
ESTUDIOS E INVESTIGACIONES

La dinámica de los actores en la implementación de la reforma del sistema de salud en Colombia: exclusiones y resistencias (1995-2003)

Mónica Uribe Gómez

Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo

Luz Stella Álvarez Castaño

Las organizaciones de usuarios: incidiendo en la construcción del derecho a la salud

María Esperanza Echeverry López

La articulación de las categorías género y salud: un desafío inaplazable

John Harold Estrada Montoya

Carga de la enfermedad en afiliados al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS): asociación con indicadores socioeconómicos. México 2000

Jesús Rodríguez García, Fernando Ruiz Gómez, Enrique Peñaloza Quintero

Complementos nutricionales y capital humano. Un análisis desde los beneficiarios al Nutrisano y Nutrivida del programa Oportunidades de México

Oscar Alfonso Martínez Martínez

Análisis Sistémico de la operación de Administradoras de Riesgos Profesionales en Colombia

Santiago Arango Aramburo, Juan Camilo Tamayo Ramírez

El trabajo no remunerado de cuidado de la salud: naturalización e inequidad

Amparo Hernandez Bello



La dinámica de los actores en la implementación de la reforma del sistema de salud en Colombia: exclusiones y resistencias (1995-2003)*

The dynamics of Actors in Health Reform Implementation in Colombia: Exclusions and Resistances (1995-2003)

A dinâmica dos actores na implementação da reforma do sistema de saúde em Colômbia: exclusões e resistências (1995-2003)

Fecha de recepción: 11-05-09 Fecha de aceptación: 21-09-09

Mónica Uribe Gómez**

* Este artículo se deriva de los resultados de una investigación más amplia sobre “La contienda por las reformas del Sistema de Salud en Colombia 1990-2006”, realizada para obtener el título de doctora en Ciencia Social, con especialidad en Sociología, en El Colegio de México en febrero de 2009. Fue inicialmente preparado para presentar en el Congreso de la Asociación de Estudios Latinoamericanos (LASA), celebrado en Río de Janeiro del 11 al 14 de junio de 2009.

** Trabajadora social, doctora en Ciencia Social con especialidad en Sociología. Profesora de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Antioquia. Correo electrónico: muribegomez@gmail.com



Resumen

Este artículo se propone analizar la dinámica de la contienda política durante la fase de implementación de la reforma del sistema de salud en Colombia entre los años 1995 y 2003. Se plantea que en la dirección tomada por los cambios incidieron múltiples actores, pertenecientes tanto a instancias del Estado como a gremios de poder económico, organismos internacionales, sindicatos, partidos políticos, asociaciones de profesionales y diversos grupos sociales organizados.

La narrativa se concentra en los debates y conflictos entre los actores estatales y societales, las coaliciones establecidas, las oportunidades de participación social y sus efectos, los puntos de oposición o defensa a la reforma, y en la influencia de la correlación de fuerzas en este proceso.

Palabras clave autor: reforma de salud, implementación de la política de salud, actores, contienda política.

Palabras clave descriptor: reforma de la atención en salud, política de salud, sistemas de salud, relaciones comunidad-institución, legislación sanitaria, cambio social.

Abstract

This article proposes to analyze the dynamic of political contention during the implementation phase of health system reform in Colombia between 1995 and 2003. This article argues that the direction taken by the changes affected multiple actors in both instances the state as economic power to unions, international organizations, unions, political guilds, professional associations and divers organized groups.

The narrative focuses on the debates and conflicts between the state and the societal actors in coalitions established, opportunities for social participation and its effects, the points of objection or defense to the reform and the influence of the correlation of forces in this process.

Key words author: health reform, implementation of health policy, actors, political contention.

Key words plus: health care reform, health policy, health systems, community-institutional relations, legislation, social change.

Resumo

Este trabalho pretende analisar a dinâmica da luta política durante a fase de implementação da reforma do sistema de saúde na Colômbia entre 1995 e 2003. Propomos que a direção tomada pelas mudanças afetados múltiplos atores em ambos os casos o Estado como poder econômico aos sindicatos, organizações internacionais, sindicatos, partidos políticos, associações profissionais e de vários grupos organizados.

A narrativa centra-se nos debates e conflitos entre Estado e atores sociais em coligações estabelecidas, as oportunidades de participação social e seus efeitos, os pontos de acusação ou de defesa para a reforma e a influência da correlação de forças na este processo.

Palabras chave: reforma da saúde, a implementação da política de saúde, atores, competição política.

Palavras chave descritor: reforma dos serviços de saúde, política de saúde, sistemas de saúde, relações comunidade-instituição, legislação sanitária, mudança social.

1. Introducción

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

Este artículo parte de la pregunta por la incidencia de los debates y conflictos que surgieron entre los múltiples actores de la salud que buscaron influir en la dirección la dirección tomada por la reforma del sistema de salud colombiano entre 1995 y 2005. El análisis toma como referencia el enfoque relacional propuesto por McAdam, Tarrow y Tilly [1] para estudiar las relaciones conflictivas entre la sociedad y el Estado, también entendidas como contienda política. La tesis detrás de la narrativa analítica que se presenta es que los contenidos y las trayectorias de la implementación de la reforma colombiana han dependido más de las características de las interacciones entre los múltiples actores del sector que de los lineamientos y propósitos trazados por la Ley 100 de 93.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (en adelante SGSSS) se puso en marcha en 1995, con una serie de adaptaciones institucionales, legales, administrativas y financieras que buscaban articular un modelo mixto de salud, caracterizado por la co-participación del Estado y el mercado. La característica más evidente de esta etapa de los cambios fue la reestructuración de las instancias encargadas de administrar y prestar los servicios. Paralelamente a la llamada “modernización” institucional, se dieron otros procesos que han sido poco discutidos, aunque son fundamentales para entender el desenlace de las transformaciones, y están relacionados con la incidencia de la correlación de fuerzas en las decisiones del sector.

Con el objetivo de mostrar la dinámica de la contienda política durante este proceso, en la primera parte de este trabajo se aclaran los aspectos metodológicos que fundamentan la narrativa analítica. En la segunda parte se reconstruyen las interacciones y conflictos que conformaron el primer momento de la transición del sistema de salud, entre 1995 y 1997. A continuación se profundiza en la crisis desatada entre 1998 y 1999 en los hospitales públicos y se pone especial acento en las interacciones entre los distintos actores. En el cuarto apartado se muestra la evolución del SGSSS entre los años 2000 y 2003 y se enfatiza en algunos de los problemas que fueron avanzando con la implementación de la nueva política de salud, así como en las acciones de quienes defendían y/o se oponían a las transformaciones. Finalmente, se concluye con algunos lineamientos generales que retoman la importancia de los análisis relacionales en el estudio de las políticas de salud.

2. Aspectos metodológicos

Los hechos observables para leer la contienda política durante la implementación de la reforma entre 1995 y 2005, se clasificaron priorizando tres grandes categorías teóricas: movilizaciones, actores y repertorios. A partir de estas categorías generales, se definió una serie de subcategorías, variables e indicadores que se complementaron con otros asuntos de interés, como las características del contexto sociopolítico en el período estudiado. Según los autores del modelo relacional [1], la movilización debe mostrar bajo qué estímulos y circunstancias las personas que en un momento dado no plantean reivindicaciones, comienzan a hacerlo, y al contrario, bajo cuáles condiciones y circunstancias actores movilizados se desmovilizan. Así mismo, debe ser posible reconstruir los repertorios, entendidos como el conjunto de rutinas aprendidas, compartidas y puestas en acción por los múltiples actores.



Con respecto a los actores, entendidos como agentes estratégicos,¹ se registró la participación desde distintas instancias: estatal, académica, partidos políticos, grupos privados, asociaciones profesionales, sindicatos, organismos internacionales, movimientos y organizaciones sociales. Especialmente, se indagó por las coaliciones que establecen, por los mecanismos de acción y por las propuestas, debates y argumentos para defender u oponerse a la reforma. Además, se siguieron las trayectorias de las interacciones, para poder hacer un balance de la incidencia en las decisiones. En el sector estatal, se agrupó la información proveniente de las instancias que influyeron directa o indirectamente en la ruta de la política de salud, como los ministerios de Salud, de Trabajo (ambos articulados desde 2002 en el Ministerio de la Protección Social) y de Hacienda; el Departamento Nacional de Planeación (DNP) y la Presidencia de la República.

En cuanto a los partidos políticos, se buscó incluir a representantes de distintas corrientes (Partido Liberal, Partido Conservador, partidos y coaliciones de izquierda) que en uno u otro momento participaron en el proceso. En la categoría sindical se contempló básicamente la información proveniente del sindicato del Instituto de Seguros Sociales (Sintra ISS), la Asociación Médica Sindical Colombiana, la unión gremial conformada en 2003 y conocida como Sintra Seguridad Social² y la Asociación Nacional de Trabajadores Hospitalarios de Colombia

(ANTHOC).³ Las asociaciones profesionales estuvieron conformadas por organizaciones como la Academia Nacional de Medicina, la Federación Médica Colombiana y la Asociación de Enfermeras de Colombia (ANEC), mientras que en el sector privado se clasificaron fundamentalmente los gremios industriales, las empresas aseguradoras y las prestadoras de servicios de salud privada.

Las organizaciones sociales, por su parte, incluyen los distintos grupos de usuarios (asociaciones de usuarios), el Movimiento por el Derecho a la Salud y la Seguridad Social y las organizaciones indígenas participantes en este proceso. Finalmente, también se contemplaron las interacciones de los académicos y de instancias internacionales (como el BID y el Banco Mundial).

Las fuentes para reconstruir la dinámica de esta contienda política provienen de: 1) investigaciones realizadas con distintos propósitos sobre las políticas y reformas de la salud, tanto en Colombia como en el resto de América Latina; 2) entrevistas a personas clave (se realizaron 19 entrevistas); y 3) análisis documental. Sobre el último aspecto, en particular, se consultaron los debates registrados en el periódico *El Pulso*⁴ entre 1998 (año de creación de este periódico) y 2006. En total se revisaron, analizaron y clasificaron 112 artículos que combinan contenidos de las distintas secciones del periódico: editoriales, debates, entrevistas, opinión, monitoreo y notas generales. Estos documentos se complementan con 15 comunicados, boletines y desplegados,

1 Para el enfoque relacional, los actores no son entidades con límites precisos o atributos fijos, sino seres que son parte de una sociedad en la que interactúan con otros y sufren modificaciones en sus objetivos, sus límites y atributos, en la medida en que interactúan.

2 Sintraseguridad Social agrupó a los sindicatos y asociaciones de trabajadores del sector de la salud más tradicionales, como Sintra ISS, Asmedas, la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia y ANTHOC.

3 A pesar de que esta clasificación de los actores constituyó un recurso para ordenar la información, el análisis tiene en cuenta que cada actor puede participar de distintos escenarios e incluso ocupar lugares diferentes en la contienda en distintos períodos.

4 Este es un periódico especializado en el sector salud y publicado desde 1997. Sus artículos recogen los análisis y pronunciamientos de distintos actores del sector.

publicados por distintos grupos en otros medios (escritos y/o por Internet), y con la consulta de la revista electrónica Salud Colombia, la cual tuvo una periodicidad mensual y fue publicada entre 1998 y 2005. Todos estos documentos, junto con las entrevistas, fueron clasificados y procesados en el programa Atlas Ti.

3. Resultados y discusión

A continuación se muestran las características más importantes de la dinámica de la contienda política durante el proceso de implementación de la Ley 100 de 1993. La narrativa se divide en tres períodos, en los que sobresale la participación de múltiples actores que buscaron incidir en la trayectoria de los cambios.

3.1. La transición del modelo de salud: entre las resistencias y la consolidación de nuevas hegemonías (1995-1997)

Al igual que otros países latinoamericanos, Colombia intentó a mediados de los años 70 construir un sistema público integrado y centralizado, bajo la figura de Sistema Nacional de Salud, el cual nunca llegó a desarrollarse como tal, sino que mantuvo una estructura desigual, y fragmentada en tres subsistemas: uno para los pobres, otro para los trabajadores y otro para quienes podían pagar por la atención. La reforma estructural realizada en 1993, cuando se creó el SGSSS, fue introducida con el argumento de que ofrecía soluciones a estas falencias. El nuevo modelo se basó en el principio de competencia regulada entre instituciones públicas y privadas, así como en la lógica del aseguramiento para acceder a los servicios, bien mediante el régimen contributivo para los trabajadores, o bien a través del régimen subsidiado para los más pobres.

Durante el período de implementación de la reforma, que comenzó en 1995, se reorganizaron las fuerzas del sector. En particular, se crearon las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), que se encargarían de administrar los recursos del aseguramiento y serían las intermediarias entre los usuarios y las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS); también se creó el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS).⁵

Así mismo, en esta fase fueron mucho más visibles los intereses y condicionamientos de organismos internacionales como el Banco Mundial, y la pérdida de liderazgo y poder de negociación de otras instituciones tradicionales como el Ministerio de Salud (transformado en Ministerio de la Protección Social desde 2002). En cambio, instancias como el Ministerio de Hacienda empezaron a tener notoria influencia en las decisiones del sector. Además, se fortalecieron iniciativas gremiales como la Asociación de Empresas de Medicina Integral (ACEMI) y la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC).

Simultáneamente a las reestructuraciones institucionales, aparecieron en escena distintas iniciativas organizativas, conformadas por actores que tradicionalmente no habían tenido una participación activa en el sector de la salud; es el caso de las asociaciones de usuarios, las veedurías ciudadanas, los académicos, las organizaciones indígenas, el gremio de secretarios municipales de Salud, y el Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social (MNSSS). En este período

⁵ Este organismo conformado por representantes del gobierno, las aseguradoras privadas, las prestadoras de servicios, los trabajadores, los empleadores, las entidades regionales, los profesionales de la salud y los usuarios; debía encargarse de presentar un informe anual ante el Congreso informando de la evolución del SGSSS, de establecer los criterios del régimen subsidiado y el límite de pagos que debían hacer los usuarios, entre otras responsabilidades.



también se establecieron alianzas estratégicas entre los sindicatos tradicionales, como la de Sintraseguridad Social, y entre los hospitales públicos, que se habían empezado a transformar en empresas autónomas y que constituyeron la Asociación de Empresas Sociales del Estado. Además, otras instancias, como la Corte Constitucional y la Defensoría del Pueblo, también empezaron a tener un papel relevante en este proceso.

El inicio de la puesta en marcha de la reforma se dio durante la presidencia del liberal Ernesto Samper (1994-1998), quien lideraba una facción partidista de la que hacían parte distintos opositores al modelo de salud basado en el mercado (como Cecilia López Montaña, que había sido directora del Instituto de Seguros Sociales (ISS) entre 1990 y 1992). Este antecedente constituía un revés para el grupo encargado de diseñar y reglamentar la Ley 100,⁶ que veía al nuevo equipo gubernamental como una amenaza para el avance del sistema proyectado en 1993. Para entonces, algunos de los actores que habían ocupado cargos clave durante el diseño del SGSSS pasaron a integrarse al sector privado, o a la banca internacional (como Juan Luis Londoño, que pasó de ser ministro de Salud a formar parte de la cartera del Banco Mundial y del Banco Interamericano del Desarrollo); otros, que habían estado en la oposición a la reforma, pasaron a formar parte del Ejecutivo. Esta rotación entre sectores cambiaba la distribución de los intereses en juego y de las tensiones que se mantenían como consecuencia de los cambios que la nueva política de salud implicaba. Por tanto, el momento de la implementación representaba una posibilidad de volver a la arena pública para redefinir fuerzas y buscar nuevos beneficios.

6 Este equipo estuvo liderado por Juan Luis Londoño (ex ministro de salud) y contó con el apoyo del entonces presidente Cesar Gaviria (1990-1994).

El primer ministro de Salud del gobierno Samper fue el médico Alonso Gómez (agosto de 1994 – julio de 1995), quien había estado vinculado al gremio de trabajadores de los hospitales públicos. Gómez era uno de los opositores a los cambios aprobados en 1993; no estaba motivado para gestionar la transición de los subsidios a la oferta hacia la demanda, como lo establecía la Ley 100 de 1993, ni para apoyar la creación de empresas de salud privadas. Al contrario, con su gestión buscaba fortalecer las instituciones estatales, unificar el paquete de servicios de salud y mejorar las condiciones salariales de los trabajadores del sector.⁷

La Ley 100 de 93 había establecido un lapso inicial de siete años para la transformación de los fondos públicos, período que incluía la adaptación de los hospitales públicos a la nueva modalidad de aseguramiento, que ya no contemplaba un presupuesto general (subsidios a la oferta), sino que implicaba el pago de un monto fijo por cada persona atendida (subsidios a la demanda).

En vez de poner en marcha el SGSSS, durante el inicio de su gestión Gómez buscó alterar los acuerdos establecidos en la Ley 100 de 1993, los cuales abrían la competencia al sector privado; buscó fortalecer los entes territoriales, para que fueran los encargados del manejo de los recursos destinados a la población más pobre. Para tal fin, los municipios debían conformar administradoras de salud transitorias y focalizar a los beneficiarios del subsidio estatal. Sobre esta base, el ministro expidió el Decreto 2491 de 1994, por medio del cual delegaba la responsabilidad de la afiliación de la población subsidiada a las direcciones

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

territoriales de salud.⁸ Esta medida no fue bien recibida por las aseguradoras de salud privadas, ni por el equipo técnico encargado del diseño de la reforma. Según argumentaban, el decreto representaba un retroceso frente a lo acordado en 1993, porque volvía a concentrar el monopolio de los recursos en las instituciones estatales, limitando la libre competencia, que era uno de los propósitos fundamentales del nuevo sistema.

Durante la implementación, que comenzó en 1995, el proceso de cambios encontró múltiples obstáculos que se combinaron para alterar el camino trazado a principios de los años 90. Por un lado, estaban las presiones ejercidas por el sector privado y los grupos políticos que habían apoyado el diseño del SGSSS, y que aducían que las medidas del ministro Alonso Gómez habían generado un retraso de dos años en el inicio de la implementación del sistema. Por el otro, se incrementaron las protestas de los sindicatos, que se negaban a apegarse a las nuevas reglamentaciones. Ambas circunstancias se sumaron al desgaste sufrido por el presidente Samper frente a la opinión pública por las acusaciones que lo vinculaban con el narcotráfico,⁹ y dieron origen a una fuerte crisis de legitimidad que llevó a cambios en distintas instancias del Ejecutivo, incluido el Ministerio de Salud:

Con un gobierno a la defensiva, las metas sociales se trastocaron con el único objetivo de permitir que Samper terminara su mandato. El programa social (Red de Solidaridad) que se había creado para superar la pobreza, ter-

minó clientelizado a favor de los políticos que rodeaban al presidente. [2]

Para reemplazar a Gómez, fue nombrado el médico Augusto Galán Sarmiento en julio de 1995. A diferencia de su antecesor, éste tenía una posición totalmente favorable a la reforma. Durante su gestión, reorientó la política de salud y creó las garantías para asegurar la puesta en marcha de la Ley 100. El nuevo ministro de Salud dejó interrumpidos los planes y proyecciones establecidos en el Decreto 2491 de 1994, e inició el proceso de implementación del régimen subsidiado [3]. Para corregir los problemas que decía había heredado de su antecesor, promovió un nuevo decreto (2357 de 1995), que ponía fin al ejercicio transitorio a cargo de las instancias públicas territoriales y establecía regulaciones para la instauración de la competencia y la focalización de la población más pobre. Esta ley estipulaba que la afiliación subsidiada se hiciera mediante las Administradoras del Régimen Subsidiado y las Cajas de Compensación Familiar. También autorizaba la conformación de un primer grupo de aseguradoras privadas para administrar el régimen contributivo.

En el momento en que el régimen subsidiado empezó a ser implementado, el ex ministro de Salud Alonso Gómez trató de obstaculizar los cambios desde otro escenario. Para entonces había sido nombrado asesor presidencial en asuntos de salud. Desde este espacio gestionó la aprobación del Decreto 294 de 1996, por medio del cual se creaba el Programa Presidencial para el Desarrollo Hospitalario, que buscaba mantener los subsidios a la oferta y fortalecer las instituciones estatales. Esto generó nuevas resistencias por parte de las empresas privadas de salud y de un sector del gobierno, y aunque no alteró los propósitos de la Ley 100 de 1993, sí retrasó la puesta en marcha del Decreto 2375 hasta mediados de 1996 [3]. Al finalizar este mismo

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

9 El presidente Samper fue acusado de haber financiado parte de su campaña presidencial con recursos provenientes del narcotráfico. El proceso de investigación por estos cargos desencadenó uno de los mayores escándalos políticos, conocido como proceso 8.000.



año, se expidió una ley (344 de 1996) que formalizaba el retiro gradual de los subsidios a la oferta transferidos a los hospitales públicos, lo que significaba la disminución de cerca del 50% de los recursos de estas instituciones, que debían empezar a operar bajo la lógica de la demanda.

Al comenzar el proceso de reestructuración institucional, tanto Sintra ISS como los trabajadores de la red hospitalaria pública opusieron una fuerte resistencia, negándose a aceptar las nuevas reglas de contratación y funcionamiento. Estas manifestaciones, sin embargo, no lograron alteraciones importantes, sino tan sólo aplazar algunas decisiones y posibilitar que se establecieran normas especiales de adaptación para ciertas entidades estatales como el ISS, cuyos sindicatos mantenían capacidad de negociación con el Ejecutivo. Con la expedición de una nueva reglamentación que sentaba las bases para la libre competencia, se daba inicio a un nuevo capítulo del sistema de salud.

Para quienes apoyaban la reforma, las medidas adoptadas por el ministro Galán habían encauzado el camino trazado por la nueva política de salud. Sin embargo, a pesar del apoyo a su gestión por parte de las aseguradoras privadas y de algunas instancias gubernamentales como el Ministerio de Hacienda, Galán se vio forzado a renunciar a su cargo en marzo de 1996. Su corta estancia en el Ministerio de Salud fue parte de las secuelas del escándalo que vinculaba al presidente Samper con dineros del narcotráfico. En su reemplazo fue nombrada María Teresa Forero, hasta entonces directora de ACEMI. Su llegada al Ministerio de Salud fue decisiva para fortalecer las disposiciones de la Ley 100 de 1993 y para el beneficio de los intereses privados. Para mediados de 1997 se había autorizado la creación de 10 entidades públicas y 21 privadas para el manejo de la seguridad social en salud [4].

La llegada al Ministerio de Salud de personas afines al enfoque de la reforma eliminó algunos de los obstáculos que impedían iniciar la implementación, pero no fue una garantía para evitar los múltiples problemas que se empezarían a presentar a lo largo de este proceso. Por ejemplo, la focalización de la población más pobre comenzó siendo más lenta de lo esperado; según la Encuesta de Calidad de Vida realizada por el Departamento Nacional de Estadística en 1997 [5], sólo un aproximado de 5 millones de personas (o sea 20% de la población pobre) estaba cubierta por el régimen subsidiado, mientras que 41% de la población total continuaba sin tener afiliación a ninguno de los dos regímenes. Según esta misma encuesta, también se estaban presentando altos porcentajes de evasión de quienes tenían la capacidad para afiliarse al régimen contributivo; casi 5 millones de personas con ingresos superiores a cuatro salarios mínimos no se encontraban afiliados a la seguridad social hasta ese momento.

Los sectores más pobres, por su parte, también habían empezado a buscar la constitución de formas organizativas autónomas, con el fin de ejercer una presión más efectiva en la disputa por la inclusión en el régimen subsidiado. Por ejemplo, en Bogotá se unieron algunos grupos que venían trabajando alrededor de los hospitales públicos y conformaron la Federación de Asociaciones de Usuarios de la Salud. Según uno de los representantes de esta iniciativa, lo que llevó a que se consolidara dicha propuesta fue la necesidad de presionar al gobierno para que se aplicara la estrategia de focalización para seleccionar a los beneficiarios del subsidio en todas las comunidades pobres de la capital y oponerse al cierre de los hospitales públicos [6].

En el caso de las comunidades indígenas, cuando se puso en marcha la reforma, éstas

promovieron diversas denuncias y comunicados que argumentaban que las empresas de salud encargadas del régimen subsidiado no estaban teniendo en cuenta las características étnicas. Las manifestaciones de inconformidad se divulgaron fundamentalmente mediante organizaciones (de carácter regional y nacional) como la Organización Nacional Indígena de Colombia, el Consejo Regional Indígena del Cauca, la Asociación de Cabildos y Autoridades Tradicionales Indígenas. Desde el punto de vista de estos grupos, el subsidio, más que una solución, se había vuelto un elemento de conflicto, porque las comunidades se habían empezado a dividir entre los que tenían identificación como subsidiado y los que no la tenían, aspecto que en muchos casos había llevado a enfrentamientos internos.

Las transformaciones tampoco habían logrado aún la descentralización total del ISS, como se había sugerido, ni la separación completa entre funciones como asegurador y como prestador de servicios. Además, los gastos administrativos de este organismo habían empezado a crecer, mientras que los ingresos recibidos por afiliación disminuían cada vez más. Un ejemplo de esta situación puede ilustrarse con los resultados en el campo de las pensiones: en 1995 el ISS contaba con un aproximado de 9,9 cotizantes por cada pensionado; en 1997 la relación había caído a 7,1, esto sin contar que el 33,5% de los cotizantes se ubicaba en el rango de 55 años y más [7]. La información sobre cobertura real del sistema también era contradictoria, debido a que las EPS y las ARS (tanto públicas como privadas) no habían logrado estandarizar los sistemas de información.

Durante estos primeros años de implementación de la reforma, reaparecieron en la arena pública las centrales obreras y se incrementaron las huelgas y las manifestaciones de los trabajadores del sector. En 1997 se realizaron

diversas protestas de los trabajadores del ISS, así como paros en los hospitales públicos más importantes (San Juan de Dios e Instituto Materno Infantil). Los trabajadores hospitalarios demandaban que se resolvieran los problemas con la transferencia de recursos, que se estipularan acuerdos para garantizar igualdad de condiciones en la competencia, y que se aprobaran aumentos salariales. En el grupo de inconformes con el nuevo sistema estaban muchos médicos que habían visto notablemente disminuidos sus ingresos con los cambios en los hospitales y las nuevas lógicas de contratación [8]. Sobre el manejo de los recursos del sistema también se divulgaron distintas irregularidades. Entre 1996 y 1997 se conocieron diversas acusaciones sobre el desvío de dineros de salud a otros campos. El gasto público en salud como porcentaje del PIB había pasado de 3,5% en 1993 a 5,5% en 1999, pero la mayoría de estos recursos se habían quedado atrapados en las ineficiencias de la intermediación y en las redes de corrupción territorial [9].

Los asuntos relacionados con la atención dentro del sistema de salud también habían empezado a mostrar distintos problemas. Para finales de los 90 muchos usuarios habían instaurado demandas jurídicas (siendo la acción de tutela la más utilizada) contra las aseguradoras que se negaban a autorizar análisis especializados, suministro de medicamentos y cirugías (por ejemplo, cardiovasculares, de oftalmología y ortopedia), aunque los pacientes cumplieran con las 100 semanas establecidas por la Ley para acceder a los servicios de alto costo. En este proceso fue clave el papel de la Corte Constitucional, organismo que exigía que se proveyeran muchos de estos servicios, argumentando la protección del derecho a la vida.

La corte constitucional colombiana estableció, desde 1992, que el derecho a la salud podía ser en algunos casos exigido judicialmente mediante la acción de tutela. Según los magistrados, existía



una conexión entre el derecho social afectado (la salud) y un derecho per se fundamental, el derecho a la vida [10].

Estas medidas preocuparon sobre todo a las administradoras privadas y al Ministerio de Salud, por los sobrecostos que implicaban. Además, estas instituciones argüían que tales disposiciones eran un obstáculo para la implementación adecuada del SGSSS. Sin embargo, este tipo de acciones no afectó de manera significativa la posición dominante de las EPS privadas en el mercado. Al contrario, la capacidad de presión y negociación de este grupo dentro de instancias de decisión como el Ministerio de Hacienda y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, se fue consolidando cada vez más. Gremios como ACEMI habían tenido gran incidencia durante el diseño de la política para que se autorizaran los copagos y el establecimiento de un período mínimo de cotización para el acceso a servicios de alto costo.

Durante la puesta en marcha del SGSSS, también fue creado un programa para evaluar el desarrollo de las transformaciones, llamado Programa de Apoyo a la Reforma, el cual se financió con un préstamo aprobado por el BID en 1995. Este programa se había originado en las sugerencias realizadas por un grupo de la Universidad de Harvard contratado por el gobierno para asesorar los cambios institucionales en el sistema de salud. Los diagnósticos y pronunciamientos de los expertos vinculados a las instancias internacionales exaltaban generalmente los logros del mercado regulado, y orientaban sus recomendaciones a profundizar las estrategias para fortalecer el mercado y disminuir las responsabilidades del Estado. Este informe respaldó el trámite del gobierno colombiano ante del BID para solicitar un crédito de 38 millones de dólares, destinado a cofinanciar la implementación de la política de salud [11].

El Banco Mundial, por su parte, publicó el modelo conocido como “pluralismo estructurado,” elaborado por Julio Frenk, de la Fundación Mexicana para la Salud, y por Juan Luis Londoño, para entonces vinculado al BID y al BM (1995-1997). Dicho modelo exponía las bases teóricas sobre las que se había construido el sistema de salud colombiano. De acuerdo con esta propuesta, para lograr la calidad, la equidad y la eficiencia en los sistemas de salud, era necesario contar con la coparticipación del Estado y del sector privado. El funcionamiento del sistema de salud debía fundamentarse en cuatro núcleos interdependientes: la modulación, el financiamiento, el aseguramiento y la prestación de servicios [12]. Los autores de esta propuesta estaban convencidos de que la disminución de las responsabilidades del Estado, la creación de un sistema de aseguramiento y la apertura a la competencia permitirían aumentar el acceso a los servicios y disminuir las barreras económicas.

3.2. La consolidación de la reforma y la crisis de los hospitales públicos (1998-1999)

La transformación de los hospitales públicos en empresas autónomas implicaba que ya no recibirían recursos directamente del presupuesto gubernamental; estas instituciones debían adaptarse a un esquema de competencia de mercado basado en la contratación de servicios con las aseguradoras del sistema. Este proceso se vio alterado por distintos problemas, como la morosidad en los pagos por parte de las administradoras de los recursos, y por las evasiones del Estado, que debía cubrir la atención de la población que no había alcanzado a ser incluida en el sistema de aseguramiento porque no era lo suficientemente pobre para recibir subsidios, pero tampoco alcanzaba a cubrir los costos

de la afiliación al sistema por su cuenta, y que se conocía como “población vinculada”. Además, surgieron otras dificultades relacionadas con la adecuación de las distintas entidades a modelos de rentabilidad financiera y con las características desiguales de la competencia.

Estas complicaciones se combinaron con las debilidades que venían cargando estas instituciones desde el anterior sistema de salud y detonaron el inicio de una fuerte crisis en la red hospitalaria nacional. Mientras tanto, las prestadoras privadas afiliadas a ACEMI extendían su monopolio y lideraban el mercado en las ciudades más importantes del país. Tres de las EPS privadas más importantes (Saludcoop, Susalud y Salud Colmena) fueron reportadas dentro del grupo de las 25 empresas nacionales con mayor rentabilidad. Así mismo, estas instituciones tuvieron un notorio incremento de las utilidades, que pasaron de 1.549 millones por utilidades operativas en junio de 1997, a 6.919 millones en 1998 [13]. Muchas de estas entidades empezaron también a construir su propia infraestructura para la prestación de los servicios.

La base de los problemas de los hospitales públicos, según el Ministerio de Salud, estaba en el incremento excesivo de la nómina, debido a la nivelación salarial de los empleados (que se había iniciado en 1995) y al aumento de personal en las instituciones. Sin embargo, había otros motivos que se mencionaban poco en los diagnósticos del Ejecutivo, como el incumplimiento en los giros de los recursos para la salud. En 1993, por ejemplo, se había decretado un rubro específico para el fondo de solidaridad; este consistía en el 1% de aporte estatal a cambio de cada contribución igual de los trabajadores. Aunque a los afiliados al régimen contributivo se les empezó a

deducir el porcentaje comprometido desde el momento en que se aprobó esta disposición, el gobierno no cumplió con su parte, como tampoco lo hizo con la destinación de los aportes derivados del petróleo, proyectados cuando se diseñó el sistema.¹⁰

Entre los hospitales más afectados con la crisis estaban instituciones de gran tradición en el país como el San Juan de Dios, el Materno Infantil y el Santa Clara de Bogotá, y el Hospital Universitario de Cartagena. Los trabajadores argüían que la situación estaba siendo provocada de manera intencional por el gobierno, que estaba buscando justificar su deseo de liquidar la mayor parte de los empleados públicos del sector y desaparecer las instituciones en las que el Estado tenía un papel primordial y que hasta entonces habían sido las encargadas de atender a los pobres. Una muestra de la complejidad del momento fue la sanción impuesta por la Superintendencia de Salud (encargada de controlar los aspectos financieros del sistema) al ISS en 1998. La medida implicaba la prohibición para incorporar nuevos afiliados hasta que no se hiciera una adecuada reestructuración institucional. Las aseguradoras privadas aprovecharon estas disposiciones para fortalecerse y captar el público potencial del ISS, institución que empezaba a mostrar un deterioro progresivo tanto en los resultados financieros, como en las cifras de afiliados:

Hasta 1996 las EPS públicas tenían el 62% del total de afiliados y las EPS privadas el 38%. Para 2003 la relación se había invertido de forma asombrosa: alrededor de un 75% de afiliados estaban en EPS privadas y sólo un 25% en EPS públicas [14].

¹⁰ Durante la fase de diseño de la Ley 100 de 93 fueron descubiertos nuevos yacimientos de petróleo, que se suponía iban a aumentar de manera notoria los recursos fiscales, y por ende las tasas de empleo y el presupuesto para el régimen subsidiado.



Para finales de 1999, se empezaron a divulgar documentos oficiales del Ministerio de Salud, entonces encabezado por el médico Virgilio Galvis (1998-2000), que hablaban de la necesidad de considerar el cierre de las administradoras públicas si no se encontraban soluciones inmediatas a sus problemas. Se hicieron frecuentes los informes fatalistas, que acentuaban el desprestigio de estas instituciones al mostrarlas como responsables de la crisis. Los portavoces gubernamentales argumentaban que el origen de las dificultades estaba en la corrupción, la ineficiencia y la incapacidad para adaptarse a los cambios. Ante estos pronunciamientos, los sindicatos del sector buscaron presionar al gobierno por medio de comunicados que denunciaban el desmantelamiento de lo público, además de la organización de paros hospitalarios y de foros de discusión. Sin embargo, la capacidad de presión de estos actores no lograba tener la fuerza suficiente para detener las transformaciones, ni para ganar un mayor respaldo de la opinión pública. En esto posiblemente influía que las luchas de estos organismos continuaban inscritas, fundamentalmente, a intereses laborales.

Este complejo panorama del sector de la salud se vio agravado con el inicio de una fuerte recesión económica en 1998 que provocó la disminución del empleo, el crecimiento del subempleo, la pérdida de poder adquisitivo y el aumento de la pobreza. En aquel momento, quienes quedaron desempleados dejaron de aportar recursos al sistema y buscaron integrarse al régimen subsidiado. Esto significaba que las proyecciones realizadas por los reformadores no se estaban cumpliendo, porque iba a ser mayor el porcentaje de población subsidiada que la aportante al SGSSS. Para el momento en que se formuló la Ley 100 de 1993, la tasa de desempleo era aproximadamente de 7%; con la recesión económica esta tasa alcanzó el 22% en 1999. La crisis económica repercutió directamente

en las proyecciones estimadas para el SGSSS. Según Consuelo Ahumada [15], cerca de 10 millones de contribuyentes al sistema habían desaparecido como consecuencia de la recesión. Mientras el 63% de los afiliados hacían su aporte oportunamente al régimen contributivo en 1998, en 1999 este porcentaje bajó al 47%. La gravedad de la situación financiera del sector se complementaba con la intensificación del conflicto armado, el desplazamiento forzoso de poblaciones rurales, y las violaciones sistemáticas a los derechos humanos. Sobra decir que el gobierno del presidente Samper finalizó en medio de una gran crisis de legitimidad. La pretensión inicial de enmendar los excesos de las políticas neoliberales había quedado en un plano retórico, y el régimen continuaba fragmentándose por la corrupción, el clientelismo y el fortalecimiento de las guerrillas y de los grupos paramilitares.

Para el período presidencial 1998-2002 fue elegido el conservador Andrés Pastrana, quien fundamentó su plan de desarrollo en dos propósitos, con pocos puntos comunes. Por un lado, abogaba por el logro de la paz y la búsqueda de una salida negociada para el conflicto con las guerrillas del ELN y de las FARC, y por otro, promovió la consolidación del mercado y las estrategias para profundizar el desmonte de la presencia estatal en el sector social. Este último aspecto fue rechazado por amplios grupos de población insatisfechos con los resultados de las políticas de mercado. El contenido del plan de desarrollo desencadenó una serie de protestas y movilizaciones de distintos grupos organizados como los maestros, los empleados del sector salud, los estudiantes y las centrales obreras: “Entre el 31 de agosto y el 1 de septiembre de 1999 se llevó a cabo un paro cívico nacional en rechazo a las políticas neoliberales del gobierno Pastrana” [7].

La recesión económica incluyó ajustes fiscales que afectaron directamente los recursos de la salud, lo que agudizó los problemas del sector. El año 1999 comenzó con la decisión del CNSSS de no aumentar el presupuesto destinado a cubrir la Unidad de Pago por Capitación del régimen subsidiado, lo que significaba reducir aproximadamente 15% al presupuesto proyectado por el gobierno. Adicionalmente, para este año, 35% de los recursos de oferta recibidos por los hospitales públicos debían transformarse en subsidios a la demanda, además que se exigía la reestructuración de los sistemas de gestión y la flexibilización de la contratación.

El Ministerio de Salud argumentaba que parte de los problemas del SGSSS tenían que ver con la corrupción de los alcaldes municipales. La Superintendencia de Salud había denunciado que más de la mitad de los alcaldes del país (550 de 1.075) estaban siendo investigados por utilizar indebidamente los recursos dirigidos a salud, especialmente los del régimen subsidiado [16]. Como respuesta a estas acusaciones, la Federación Colombiana de Municipios publicó varios comunicados manifestando que aunque se habían dado casos aislados de corrupción, no se podía generalizar esta situación a todos los entes territoriales. El Ejecutivo también pretendía reducir las plantas de personal, para lograr el equilibrio fiscal, y condicionaba la entrega de nuevos recursos a la aplicación de estas medidas. Los trabajadores, en cambio, insistían en que los problemas del sector no provenían únicamente del “exceso de gasto”, sino de la escasez de ingresos por la transferencia insuficiente e inadecuada de los recursos, de la desigualdad en las condiciones para competir con las instituciones privadas, de la ineficiencia de las aseguradoras y de los altos pasivos pensionales nunca resueltos.

Las protestas de los sindicatos del sector sirvieron para que el Ejecutivo se comprometiera a no incluir en el plan de desarrollo la meta de transformación del 35% de los subsidios a la oferta, que todavía se conservaba. Además, consiguieron (por lo menos temporalmente) que el gobierno diera marcha atrás en la pretensión de convertir las clínicas del ISS en empresas autónomas, y que se destinaran recursos para ampliar la cobertura del régimen subsidiado. Sin embargo, estas modificaciones no fueron suficientes para detener la crisis de los hospitales públicos. Por el contrario, los problemas se agudizaron. Por ejemplo, en el caso del ISS, los recursos (de por sí reducidos) generalmente eran absorbidos por la enorme carga prestacional; así mismo, algunos hospitales empezaron a cerrar sus instalaciones y las condiciones laborales empeoraron. Para poder sobrevivir, muchas instituciones despidieron personal, bajaron los salarios y cambiaron las condiciones de contratación; muchos hospitales empezaron vincular a los trabajadores bajo la figura de “cooperativas de trabajo asociado”. Según el entonces presidente de la junta directiva del sindicato médico Asmedas, “con las reglas de juego impuestas por el nuevo sistema eran las aseguradoras las que imponían las tarifas salariales y las que definían las condiciones de pago y el tratamiento que debían recibir los pacientes” [17].

Las múltiples dificultades que venía enfrentando el SGSSS llevaron a que en 1999 nuevamente se desatara una discusión nacional alrededor del tema de la salud. Tanto el Ministerio de Salud como la Comisión Séptima del Congreso (encargada de discutir los asuntos de seguridad social) lideraron una serie de encuentros para conocer el estado del sector, tras cumplirse seis años de la reforma. Con el fin de articular las sugerencias de los distintos actores para



mejorar el sistema, se realizaron ocho foros regionales, en los cuales se recogieron 320 propuestas. Por ejemplo, en uno de los foros, realizado en Bogotá, los inconformes con los resultados de la reforma reclamaron la nivelación del Plan Obligatorio de Salud del régimen subsidiado [18]. En otro de los foros, realizado en Antioquia, se pidieron soluciones para los problemas creados por los altos costos de la intermediación, acciones para salvar los hospitales públicos y al ISS, y mayor control y regulación del Estado. Además, demandaron que se pusieran en marcha políticas serias para la promoción y prevención de la salud.

Las entidades gubernamentales, por su parte, insistieron en el papel que debían tener las direcciones locales de salud y en la necesidad de encontrar soluciones para hacer más efectiva la transición de los hospitales y aseguradoras públicas, además de señalar algunas irregularidades de las instituciones privadas. Las aseguradoras y los prestadores privados, por su parte, defendieron el espacio ganado y demandaron mayor apoyo gubernamental [18]. Después de los foros de discusión sobre los resultados de la reforma, el Ministerio de Salud divulgó un consolidado de las propuestas. Sin embargo, concluyó que el mejor camino para resolver los problemas del sistema era mejorar la reglamentación y continuar con la aplicación de la Ley 100 de 93. Según esta instancia, la Ley debía ser aplicada y no reformada. Nuevamente, como en la etapa del diseño de la política, se impusieron los intereses de unos pocos, y se dejaron de lado las demandas de quienes estaban padeciendo los efectos de las transformaciones. Los debates sobre los resultados de la reforma reflejaban una gran polarización; mientras algunos argumentaban que eran necesarios cambios estructurales en el sistema, otros demanda-

ban fortalecer lo existente y/o hacer algunas modificaciones parciales.

Los debates promovidos en 1999 por el Ministerio de Salud y la Comisión Séptima del Congreso no repercutieron en soluciones a los problemas más apremiantes. Más bien, sirvieron para que el gobierno legitimara los cambios y para afianzar los poderes de las aseguradoras privadas. Según las opiniones de los sindicatos y algunos académicos, asociaciones de usuarios y asociaciones profesionales, las cosas más que mejorar, habían empeorado: no se habían tomado medidas para salvar a los hospitales públicos y al ISS de la crisis, ni para cambiar la lógica de intermediación de las aseguradoras o para resolver totalmente el problema de las transferencias gubernamentales. Introducir modificaciones al Plan de Desarrollo del gobierno Pastrana era una de las pocas alteraciones conseguidas momentáneamente por los grupos opositores a la reforma. Sin embargo, los acuerdos se rompieron cuando las propuestas llegaron al Congreso, donde las iniciativas fueron vetadas y se les dejó sin piso legal. Con esta decisión volvían a ponerse en debate temas que se creían superados, como los plazos de conversión de los subsidios a la oferta en subsidios a la demanda, el aumento de recursos para el régimen subsidiado (cada vez más afectado por los recortes presupuestales) y la posibilidad de cerrar el ISS si no convertía sus clínicas en empresas autónomas y si no aceleraba su proceso de transición.

3.3. Las promesas no cumplidas: a 10 años de la creación del SGSSS (2000-2003)

Cuando llegó el año 2000, era cada vez mayor la brecha entre las metas establecidas en la Ley 100 de 1993 y los logros obtenidos.

CUADRO 1.
AFILIADOS AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD ENTRE 1996 Y 2000

Años	Contributivo	Participación %	Subsidiado	Participación % en NBI	Total	Población	Cobertura %
1996	13.728.117	69,7	5.981.774	70,0	19.709.891	39.295.797	50,2
1997	14.969.278	68,1	7.026.690	57,2	21.995.968	40.064.092	54,9
1998	16.090.724	65,4	8.527.061	60,7	24.617.785	40.826.815	60,3
1999	13.652.878	59,4	9.325.832	52,0	22.978.710	41.589.018	55,3
2000	14.409.142	60,7	9.510.566	59,7	23.919.708	42.299.403	56,5

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud, DANE y cálculos de Fedesarrollo [19].

Según las proyecciones, para este año se debía haber alcanzado la cobertura universal; la realización de este propósito estaba cada vez más lejana. En este plazo, también, debían equipararse los paquetes de servicios de los regímenes subsidiado y contributivo, lo que tampoco se había conseguido. Según el informe presentado ese año por el CNSSS ante el Congreso de la República, a pesar de que se había aumentado la cobertura tanto de la población afiliada al régimen contributivo como de la población afiliada al régimen subsidiado, la cifra total sólo alcanzaba a poco más de la mitad de la población. Para entonces, eran pocos los avances, sobre todo si se comparaba la población cubierta con la cantidad de recursos financieros que se habían creado para el sector. El cuadro 1 muestra la evolución en la afiliación al SGSSS entre 1996 y 2000.

Como puede observarse, en el año 2000 sólo poco más de la mitad de la población estaba afiliada al SGSSS, y como era de esperarse, con la crisis económica el porcentaje de personas subsidiadas por el Estado se había elevado casi al mismo nivel de las afiliadas al régimen contributivo, cuando los cálculos de los reformadores eran que este primer grupo no llegaría a más de 30%; esto sin mencionar que poco menos de la mitad de la población, el 43,46% (que equivalía a 18.379.695 personas) seguía por fuera del SGSSS, lo que

significaba que hasta la fecha se mantenían los problemas que en su momento se mostraron como fallas estructurales del Sistema Nacional de Salud.

Aunque se dijo que uno de los fines de la Ley 100 de 1993 era racionalizar los gastos de la salud, en realidad los recursos destinados a este sector aumentaron. Sin embargo, esto se reflejó menos en mejoras sustanciales de los servicios que en el incremento de los costos administrativos de las aseguradoras. Según el informe de la OMS, Sobre la Salud en el Mundo [20], el gasto nacional pasó de 6,3% del PIB en 1994 a 9,3% en el 2000. En este mismo informe el caso colombiano ocupó el primer lugar en equidad financiera, aspecto que fue fuertemente criticado por distintos estudiosos de la reforma, quienes argumentaron, por ejemplo, que el indicador usado para dicha evaluación informaba sobre aspectos relacionados con el aseguramiento —mismo que no puede entenderse como sinónimo de acceso—, y no sobre equidad [21, 22].

Desde que la reforma se puso en marcha, la mayoría de los encargados de la cartera de salud eran defensores del modelo de mercado, y sistemáticamente hacían caso omiso de los indicios de mal funcionamiento del sistema. Las denuncias sobre los problemas generalmente eran divulgados por otros



organismos, como la Corte Constitucional y la Defensoría del Pueblo, además de los grupos sociales organizados que a estas alturas habían reestructurado sus estrategias de acción, para ganar poder de presión y negociación. Por ejemplo, Sintra ISS lideró una alianza con otros gremios de la salud para conformar el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Seguridad Social (Sintraseguridad Social). Esta instancia buscaba sobre todo la defensa del ISS, proteger la estabilidad laboral de los empleados públicos del sector y fortalecer los canales de interlocución con el gobierno. También surgieron alternativas desde la sociedad civil, como la impulsada por la Asamblea de la Plataforma Colombiana de Derechos Humanos para defender el derecho a la salud.

Los representantes de las comunidades indígenas también iniciaron una serie de acciones de resistencia, con el fin de derogar las normas expedidas por el gobierno para reorganizar el régimen subsidiado, las cuales pretendían la desaparición de sus administradoras porque se decía que estas instancias no cumplían con los requisitos establecidos por el sistema en materia de capital y afiliados. Las aseguradoras indígenas habían sido adaptadas a las necesidades culturales particulares, incluyendo aspectos como las prácticas de medicina tradicional y la formulación de planes propios de salud colectiva. Para derogar lo reglamentado, estos grupos presionaron al Ministerio de Salud para que tramitara un decreto de excepción que avalara la creación de un régimen especial. Aunque este intento fue impugnado en un principio por el Ministerio de Hacienda, ellos contaban con representación en el Congreso, con una fuerte tradición organizativa y gran capacidad de resistencia, aspectos que combinados favorecieron la aprobación de un proyecto que aunque no les permitía crear un régimen por fuera de la Ley 100 de 1993, como en

principio proponían, sí les garantizaba, por su condición de indígenas, el acceso al régimen subsidiado y les permitía seguir manejando sus propias administradoras de salud.

Aunque el Ejecutivo insistía en defender las bondades del sistema de salud diseñado a principios de los 90, y mantenía la postura de que más que una nueva reforma se necesitaba aplicar lo aprobado, a partir de 2001 se iniciaron una serie de modificaciones al SGSSS. Las más importantes fueron el reordenamiento de los recursos por medio de la Ley 715 de 2001, la fusión de los ministerios de Salud y Trabajo en el Ministerio de la Protección Social, y la reestructuración del Seguro Social. Estos cambios no buscaban resolver los problemas estructurales del sector, sino que se concentraron en reorganizar los asuntos financieros, las dinámicas institucionales, y en crear las condiciones para llevar a cabo la transformación del ISS.

La presión ejercida por el Ministerio de Hacienda para que se reestructuraran los aspectos financieros del SGSSS abonó el camino para la aprobación de la Ley 715 de 2001. Esta ordenanza sustituía a la Ley 60 de 1993 sobre descentralización y modificaba las competencias y los recursos destinados a la salud, en especial aquellos que iban al régimen subsidiado. Con esta medida, se reducían las transferencias territoriales y se cumplía una vez más con los intereses del Ejecutivo, que buscaba aliviar las cuentas fiscales nacionales y adaptarse a las exigencias del Fondo Monetario Internacional (FMI) para el otorgamiento de nuevos créditos. Detrás de las nuevas condiciones había compromisos asumidos con el FMI y con el Banco Mundial para conseguir créditos por US \$2.700 millones. El gobierno colombiano debía cumplir, entre otras condiciones, con una nueva reforma laboral, pensional, de transferencias, y con la privatización de empresas patrimonio

de la Nación [23]. En esta ocasión, los cambios aprobados se habían centrado en ajustar el componente financiero. No por nada los debates en el Congreso para este ajuste de la Ley 100 de 1993 habían contado con la participación activa del entonces ministro de Hacienda, Juan Camilo Restrepo, cuyos análisis tuvieron gran incidencia en las decisiones finales. Los cambios no trataron otros asuntos prioritarios como el futuro del ISS, de los hospitales públicos, la ineficiencia en la intermediación de las EPS, la atención a la población que seguía fuera del sistema y la problemática de la calidad de los servicios.

Una muestra de las dificultades que tenía el SGSSS fue el paro, en enero de 2001, de los trabajadores del ISS, quienes demandaban el pago de salarios y prestaciones atrasadas. En ese mismo mes se había embargado al hospital San Juan de Dios, por el incumplimiento en el pago de una deuda adquirida con una entidad bancaria. Posteriormente, en febrero, se declaró una emergencia sanitaria en 10 municipios de la costa Pacífica. Además, la crisis de la red pública continuó incrementándose. El énfasis exclusivo en los aspectos económicos del sistema de salud, representaba un nuevo revés y aumentaba la desconfianza de los trabajadores del sector y de los grupos organizados opositores al modelo instaurado desde 1993.

Los más inconformes con esta nueva reglamentación fueron los secretarios municipales de salud.¹¹ Aunque este grupo había tenido un papel importante en las discusiones, no sentía que la Ley 715 reflejara sus demandas. Al contrario, en sus pronunciamientos públicos acusaba al Ejecutivo de haber puesto todo el peso de la reducción fiscal

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

nacional en sus entidades. La mayoría de los actores opositores a la reforma coincidía en que los espacios de participación creados por la Ley 100 de 1993, como el CNSSS, no habían logrado articular las demandas de los trabajadores, los usuarios, y en general de quienes estaban insatisfechos con el nuevo sistema de salud. En su opinión, las decisiones seguían estando en manos de los grupos hegemónicos (el Ejecutivo y los grupos económicos), y la presencia de los actores sociales continuaba siendo marginal y se daba en condiciones de franca desventaja, en asuntos como el manejo de información sobre el sector.

Los representantes del gremio de hospitales públicos, por su parte, incrementaron las denuncias por amenazas contra sus líderes. Según datos del Observatorio para los Derechos Humanos, “entre los años 2001 y 2006, el número de sindicalistas amenazados superaba los 500, mientras que los exiliados eran más de 25 y los que habían sido víctimas de detenciones masivas, arbitrarias e injustificadas excedían los 40” [24].

La polarización generada por la reforma adquirió un carácter permanente, y así como los defensores del sistema de salud diseñado en 1993 se habían expandido y fortalecido, los opositores también habían empezado a unir fuerzas para ganar poder y fuerza de presión en las negociaciones del sector. Con este propósito, un grupo de defensores del derecho a la salud, encabezado por académicos como el médico salubristas Saúl Franco, organizó en octubre de 2001 el Primer Congreso Nacional por la Salud, en la Universidad Nacional de Colombia (sede Bogotá). Al mismo asistieron más de 2.000 personas, procedentes de 28 departamentos, y 351 organizaciones sociales (campesinos, movimientos de mujeres, indígenas, trabajadores de la salud, usuarios, académicos, etc.).



El objetivo central era debatir sobre la salud y la seguridad social en medio de la guerra y construir las bases de una movilización social orientada por la garantía del derecho a la salud. Dado el éxito de la convocatoria, se creó el Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social, como un escenario permanente que articularía las distintas expresiones organizadas. Esta instancia debía extender el debate sobre lo que estaba pasando con la reforma de la salud y la seguridad social a todo el territorio nacional, articular los intereses de los antagonistas a la Ley 100, construir un modelo alternativo de salud y ampliar las demandas más allá de las reivindicaciones salariales de los trabajadores del sector [25].

Un rasgo por destacar en este período fue la llegada a la presidencia de Álvaro Uribe Vélez (2002-2006), defensor y ponente principal de la Ley 100 de 1993 ante el Congreso. Su programa político encontró respaldo en un amplio sector de la población que seguía demandando acciones decididas en la seguridad y el orden público. Uribe priorizó las políticas de seguridad y propuso nuevas reestructuraciones en el campo social, con el fin de cumplir con los compromisos asumidos con los organismos prestamistas, los cuales habían aumentado la presión para que se profundizaran las privatizaciones en sectores como las pensiones y la salud. La deuda externa había pasado de 3% del PIB en 1995 a más del 10% en 2002. Aún con este antecedente, el gasto público en defensa y seguridad se incrementó de un 1,7% del PIB en 1991 a un 3,5% en el 2001 [9]. El gobierno fijó, como parte de sus metas, corregir los desajustes fiscales del sector e incrementar por lo menos en cinco millones el número de afiliados, además de completar el proceso de transición de los hospitales públicos, mediante el fortalecimiento de los subsidios a la demanda, la reestructuración

del ISS y la fusión de los ministerios de salud y trabajo.¹²

Durante este gobierno, Juan Luis Londoño regresó al Ministerio de Salud,¹³ con el propósito de “corregir los vicios” en la aplicación de la Ley 100. Desde el inicio de su gestión, expresó su desacuerdo con la existencia de las aseguradoras públicas, porque decía que habían demostrado ser ineficientes. En palabras de Londoño, era necesario iniciar “un proceso de integración, fusión y liquidación de estas entidades para reorganizar el sistema” [26]. En su opinión, las fallas que había tenido el sistema obedecían a falta de voluntad política y a las decisiones inapropiadas, que podrían resolverse no cambiando la Ley 100, sino desarrollándola de manera correcta. Según su diagnóstico, los problemas de implementación se debían sobre todo a la desviación de los principios planteados en 1993. Las acciones de este período estuvieron sujetas a resolver las limitaciones financieras que imponía la prolongada recesión económica y a poner en práctica los parámetros del informe que había presentado el Programa de Apoyo a la Reforma (PARS), financiado con recursos del BID. El documento destacaba los beneficios de introducir la competencia privada (cuyo modelo evaluaba como “exitoso”) y sugería mantener las garantías para la competencia del mercado, así como acelerar el proceso de transformación de los hospitales públicos, del ISS, y la modernización del Ministerio de Salud.

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

13 Juan Luis Londoño había sido ministro de Salud entre 1992 y 1994.

Una de las primeras medidas implementadas para responder a las recomendaciones de los organismos internacionales fue la fusión de los ministerios de Salud y Trabajo y de Seguridad Social en el Ministerio de la Protección Social. Este cambio se justificó con la introducción del enfoque centrado en el manejo social del riesgo. Este concepto de manejo social del riesgo tiene que ver con los principios neoliberales que promueven que el Estado actúe por medio de políticas sociales sólo en casos donde el individuo no puede acceder a los medios necesarios para su bienestar, que en otras palabras serían aquellas personas en extrema pobreza; la meta es disminuir vulnerabilidad social más que garantizar derechos [27]. Desde el Ministerio se justificó su introducción, con el argumento de que se necesitaba articular los factores que se consideran la base del bienestar social, como la promoción del empleo, la regulación de las relaciones laborales y la preservación de la salud pública [28]. Aunque el Gobierno Nacional argumentaba que esta era la mejor alternativa para superar la crisis que afrontaba el país en materia de trabajo y salud, lo cierto es que detrás de estas transformaciones se estaba fortaleciendo el modelo de mercado y se creaban los mecanismos para profundizar los ajustes fiscales y reorganizar el sector social.

Fue en un momento, en que se habían anunciado distintos cambios para el sector de la salud, que el ministro Londoño murió en un accidente aéreo, en febrero de 2003, cuando apenas comenzaba su gestión en el Ministerio de la Protección Social. Sin embargo, las estrategias que había trazado siguieron adelante con el nombramiento en su reemplazo de uno de sus asesores más cercanos, el médico Diego Palacio Betancourt. Para entonces, el Ejecutivo había retomado con fuerza la intención de reestructurar el ISS, argumentando que el déficit presupuestal alcanzado por esta institución había sido pro-

vocado por su incapacidad para articularse a las nuevas reglas del juego. En tanto, los sindicatos sostenían que la crisis se debía no solamente a la ineficiencia y la corrupción, sino también a la evasión de aportes por parte de los empresarios, la pérdida de usuarios y la deuda acumulada por los giros que dejó de hacer el Estado desde los primeros años de su funcionamiento. En uno de los pronunciamientos hechos por uno de los representantes del partido de izquierda Polo Democrático se afirma lo siguiente:

El aporte estatal definido para el funcionamiento del ISS desde su origen nunca fue pagado. En 2001, el Ministerio de Hacienda y el Sindicato de trabajadores del ISS estimaron la deuda en \$58,8 billones. Así mismo, el sistema de información para identificar con claridad a sus afiliados y recibir las capitaciones correspondientes, nunca se desarrolló a pesar de haberse asignado presupuesto para dicho fin [29].

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

Finalmente, la reestructuración del ISS se oficializó en junio de 2003 con la división de la entidad en tres aseguradoras y siete



sedes regionales para la prestación de los servicios. Esta separación de funciones significaba formalmente la entrada en la dinámica de la libre competencia. El 19 de junio de 2003, las centrales obreras decretaron un paro nacional de trabajadores para protestar por las medidas de reestructuración de las empresas estatales más representativas. En noviembre del mismo año, unos 250 trabajadores hospitalarios tomaron el Ministerio de Protección Social, demandando cambios en las políticas adoptadas por el gobierno en materia de salud.

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

Mientras el desmantelamiento de las instituciones estatales parecía inevitable, las aseguradoras privadas representadas por ACEMI extendían sus redes de poder y su hegemonía en el sector. En el 2001, 14 EPS y entidades de medicina prepagada se habían ubicado entre las 300 empresas más grandes de Colombia. Para el 2002, el rango se había

ampliado a 18: “con ventas por más de 4,6 billones de pesos, estas empresas superaron en un 12,84% (en términos reales) las ventas del año 2001” [30]. El Ministerio de la Protección Social reconocía que las EPS privadas controlaban el 72,6% de los usuarios y tenían el monopolio en materia de servicios. Una de las denuncias de los trabajadores públicos era que estas entidades habían incumplido parte de los acuerdos pactados en 1993, al integrar en un solo organismo tanto las funciones de aseguramiento como las funciones de prestación de servicios —la conocida “integración vertical”—, lo que les permitía disminuir los costos de operación, monopolizar la competencia y establecer parámetros para limitar los servicios de alto costo. En este modelo de salud, la función del Estado parecía estar limitada a garantizar las condiciones para la expansión del mercado, y no a controlar los incumplimientos y las inconsistencias del sistema de salud.

Las discusiones sobre los problemas del SGSSS ya no estaban centradas solamente en las posibilidades de ejercer la libre elección, evitar la selección adversa para las enfermedades de alto costo, o resolver las diferencias en los paquetes de servicios. Para entonces, habían sucedido hechos lamentables como la muerte constante de enfermos en ambulancias que hacían largos recorridos buscando alguna entidad que aceptara recibirlos, o mientras esperaban una autorización para ser trasladados a una unidad de atención especializada. En muchos casos, los hospitales negaban el acceso a los pacientes porque no disponían de identificación como afiliados al sistema o porque no contaban con convenios con las aseguradoras. Esta práctica se tornó tan común que recibió el nombre de “paseo de la muerte”. Situaciones como esta socavaban la posibilidad de construir un sistema equitativo en términos de accesibilidad a los servicios de salud. Otra vez, como en el

antiguo sistema, existían notables diferencias entre quienes estaban vinculados al mercado de trabajo formal, los que tenían capacidad de cubrir servicios adicionales privados (que incluían tratamientos especializados y privilegios en la hospitalización), aquellos que dependían de los subsidios estatales, y los mal llamados “vinculados”, que no alcanzaban a entrar al sistema de aseguramiento.

Otras consecuencias negativas de la reforma se reflejaban en el descuido de los programas de salud pública colectiva. Era notable el retroceso en la prevención de las enfermedades transmisibles. Por ejemplo, habían aparecido nuevamente epidemias que se creían erradicadas antes de la reforma, como la fiebre amarilla, el sarampión y la tuberculosis. Durante la implementación del sistema de salud los porcentajes de vacunación sufrieron una notable reducción. “La aplicación del esquema completo de vacunación para niños de 12 a 23 meses había caído del 83% en 1990, al 71% en 1995 y 66 en el 2000” [31].

Para el año 2003 se había vuelto una realidad que los servicios para los pobres tenían más limitaciones, y cada vez estaba más lejana la posibilidad de equiparar los planes de salud de los regímenes subsidiado y contributivo. Las demandas de los usuarios (especialmente los que no pertenecían a organizaciones sociales) no se concentraban en grandes transformaciones al modelo, sino en el derecho a recibir atención y acceder a los servicios. En medio de las incontables irregularidades institucionales, muchos usuarios empezaron a buscar la manera de hacerle “trampa al sistema”, por medio de estrategias para alterar las reglas de juego establecidas por el Estado. Por ejemplo, algunas personas que no alcanzaban las características para demostrar que eran lo suficientemente pobres, recurrían a estrategias como el alquiler de viviendas en sectores

marginados por un solo día para recibir a los encuestadores y poder clasificarse dentro de los beneficiarios de los subsidios estatales. Estos comportamientos tenían un componente trágico, reflejado en el afán de muchos ciudadanos por demostrar su situación de pobreza, y al mismo tiempo eran novedosos en el campo de la salud, porque representaban formas de resistencia ante las estrategias de focalización estipuladas desde arriba. Así como la reforma había llevado a que se legitimaran los discursos del Banco Mundial en materia de salud, también había propiciado nuevas formas de organización y resistencia. Siguiendo a Scott [32], se podría decir que esta forma de relación con el poder por parte de los usuarios, la mayoría de las veces no buscaba grandes transformaciones, sino más bien modificar asuntos precisos por medio de prácticas cotidianas de bajo perfil.

Organizaciones sociales como el Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social se habían consolidado y habían empezado a recurrir a mecanismos que les permitieran ser interlocutores válidos en las relaciones con el Estado, y a la vez mantener la autonomía organizativa. Para esto, implementaron estrategias como la construcción de coaliciones con grupos políticos de izquierda, la articulación a movimientos internacionales (como los foros sociales mundiales) y la discusión pública de los problemas del sistema, desde un marco que no se limitaba a reclamar el cumplimiento de acuerdos laborales o legales, sino que incluía una perspectiva nueva, enfocada en la exigibilidad del derecho a la salud. Sin embargo, la incidencia de estos actores seguía siendo mínima, debido a su poca capacidad para movilizar recursos y negociar con los grupos de poder.

Una de las denuncias reiterativas de los grupos sociales organizados era el fracaso de las instancias propuestas por los reformadores



para la concertación (como el CNSSS) y el incumplimiento de la función reguladora por parte del Estado. En opinión de uno de los representantes del Movimiento por la Salud y la Seguridad Social, los organismos de negociación estipulados por la Ley se habían convertido en un espacio de poder más para los sectores que habían definido la ruta de la política de salud desde 1993 [33]. Estas organizaciones centraban parte de sus esfuerzos en divulgar los fracasos del modelo de salud. Dentro de este grupo de actores opositores, sobresale la acción de las comunidades indígenas y su lucha por el reconocimiento de un régimen especial. Estas organizaciones habían divulgado permanentemente su inconformidad con la Ley 100, por su lógica mercantilista, por la ineficiencia en la vigilancia y control de los presupuestos, y por la falta de integralidad.

Aunque muchas organizaciones sociales acusaban al Consejo de Seguridad Social de responder prioritariamente a los grupos hegemónicos, para el 2003 este organismo había empezado a perder respaldo gubernamental. El CNSSS empezó a ser relegado, ya que la presencia de algunos actores (como los representantes de los trabajadores, de los profesionales de la salud y de los prestadores públicos) lo habían convertido en un interlocutor incómodo para el gobierno. Uno de los propósitos iniciales de la administración de Londoño era transferir las funciones de este organismo al ministro de Protección Social, lo que significaba que el Consejo dejaría de ser rector y pasaría a convertirse en un simple asesor. Aunque este proyecto no pudo llevarse a cabo durante esos años, se buscó disminuir su incidencia en las decisiones. Por otro lado, un asunto que no dejaba de ser paradójico era la inconformidad permanente de la banca multilateral con las transformaciones del sector.

Aunque una y otra vez el Ejecutivo había hecho ajustes en distintos componentes de la Ley 100, para responder a las demandas del BID y del BM, estos organismos (que ya habían adquirido una posición mucho más visible que la que habían tenido durante el diseño), continuaban reclamando reestructuraciones más profundas tanto en los sectores de la seguridad social, como en el laboral y en el tributario. Los ajustes se ponían como condición para el otorgamiento de nuevos créditos.

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

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

Otras instancias importantes en este proceso fueron la Corte Constitucional, la Defensoría del Pueblo y la Comisión Séptima del Congreso. La primera, al ser un órgano independiente del Ejecutivo, se había convertido en una posibilidad para que los ciudadanos exigieran el derecho a tener atención de ciertos servicios por la vía jurídica. El mecanismo de la acción de tutela se incorporó a las prácticas cotidianas de muchos usuarios que exigían el cumplimiento de los acuerdos instaurados en la Ley 100:

La población colombiana acude cada vez más a la jurisprudencia constitucional para exigir la prestación de servicios de salud. Según cifras presentadas por la defensoría del pueblo entre 1999 y el 2002 se presentaron 145.360 tutelas a la corte colombiana relacionadas con el derecho a la salud [34].

En cuanto al papel de la Comisión Séptima del Senado, a pesar de que ya no tenía un rol tan protagónico como durante el diseño de la

política, seguían siendo uno de los espacios articuladores de los debates en torno a la salud. Desde esta instancia, conformada por integrantes (algunos de ellos médicos) de los distintos partidos, se fomentaron evaluaciones y discusiones sobre los efectos de la implementación de la política de salud, como los foros promovidos en 1999, y se decidieron las primeras modificaciones al sistema de salud (la Ley 715 de 2001). A pesar de que en los debates promovidos por los parlamentarios participaban tanto los opositores como los defensores del modelo, casi siempre se imponían los intereses del Ejecutivo, que contaba con el respaldo mayoritario del Congreso, mientras que los proyectos de los grupos que buscaban obstaculizar el avance de las privatizaciones, o por lo menos corregir las inequidades del sistema, casi siempre acababan hundiéndose por falta de consenso y apoyo político.

4. Un intento por concluir

El estudio de la reforma de salud, desde la perspectiva relacional, permitió evidenciar asuntos que, aun cuando existe cierto consenso sobre su importancia, han sido poco analizados. El énfasis en el proceso (y no en los productos) dio cuenta de la importancia de concebir las políticas no sólo como instrumentos planeados racionalmente por los gobiernos. El acercamiento a las interacciones entre los múltiples actores del sector y a las características del contexto sociopolítico mostró que éstas también constituyen un campo conflictivo en el que se juegan diversos proyectos e intereses, y que a la vez están afectadas por la contingencia. La interacción entre actores muchas veces rebasa los objetivos asumidos por la posición institucional. Esta óptica se aleja de las miradas que ven al Estado como el único actor que toma decisiones sobre las políticas, o de los estudios que conciben las mismas como series secuen-



ciales y unidireccionadas. De este análisis se puede concluir que el conflicto es un elemento esencial de la interacción política y que es capaz de afectar las políticas.

Sobre el caso colombiano podría decirse que, hasta la fecha analizada, los ganadores de este proceso de reforma fueron los gremios privados, que casi siempre tuvieron al Ejecutivo como su aliado y vocero. Esta instancia actuó como un órgano desvinculado de los intereses generales, y como representante de los intereses multilaterales y de las aseguradoras privadas. El Estado fue un aglutinador de las correlaciones de fuerza triunfadoras y obró como un mediador no neutro, lo que dio como resultado la imposición de un proyecto centrado en la racionalidad económica. Los perdedores o excluidos de este nuevo 'pacto' generalmente fueron los trabajadores del sector, los usuarios, los movimientos sociales y las instituciones públicas, que se vieron sometidas a un desmonte sistemático. Los partidos, por su parte, tampoco fungieron como fuerzas cohesionadoras; sus representantes las más de las veces actuaron a título personal y muchas veces en coalición con las mayorías aliadas al gobierno de turno, aspecto que dejó a los grupos sociales organizados con muy pocas opciones de representación en los órganos legislativos.

Aunque este proceso de implementación de la Ley 100 indudablemente no había dejado mayores ganancias para los grupos sociales organizados, sí había quedado claro que el modelo de salud que debía tener el país seguía siendo un asunto por resolver, y que ya no les incumbía únicamente a los sindicatos, los profesionales de la salud, los gremios médicos y las instancias gubernamentales, como en el pasado. El panorama de actores se había ampliado y diversificado, trayendo nuevas discusiones como la lucha por el derecho a la salud. Los mecanismos de acción también se habían transformado. Los grupos

opositorios al modelo oficialista ya no acudían solamente al cabildeo, las huelgas o tomas de las instituciones del sector, sino también a otras apuestas como la presentación de proyectos legislativos, la participación en foros, la promoción de propuestas formativas y educativas, los pronunciamientos ante los medios de comunicación, la constitución de redes, la participación en gobiernos locales, y la implementación de formas de resistencia cotidianas. Si bien no todas estas manifestaciones repercutieron en transformaciones estructurales (por lo menos en el corto plazo), sí ponían en evidencia los vacíos y exclusiones de las iniciativas gubernamentales.

Referencias

1. McAdam D, Tarrow S, Tilly C. *Dynamics of Contention*. United States: Cambridge University Press; 2001.
2. Archila M. Colombia 1975 – 2000: de crisis en crisis. En: *25 años de luchas sociales en Colombia: 1975 – 2000*. Bogotá: CINEP; 2002. p. 34.
3. Plaza B, Barona A. *Afiliación de población pobre al sistema de salud: el caso colombiano*, Santafé de Bogotá: Fundación Corona; 1999. pp. 26-30.
4. Jaramillo I. *El futuro de la salud en Colombia: Ley 100 de 1993 cinco años después*. Colombia: FESCOL, FES, Fundación Corona; 1999.
5. Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). *Encuesta de calidad de vida 1997*. Bogotá: Autor; 1997.
6. Entrevista a representante de la Federación de Usuarios 27/06/05.
7. Sarmiento L. *Exclusión, conflicto y desarrollo societal Colombia: Desde Abajo*; 1999. pp. 102-66.
8. Bocchetti C, Arteaga JM, Palacios M. *Hospital universitario: desde San Juan de Dios hasta la construcción de un nuevo proyecto*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2005.
9. Garay LJ. *Políticas públicas y garantía de los Derechos Sociales*. En: *El embrujo autoritario: primer año de gobierno de Álvaro Uribe V*. Colombia: Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo; 2003. p. 40.
10. Arbeláez M. *Derecho a la salud en Colombia: el acceso a los servicios del sistema general de seguridad social en salud*. Bogotá: CINEP; 2006. p. 185.



11. Muñoz O. Propuestas de ajuste al sistema de salud: programa de Apoyo a la Reforma BID. *El Pulso*; 48, sep. de 2001. [Serie en Internet]. Disponible en: <http://www.periodicoelpulso.com/html/sept02/observa/monitoreo.htm>
12. Londoño J, Frenk J. Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Serie de documentos de trabajo; 353. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo; 1997.
13. Salud Colombia. Resumen de noticias de 1998: se frenó la afiliación a EPS pero mejoraron sus cifras. *Salud Colombia*. 1999; 32 [serie en Internet]. Disponible en: <http://www.saludcolombia.com/actual/salud32/noticia32.htm>
14. Arroyave ID. La debacle de las EPS públicas: muerte pronosticada. *El Pulso*; 84, septiembre de 2005. [Serie en Internet]. Disponible en: <http://www.periodicoelpulso.com/html/sep05/debate/debate-01.htm>
15. Ahumada C. La penuria de la salud pública. *Gerencia y Políticas de Salud*. 2002; 3 (1): 47-56.
16. Ochoa A. Eso es una infamia: Federación Colombiana de Municipios rechaza denuncias sobre desvío de dinero. *El Pulso*. 1999 abril. num. 7 [Serie en Internet]. Disponible en: <http://www.periodicoelpulso.com/pdf/EI%20Pulso%2007%201999%2004.pdf>
17. Reyes G. Médicos desplazados por el negocio. Testimonio en Orrego D. *El Pulso*; 9, junio 1999. [Serie en Internet]. Disponible en: <http://www.periodicoelpulso.com/pdf/EI%20Pulso%2009%201999%2006.pdf>
18. Eslava JC. Seguridad social en salud: reforma a la reforma. *Rev. de Salud Pública*. 1999; 1 (2): 105-16.
19. Cuadro tomado de: Muñoz O. Cobertura en salud: asignatura pendiente. *El Pulso*. 2001; 36. septiembre de 2001. [Serie en Internet]. Disponible en: <http://www.periodicoelpulso.com/html/sept01/general/general-02.htm>
20. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo: mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: Autor; año 2000
21. Hernández M. Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud. *Cad. de Saúde Pública*. 2002; 18 (4): 991-1.001.
22. González JI. Imparcialidad financiera y equidad: otra lectura del informe de la Organización Mundial de la Salud - año 2000. *Gerencia y Políticas de Salud*. 2001; 1(1): 39-47.
23. Arbeláez O. Los acuerdos gobierno-ISS: un pacto con hilos extranjeros. *El Pulso*; 43, 2002 abril [Serie en Internet]. Disponible en: <http://www.periodicoelpulso.com/html/abril02/debate/debate-01.htm>
24. Observatorio para la Protección de los Defensores de Derechos Humanos. Amenazas de intimidación. 2006, junio 23. [Serie en Internet]. Disponible en: http://www.protectionline.org/IMG/doc/078_COL_015_0606_OBS_078.doc
25. Torres M. Experiencia de organización y movilización social: iniciativa por el derecho a la salud 2000-2002. Documento de Trabajo; mayo 2002. Colombia: Plataforma de Derechos, Democracia y Desarrollo.
26. Londoño JL. Plan estratégico de salud: quitarle los foquitos al árbol de navidad Testimonio en Muñoz O. *El Pulso*; 2002; 50. [Serie en Internet]. Disponible en: <http://www.periodicoelpulso.com/html/nov02/debate/debate-01.htm>
27. Banegas I. El cambio en la administración de los riesgos sociales: políticas sociales y transformación del Estado. *Estudios Sociológicos*. 2008; 77 (26): 287-320.
28. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Sistema de protección social: antecedentes, avances y retos. Segundo taller internacional sobre transferencias condicionadas en efectivo. 2004 abril; Sao Paulo; Brasil.
29. Gaviria C. Del monopolio público al monopolio privado. *Momento Médico*. 2007: ene-feb, 89. [Serie en Internet]. Disponible en: http://asmedasantioquia.org/momento_medico/edicion_89/monopolio.html
30. Peláez JA. Las EPS y las entidades de medicina prepagada continúan súper aliviadas. *El Pulso*; 45. 2002 jun. [serie en Internet]. Disponible en: <http://www.periodicoelpulso.com/html/jun02/observa/monitoreo.htm>
31. Tono T, Velásquez L, Castañeda L. El impacto de la reforma sobre la salud pública: el caso de la salud sexual y reproductiva. Bogotá: Fundación Corona; 2002.
32. Scott JC. Los dominados y el arte de la resistencia. México: Era; 2000.
33. Entrevista a representante del Movimiento por la Salud y la Seguridad Social 09/12/06.
34. Arroyave I. La acción de tutela en salud: por la conquista de la integralidad. *El Pulso*; [serie en Internet]. Disponible en 108 num. 108. 2007 sept. <http://www.periodicoelpulso.com/html/0709sep/debate/debate-08.htm>

