



Universidad de Antioquia  
Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública  
[revfnsp@caribe.udea.edu.co](mailto:revfnsp@caribe.udea.edu.co)  
ISSN 0120-386X  
COLOMBIA

2001  
Mario Hernández A.  
**EL ENFOQUE SOCIOPOLÍTICO PARA EL ANÁLISIS DE LAS  
REFORMAS SANITARIAS EN AMÉRICA LATINA**  
Revista Facultad Nacional de Salud Pública, enero-junio, vol. 19, número 1  
Facultad Nacional de Salud Pública  
Medellín, Colombia  
pp.57-70.



Red de Revistas Científicas de América Latina y El Caribe  
Ciencias Sociales y Humanidades  
<http://redalyc.uaemex.mx>

# El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América Latina\*

Mario Hernández Á.<sup>1</sup>

## Resumen

La pregunta central del artículo es: ¿por qué el sistema de salud colombiano ha sido ubicado en el primer lugar en América Latina en la evaluación de desempeño realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS)? Desde enfoque denominado sociopolítico, se arriesga una respuesta de dos términos: primero, porque la OMS incorpora el modelo hegemónico o predominante de las reformas de los sistemas de salud en el mundo en la década de los noventa, y el sistema de seguridad social en salud de Colombia es el más parecido a dicho modelo. Segundo, esta correspondencia se basa en que el proceso sociopolítico colombiano ha construido una cultura política en el campo de la salud de corte liberal, individualista, basada en la propiedad y la caridad como ejes de la organización y la distribución de los servicios de salud. El análisis sociopolítico de largo plazo permite mostrar la relación entre los dos componentes de esta respuesta hipotética, y la comparación entre países latinoamericanos permitiría corroborarla.

## Palabras clave

Reformas sanitarias, política de salud, sistemas de salud.

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

<sup>1</sup> Médico, especialista en Bioética, Magíster (M.Sc.) en Historia y candidato a doctor (Ph.D.) en Historia, profesor del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, Coordinador General (2000-2001) de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (Alames).

.....

### Abstract

The main concern in this article is: why has the Colombian health system been ranked at first place in Latin America by the World Health Organization (WHO) evaluation of health systems performance? From a sociopolitical perspective, this paper presents a two-terms-answer: first, because WHO incorporates the hegemonic model or main stream of health systems reforms in the 90s, and the Colombian health system shares most of the desired features of that model. Second, this correspondence is explained by the Colombian sociopolitical process, which has built a liberal, individualistic political culture, based on property and charity for organization and distribution of health services. A long term sociopolitical analysis shows the relation between the two components of this hypothetical answer, and a comparative analysis among Latin American countries could prove it.

.....

### Key words

Sanitary reform, health policy, health system.

El 21 de junio de 2000 la Organización Mundial de la Salud presentó su *Informe sobre la salud en el mundo, 2000*. Este informe ubica a Colombia en el lugar 22 entre los 191 países miembros en la evaluación sobre el desempeño de los sistemas de salud.<sup>1</sup> Incluso, Colombia aparece, de manera sorprendente, como el mejor país latinoamericano por encima de Chile, Costa Rica y Cuba.<sup>2</sup> ¿Por qué un país en guerra prolongada, con indicadores de salud que siempre dejaron mucho que desear, de pronto aparece como el mejor valorado en la región en cuanto al desempeño de su sistema de salud? Me atrevería a sugerir una respuesta en dos partes articuladas: primero, porque Colombia es el país que incorporó de la manera más sistemática, entre los países latinoamericanos, los criterios centrales del modelo hegemónico de las reformas sanitarias impulsado desde 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 Organización Mundial de la Salud. Nombres como Deam Jamison, Christopher Murray, Phillip Musgrove y Nancy Birdsall aparecen en el grupo técnico de la OMS y en los documentos del Banco Mundial de 1987<sup>3,4</sup> y 1993,<sup>5</sup> 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, ex ministro de salud de Colombia y promotor de la reforma en este país, ha divulgado el modelo colombiano como el más cercano al ideal del “pluralismo estructurado”,<sup>6</sup> 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”,<sup>7,8</sup> los dos 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.<sup>9</sup> 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 en que el mercado resuelve correctamente la distribución mientras se respete la elección individual, hasta los que pensamos que es necesario priorizar la opción política por la equidad para luego desarrollar estrategias de manejo eficiente de los recursos.<sup>10,11,12,13</sup>

Dependiendo de cómo se ha entendido cada uno de los términos del dilema, se han desarrollado modelos específicos de organización de los servicios. Los modelos de la “competencia regulada o administrada” y el del “pluralismo estructurado” pretenden resolver el dilema mediante la valoración 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 “ha-

cer cumplir los contratos”, como diría North,<sup>14</sup> sino crear incentivos para que los agentes del mercado prefieran la 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.<sup>15</sup> 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 mayor valoración de la eficiencia para el logro de mayor equidad.

Existen críticas al modelo desde muchos aspectos, que no puedo profundizar aquí<sup>16</sup>. 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.

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, FOSYGA), 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) y de desarrollar mecanismos de focalización del gasto público (subsidio a la demanda) para incorporar al mercado a los extremadamente pobres (Régimen Subsidiado, RS), 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.<sup>17,18,19</sup> 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.<sup>20</sup> El aumento del gasto total en salud con coberturas que bordean el 50% 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 o de medicina prepagada, 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 desde el punto de vista de oportunidad, eficacia y calidad.

Pero no pretendo refutar los hallazgos, los indicadores y la información en que se basa el informe de la OMS para decir que el sistema de salud de 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.

En Colombia el modelo se incorporó con mejoras aparentes. Cabe preguntarse, entonces: ¿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 argumental. 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 por qué 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 un 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.<sup>21</sup> 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<sup>22</sup> parte de entender las sociedades, en plural, como “múltiples redes socio-espaciales de poder que se superponen y se intersectan.”<sup>23</sup> Estas redes constituyen “organizaciones”, esto es “medios institucionales de alcanzar objetivos humanos”. Michael Mann propone entender las relaciones entre las redes a través de cuatro “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 dos ejes, Mann tipifica el poder como extensivo o intensivo, 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.<sup>24</sup>

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 tres 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.<sup>25</sup> 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.<sup>26</sup> Se trata entonces de conflictos normativos,<sup>22</sup> 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 qué se tiene derecho. Allí se ubican los modelos diseñados por la tecnocracia, pero siempre existen muchos más, los que construyen actores sociales 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 per-

manentes entre fuerzas de conservación y de transformación encarnadas en actores sociales, lo 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, para el cual no siempre es favorable la burocracia. 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 en la que se encuentran. En los órganos legislativos se expresan con facilidad buena parte de los principales actores organizados del sistema político, llámense partidos, movimientos sociales o asociaciones de clase, como sindicatos y gremios. Constituyen lo que Peter Smith denomina “instituciones intermedias” del sistema político.<sup>28</sup> 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”.<sup>29</sup> Dos elementos clave 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 aquéllos 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”.<sup>30</sup> 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 entre 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 reformas 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 las similitudes en las reformas sanitarias en nuestros países, para mostrar su articulación con la dinámica global y con la hegemonía del modelo neoliberal, lo cual comparto, pero hemos hecho poco 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. Éste 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 ese 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.<sup>31</sup> 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 en los que se estructuran las políticas estatales que organizan los servicios de salud.

Abram de Swaan, por ejemplo, habla de una “configuración a cuatro 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 cuatro bandas son los pequeños propietarios independientes (o sectores medios), los grandes empresarios, los trabajadores y el gobierno.<sup>32</sup> 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 en los distintos sectores productivos los sindicatos, 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 dos 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 que tengamos respuestas a preguntas como:<sup>33</sup> ¿por qué fue necesario un golpe militar y una dictadura de tal intensidad y duración en Chile, para con-

vertir 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, de nuevo, ¿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 que 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 este modelo con mayor profundidad 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 durante todo el siglo XX.<sup>34</sup> 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.<sup>35</sup> 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 Pinilla,

quien trató de competir con el bipartidismo por varios medios, pero fue derrotado por éste 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 pelecharon 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 paraestado. 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, con el Instituto de Seguros Sociales (ISS), y el sector público, con la Caja Nacional de Previsión y mil cajas más, porque los mismos trabajadores entraron en una división progresiva entre obreros y empleados o “clase media”. 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 y permanecieron divididos como organización gremial: la Federación Médica Colombiana defendía la práctica privada de la profesión, mientras la Asociación Médica Sindical se concentraba en la búsqueda de la condición de “empleados públicos especiales” en la asistencia pública y la seguridad social; y la Academia Nacional de Medicina se centró en el prestigio de la profesión. Pero ninguna fracción del gremio médico propuso la integración de ser-

vicios, a excepción de los salubristas planificadores, quienes nunca fueron aceptados como médicos.<sup>36,37,38</sup>

En este panorama de interacciones se fue construyendo una cultura política predominante que en nada se parece a la ciudadanía, desde el punto de vista 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 de un 5% de la población, 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 del Estado 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, elites propietarias y clase política bipartidista que atravesó todas las clases sociales y se convirtió en problema inmanejable. Una imagen parecida de la cultura política colombiana ha sido presentada por otros estudios recientes,<sup>39,40</sup> pero pretendo mostrar 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. También se ha reconocido que tal simbiosis redujo el impacto económico de la crisis de la deuda que otros países vivieron en los

años ochenta.<sup>41</sup> Esto también ayudó a disminuir la percepción de las políticas de ajuste.

A finales de los años 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 en la institucionalidad a través de un nuevo pacto que impulsó una constitución política que 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 dos partidos tradicionales tomó el rumbo e inició el primer ciclo de reformas durante el gobierno de César Gaviria, hoy Secretario General 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 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 divi-

sión 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. Al respecto, la Alianza Democrática M19 obtuvo cerca de 700 mil votos para participar en la Asamblea Nacional Constituyente, y en el nuevo Congreso de 1992 logró nueve curules en el Senado y trece en la Cámara de Representantes.<sup>42</sup> Para las elecciones de 1994, obtuvo ni una sola curul y la AD-M19 se disolvió.<sup>43</sup>

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. Si se explora el proceso de reforma de los países europeos,<sup>44</sup> esta afirmación se afianza más.

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 asociarla con el clientelismo y la 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 (1994-1998), 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. Tanto el castigo al candidato del Partido Liberal, Horacio Serpa, como el apoyo explícito de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC), decidieron el triunfo electoral de Andrés Pastrana para el actual gobierno.

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”. Me refiero al esfuerzo de algunos grupos políticos independientes de sostener la iniciativa de un referendo constitucional para revocar el mandato al actual Congreso de la República, iniciativa que fue presentada por el gobierno pero, ante la oposición del Partido Liberal, volvió a retirar para rehacer un pacto que impulsara las medidas de ajuste concertadas con el Fondo Monetario Internacional.

A pesar de la inconformidad por parte de varios sectores de la población con el proceso de implementación 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 mejor ubicación en el sistema, pero no transformaciones estructurales.<sup>45</sup> Las pocas excepciones a la regla se encuentran en algunas organizaciones sindicales y en unos pocos 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 la 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.

## Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo, 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud; 2000.
2. Organización Mundial de la Salud. Comunicado de prensa: la OMS evalúa los sistemas de salud del mundo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2000 jun 21.
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. El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo: una agenda para la reforma. Mesa Redonda. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 1987;103(6):695-742.
5. Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 1993: invertir en salud. Indicadores del desarrollo mundial. Washington, D.C.: Banco Mundial; 1993.
6. Frenk J, Londoño de la C JL. Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Salud y Gerencia 1997;15:1,6-28.

7. Enthoven A. Managed competition of alternative delivery systems: Health, Politics, Policy & Law 1988;13:305-321.
8. 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.
9. Gracia D. La tradición política y el criterio de justicia: el bien de terceros. En: Fundamentos de Bioética 1989; p. 199-311.
10. Engelhart T. El contexto de la asistencia sanitaria: las personas, las posesiones y los Estados. En: Los Fundamentos de la Bioética. Barcelona: Piados; 1995. p. 151-204.
11. Gracia D. ¿Qué es un sistema justo de servicios de salud? Principios para la asignación de recursos escasos. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 1991;108(6):570-585.
12. Castaño RA. Medicina, ética y reformas a la salud. Santafé de Bogotá: Fundación Creer; 1999.
13. Hernández M. Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. Cuadernos de Saúde Pública. De próxima aparición.
14. North D. Instituciones, cambio institucional y desempeño económico. México: Fondo de Cultura Económica, 1993, p. 163.
15. 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.
16. *Ibid.*
17. [www.paho.org/Spanish/SHA/perfiles.htm](http://www.paho.org/Spanish/SHA/perfiles.htm).
18. Fleury S, Belmartino S, Baris E, editores. Reshaping Health Care in Latin America: a comparative analysis of health care reform in Argentina, Brazil, and Mexico. Ottawa, IDRC; 2000.
19. Buss PM, Labra ME (org.) Sistemas de Saúde. Continuidades e mudanças. Argentina, Brasil, Chile, Espanha, Estados Unidos, México e Quebec. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec, Fiocruz; 1995.



20. Hernández M. El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización. En: De Currea LV, Hernández M, Paredes N, PROVEA. La salud está grave. Bogotá: Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo; 2000, p. 133-164. Versión resumida en: Revista de Salud Pública 2000;2(2), p. 121-144.
21. Hernández M. La fractura originaria en la organización de los servicios de salud en Colombia, 1910-1946. Tesis para optar por el título de Magíster en Historia, Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, junio de 2000 (inédito).
22. Hernández M. La fractura originaria en la organización de los servicios de salud en Colombia, 1910-1946. Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura 2000; 27:7-6.
23. Mann M. Las fuentes del poder social. Tomo I. Madrid: Alianza; 1991. p. 14.
24. Foucault M. El sujeto y el poder. Bogotá: Carpe Diem. p. 57-69.
25. Lechner N. La conflictiva y nunca acabada construcción del orden deseado. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; Siglo XXI. 1986.
26. Berger P, editor. Los límites de la cohesión social: conflictos y mediación en las sociedades pluralistas. Informe de la Fundación Bertelsmann al Club de Roma. Barcelona: Círculo de Lectores; 1999.
27. Smith P. Argentina and the failure of democracy: conflict among political elites, 1904-1955. Madison: The University of Wisconsin Press; 1974.
28. Bourdieu P. Sociología y cultura. México: Grijalbo; 1990. p. 136.
29. Belmartino S, Bloch C. El sector salud en Argentina: actores, conflictos de intereses y modelos organizativos; 1960-1985. Buenos Aires: OPS/OMS; 1994. p. 12.
30. Fleury S, Belmartino S, Baris E, editores. Reshaping health care in Latin America: a comparative analysis of health care reform in Argentina, Brazil, and Mexico. Ottawa, IDRC; 2000.
31. De Swaan A. A cargo del Estado. Barcelona, Pomarés-Corredor; 1992.
32. Buss PM, Labra ME (org.) Sistemas de Saúde. Continuidades e mudanças. Argentina, Brasil, Chile, Espanha, Estados Unidos, México e Quebec. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec, Fiocruz; 1995.
33. 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.
34. Hernández M. El proceso sociopolítico de las reformas sanitarias en Colombia. Cartilla de Seguridad Social 1999;5(edición especial): p. 21-43.
35. Garay LJ. Reflexiones en torno de la crisis colombiana. En: Mandato Ciudadano por la Paz, la Vida y la Libertad. La economía en la mesa de negociación. Bogotá: Agenda Ciudadana por la Paz; 1999. p. 33-54.
36. Hernández M. La fractura originaria en la organización de los servicios de salud en Colombia, 1910-1946. Tesis para optar por el título de Magíster en Historia, Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, junio de 2000 (inédito).
37. Hernández M. La fractura originaria en la organización de los servicios de salud en Colombia, 1910-1946. Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura 2000; 27:7-6.
38. Hernández M. El proceso sociopolítico de las reformas sanitarias en Colombia. Cartilla de Seguridad Social 1999;5(edición especial): p. 21-43.
39. Cuéllar MM. Colombia: un proyecto inconcluso. Tomo II. Bogotá: Universidad Externado de Colombia; 2000.p. 875-927.
40. Comisión de Análisis y Recomendaciones sobre Relaciones entre Colombia y Estados Unidos. Colombia: una nueva sociedad en un mundo nuevo. Análisis Político 1997. p. 25-26.
41. Colombia, Registraduría Nacional del Estado Civil. Elecciones. senadores, representantes, gobernadores. Bogotá, Consejo Nacional Electoral; 1991, p. 49, 178.



.....  
42. Colombia, Registraduría Nacional del Estado Civil. Elecciones marzo 13 de 1994. Bogotá; 1994.

43. Porter D. Health, Civilization and State. A history of public health from ancient to modern times. New York: Routledge; 1999. p. 231-277.

