas E, Limbambala M. User-payment, decentralisation and service utilisation in Zambia. *Health Policy and Planning* 2001; 16 (Suppl 2): 19-28.
- 17 Velásquez F. *Ciudad y participación*. Cali: Universidad del Valle; 1996.
- 18 Corredor MC. *Los Límites de la Modernización*. Colección Sociedad y Conflicto. Bogotá: Cinep; 1994.
- 19 World Bank. *World Development Report 1993: Investing in Health*. New York: Oxford University Press; 1993. p. 14-19

- 20 Islam A, Tahir MZ. Health Sector Reform in South Asia: New Challenges and constraints. *Health Policy* 2002; 60:151-169.
- 21 Sen K, Koivusalo M. Health Care Reforms and Developing Countries. A Critical Overview. *International Journal of Health Planning and Management* 1998; 13:199-215.
- 22 Bloom G. Equity in health in unequal societies: meeting health needs in context of social change. *Health Policy* 2001; 57: 205-224.
- 23 Sen AK. *Desarrollo y Libertad*. Bogotá: Planeta; 1999.
- 24 Vargas I, Vásquez ML, Jané E. Equidad y Reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. *Cad. Saude Publica* 2002; 18(4):927-937.
- 25 Strauss AL, Corbin J. *Basics of Qualitative Research: Techniques and procedures for developing Grounded Theory*: ed. 2. London: Sage; 1990.
- 26 Glaser B, Strauss AL. *The discovery of Grounded Theory*. New York: Aldine de Gruyter; 1967.
- 27 Miles M, Huberman AM. *Qualitative Data Analysis*. London: Sage; 1994.
- 28 Morse MJ. *Critical Issues in Qualitative Research Methods*. London: Sage; 1994
- 29 Hernández M. El derecho a la Salud en Colombia: Obstáculos Estructurales para su Realización. *Rev. de Salud Pública* 2000; 2(2): 121-144.
- 30 Transparency Internacional. *The global coalition against corruption: Annual Report*. Berlín: Transparency Internacional; 2007.
- 31 Vélez IM. Detectan 3 millones de ‘colados’ en el SISBEN. *El Colombiano* 2003, 11 Enero. p.7A.