
ESPACIO ABIERTO

Influencia de los grupos de interés y asociación en las reformas y los sistemas de salud

Conrado Adolfo Gómez

La reforma a la seguridad social en salud en Colombia.

¿Avances reales?

José Fernando Cardona

Amparo Hernández

Francisco J. Yepes

Flujo de recursos en el sistema de salud.

Análisis del proyecto de ley 052

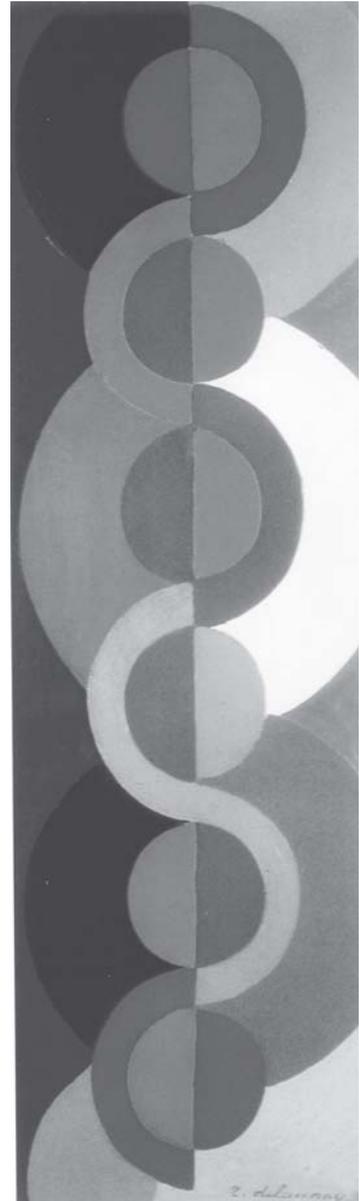
Yuri Gorbaneff

Sergio Torres

Conrado Gómez

José Fernando Cardona

Nelson Contreras



Influencia de los grupos de interés

Y ASOCIACIÓN EN LAS REFORMAS Y LOS SISTEMAS DE SALUD*

Conrado Adolfo Gómez

Fecha de recepción: 06-09-05 • Fecha de aceptación: 28-11-05

Resumen

Se revisa la importancia de los grupos de interés y asociación en las reformas y los sistemas de salud, haciendo un recorrido por las principales teorías explicativas de los grupos como el pluralismo, el corporativismo, el nuevo corporativismo, el nuevo institucionalismo, la lógica racional y los enfoques mixtos como redes. Se expone que la emergencia de los grupos de interés en un fenómeno cada vez más importante, sin embargo, poco conocido. Acompaña las reformas del Estado, porque con ellas se fortalecen los interesados. Esto trae nuevas dificultades a los sistemas de salud y a la democracia

Palabras clave: grupos de interés, grupos de presión, representación de intereses, reforma de salud, sistemas de salud, involucrados, pluralismo, corporativismo.

Summary

This paper explores the interests and association group's relevance on health systems and reforms during the last 25 years. It this doing across several explicative theories like Pluralism, Corporativism, the new corporativism and Pluralism, the new institutionalism, the rational choice, the mix approaches and the net policies. The paper shows the interest groups raid, becoming with raising importance, since the parties and welfare state crisis is ongoing; however it phenomena is relatively unknown. These processes derived to reforms resting over the trade and economic unions, and delimited citizen's groups, waiting their actions will be to public interest defense. ¿Is this an Illusion?. It's possible, nevertheless that's a real change that requires more research, and enforce to best the government and management regimes; also at the health systems and reform frame, going to transparence and power equity exercise.

Key Words: Interest Groups, Corporativism, Pluralism; Stakeholders, Shareholders, Health Systems, Health Reform, Lobby, public participation, public policy

* Este trabajo se realizó a partir de un estudio sobre reformas y grupos de interés del Doctorado en Salud Pública de la Universidad Nacional, y del trabajo de análisis de la reforma de la ley 100 con base en el proyecto de ley 052/05, realizado en la Universidad Javeriana.



Introducción

Este ensayo explora la influencia de los grupos de interés en los sistemas y reformas sectoriales de salud de los últimos 25 años. Contrasta la visión idealizada de sistemas como organizaciones aparentemente “técnicas” y distantes de la política, frente a regímenes formados en la arena pública entre diferentes pretendientes de los bienes colectivos. Para ello plantea que en lugar de sistemas ordenados, gobernados por expertos que “sí saben”, como legítimos intérpretes de la comunidad, lo que predomina son estructuras ineficientes, regidas en forma precaria, construidas y permeadas por intereses delimitados. Esta perspectiva trae consigo la identificación y caracterización de grupos de interés que influyen casi siempre de manera discreta en los regímenes de gobierno, intercalando con las instituciones públicas. Así mismo permite establecer una aproximación crítica a la “rectoría”, tal como viene siendo discutida (WHO, 2000), desde los paradigmas de reforma de los noventa, mostrando porque estas alternativas son insuficientes para atender los problemas de gobernabilidad derivados de las reformas y el fortalecimiento de nuevos y viejos actores (Murray, 2004). Esta es una controversia que se traslada al papel que deben asumir ciudadanía y Estado en cuestiones tan importantes como la salud.

La participación de grupos de interesados en la agenda pública es un factor cada vez más vigoroso (Grant, 1998), que crece discreta pero firmemente. Se trata de grupos distintos del gobierno y los partidos políticos, que pretenden o influyen en la política pública, actuando de manera silenciosa o en supuesta representación de la sociedad civil (Gómez Lobo, 1996). Su protagonismo se ve fortalecido por el desprestigio de los partidos políticos tradicionales y la irrupción de agentes de los empresarios, los gremios y los conglomerados económicos en el debate público,

acelerados por las tendencias reformistas que impulsan la construcción de cuasi mercados con delegación de funciones públicas a particulares (Almeida, 2002), el desmonte del Estado prestador-productor y la progresiva pérdida de soberanía que trae la globalización (Garay, 2000). Se consolida así un modelo que insiste en la aparente ineficiencia de los estadistas de profesión y las instituciones públicas, promoviendo su reemplazo por “gerentes” y empresas aspirantes a cargos y funciones públicas que, sin embargo, se presentan ante la sociedad como actores “no políticos”.

La presencia de grupos organizados no es nueva. Sin embargo, su papel es controvertido porque según se sitúen en el régimen de gobierno, pueden amenazar la democracia o la independencia del Estado. Otras veces su papel fortalece la democracia, en la medida en que rompe la conformidad de la sociedad, formando segmentos capaces de defender puntos de vista distintos de la postura oficial, o de los partidos, o a favor de los derechos civiles.

Aunque el auge de los grupos de interesados es uno de los fenómenos políticos más importantes (Bobbio, 1988; Drucker, 1989), sigue siendo relativamente desconocido. Gracias a que las acciones de los interesados tienden a ser sigilosas o encubiertas, son pobremente controladas por la ciudadanía, permitiéndoles la captura de la agenda pública.

Una cosa parecida ocurre en el terreno de la salud, en el que se ha dado poca atención al papel de estos grupos. Las discusiones han estado confinadas a encontrar un sistema de salud ideal, haciendo una discusión árida, que divide a expertos y organizaciones desde un punto de vista ideológico. Aunque interesante, la discusión del modelo organizativo ideal olvida un factor primordial: la necesaria formación de una *decisión pública* que disponga

y ordene los recursos, las instituciones y las organizaciones bajo un modelo de gestión eficiente, justo y efectivo. Para hacerlo habrá que superar la oposición de numerosos beneficiarios del *status quo*.

El conflicto entre actores interesados por lograr un sistema de salud es una lucha constante. No ha de sorprender, por ejemplo, que los “*sistemas de salud*” que conocemos no cumplan con aquello que se considera un “*sistema*”, y ni siquiera condiciones de eficiencia y justicia. Esto se debe a que son formaciones nacidas del debate por los bienes públicos entre diferentes actores, y las influencias multilaterales externas. Así sucede particularmente en países latinoamericanos, caracterizados por lo que se ha llamado sistemas fragmentados (Tillal, Zahir y Ray, 2002); (CIESS, 2005).

1. Definiciones

Se asume que son grupos de interés o de presión los que, sin hacer parte del gobierno (burocracia), intervienen en la agenda y las decisiones públicas. Para Lindblom se trata de “individuos o grupos que no ostentan autoridad gubernamental (y que) buscan influenciar las políticas” (Lindblom, citado por Real Dato, 2002)¹.

Los grupos de *presión* se diferencian de los partidos políticos en que no hacen campañas políticas para acceder al poder; defienden sus intereses a través del cabildeo, de relacionados en el gobierno o los medios de comunicación. Sus acciones con frecuencia son sigilosas.

¹ «Si sobre algo hay acuerdo en este campo es, paradójicamente, sobre el desacuerdo existente en cuanto a qué se estudia cuando se estudian los grupos de presión» (Jordan/Maloney/ McLaughlin 1992, citado por Real Dato, 2002).

² El término anómico fue adoptado por primera vez por Emili Durkheim (1893), designando inactividad, pasividad.

La caracterización de los grupos de interés viene modificándose según la tradición política, el origen geográfico y el momento histórico. Aún así, la separación en dos grandes categorías que Bentley hizo en 1908 ha sido recogida por la mayoría de los estudiosos, distinguiendo los grupos “institucionales” de los “asociativos” (Molins, 1998). Estas categorías separan los grupos que se establecen como empresas políticas profesionales, dedicadas a la defensa de gremios económicos o laborales para acceder al poder, constituyéndose en grupos “institucionalizados”, de los que resultan de intereses comunes en segmentos sociales amplios. Los segundos se vinculan por razones de raza, género, cultura, o etnia y se los designa como “asociativos”. Jean Meynaud, en Francia, separó en 1965 dos clases de grupos: i) organizaciones profesionales, que buscan ventajas materiales como sindicatos, corporaciones profesionales, asociaciones de consumidores, cámaras de comercio y demás y ii) agrupaciones de vocación ideológica para defender posturas espirituales o morales, o promover una causa determinada (grupos religiosos, patrióticos, defensores del medio ambiente o de los derechos de mujeres, hombres, animales y otros). Con base en la caracterización de Gabriel Almond y Bingham Powel (Pasquino, 1998) se clasifican los grupos en:

– **Grupos de interés anómicos**². Originarios de comunidades sin canales organizados de participación política. Se reúnen reactivamente ante problemas coyunturales, apremiantes, incitando frentes de presión popular que suelen desaparecer una vez alcanzan atención. Pueden acudir a mecanismos de participación política no convencionales para inscribir sus peticiones en la agenda pública como desobediencia civil, paros cívicos, asonadas, saqueos, manifestaciones y revueltas. Aunque tienen poder político, su influencia es pasajera.

– **Grupos de interés no asociativo**. (Institucionalizados). Se identifican por creencia, fa-



milia, raza, etnia, religión, estirpe o parentela. Para inscribir sus problemas en la agenda pública acuden a acciones legales, a trámites públicos. Tienen una capacidad limitada de movilización.

– **Grupos de articulación asociativa.** Se vinculan por medio del trabajo (sindicatos de trabajadores), los oficios o profesiones, burocracias, cuerpos militares o científicos. Su fuerza política depende de la extracción y el poder de sus miembros. Un grupo de nobles, o militares, por ejemplo, puede tener acceso a los gobernantes y capacidad de influencia. Inscriben sus problemas en la agenda pública a través de relacionados, en los medios de comunicación o empleando el paro como medio para lograr atención sobre sus demandas.

– **Grupos de asociación institucionalizados.** Se organizan para acceder al poder y la agenda pública. Disponen de recursos económicos específicos y encargan sus iniciativas a una pequeña burocracia profesional en el arte del cabildeo y la investigación, acompañada de cuadros técnicos para relacionarse y obtener información estratégica. Son reconocidos para representar a sus asociados y ejercer presión. Pueden inscribir sus problemas en la agenda pública acudiendo al gobierno, el parlamento o participando en las campañas políticas. Prefieren el silencio y el secreto, pero también pueden acudir a los medios de comunicación.

La capacidad de influencia de cada grupo depende de su concentración de recursos de poder y de su habilidad para emplearlos. Los más importantes son la capacidad económica, la magnitud y posición de su membresía, la representatividad electoral, la ubicación en el proceso productivo, el acceso a los medios masivos de comunicación, la posesión de información estratégica privilegiada, la tradición y el reconocimiento. El acceso oportuno a la información con equipos expertos es de-

terminante del ejercicio del poder, mucho más cuando se constituyen arenas (dominios) con lenguajes y mecanismos de acceso que favorecen a un grupo en particular. Muchas decisiones requieren de la opinión de comités y burócratas especializados, por lo que los grupos de interesados disponen de expertos e investigadores reconocidos, capaces de intercalar en el debate “*técnico*”.

La forma como actúa cada tipo de asociados o interesados es diferente. Los *grupos institucionalizados* prefieren el silencio, creando una percepción de independencia de las decisiones que ellos mismos impulsan. Comenta Castoriadis, “las ‘seudo democracias’ occidentales contemporáneas han vuelto privada en gran medida la esfera pública: las decisiones verdaderamente importantes se toman en secreto y entre bastidores” (Castoriadis; 1998:226). Pueden acudir de manera directa a los funcionarios o proyectar informaciones en los medios de comunicación. Los problemas se tratan estratégicamente, lo que se menciona o se lleva a los medios para conocimiento de todos es tan importante como lo que se oculta. Los grupos más numerosos aunque menos poderosos económica o técnicamente pueden esgrimir sus votantes y acudir a los medios. Otros grupos deben resignificar socialmente sus problemas, creando o aprovechando las crisis para que los medios les den realce.

2. La sociedad y el Estado a partir de los grupos de interés

La articulación de los grupos de interés como parte funcional de la sociedad o como elemento que se integra al Estado (en el régimen de gobierno) ha sido durante mucho tiempo un asunto polémico, sobre todo porque difiere de la idea de “clase” que supone el marxismo. Para Mancur Olson, por ejemplo, la división de clases ha demostrado ser

inexistente como categoría de acción política (Olson, 1992). Para los corporativistas el concepto de grupo también cuestiona la realidad de las clases y viceversa, dado que la pretendida armonía de los grupos y el gobierno acentúa las contradicciones de clase entre trabajadores y empresarios. (Panitch en Schmitter, Streeck y Lehmbruch, 1992). Para quienes prefieren del concepto de clase, el corporativismo puede ser una amenaza. «El riesgo de la perversión corporativista de lucha de clases democrática reside en que produce rigidez en lugar de movimiento. El corporativismo entra en fácil conjunción con la burocracia y ambos tienden a robar la esencia de la libertad» (Dahrendorf, 1993:137).

Estas diferencias no han impedido que algunos pensadores armonicen el concepto de grupos con el de clase. Theda Skocpol, por ejemplo, viene interpretando la historia norteamericana del siglo XX de esta manera (Skocpol, 1996, 2004). En salud Vicente Navarro, al acudir a ambos conceptos “clase” y “grupo” explicó por qué los países desarrollados europeos tienen sistemas de salud y Estados Unidos no tiene ninguno (Navarro, 1998).

Entre las explicaciones sobre el comportamiento de los grupos de interés deben citarse, a principios del siglo XX la teoría de los pluralismos y el corporativismo; luego, desde los sesenta a la fecha el nuevo corporativismo, la elección racional, los enfoques mixtos, *policy networks*, el enfoque de coaliciones y el nuevo institucionalismo.

2.1 El pluralismo

A partir de Bentley y su libro *Process of Government*, publicado en 1908, comenzó lo que se podría llamar el *Pluralismo*, bajo una visión norteamericana. Supuso que existía un ambiente competitivo, una especie de escenario microeconómico perfecto en el que se

distribuían los bienes públicos y la política pública. En este tablado los grupos institucionales y asociativos competirían sin amenazar la independencia del Estado, a la vez que éste no se imponía a los primeros. Existía una confianza enorme en la democracia norteamericana, lejana a cualquier cooptación por parte del Estado. Parecía que la sociedad iría organizando por grupos, dando solución al problema de la participación y el control ciudadano.

2.2 Corporativismo

La primera mirada de los europeos al problema de los intereses difería del pluralismo. Empujados por las guerras y la consecuente necesidad de coaliciones de empresarios y trabajadores para enfrentarlas, desarrollaron un enfoque nuevo a partir de las ideologías católicas socialistas del siglo XIX, encabezadas por eclesiásticos y laicos alemanes, austriacos, belgas, franceses e italianos (Wilhelm von Ketteler, Karl von Vogelsan, René de la Tour de Pin, Albert de Mun y Giuseppe Toniolo), dando inspiración al “corporativismo”.

Puede ser definido como

un sistema de representación de intereses en el cual las unidades constituyentes están organizadas en un número limitado de categorías singulares, obligatorias, no competitivas, ordenadas jerárquicamente y diferenciadas funcionalmente, reconocidas y autorizadas (si no creadas) por el Estado, y a las que se les concede un explícito monopolio de la representación dentro de sus respectivas categorías, a cambio de observar ciertos controles en la selección de sus líderes y en la articulación de sus demandas y apoyos (Schmitter, en Payne 1996:32).

La caída del fascismo en Italia, la Segunda Guerra Mundial, y el fin de gobiernos cor-



porativistas como el de Salazar en Portugal y Franco en España hicieron que el corporativismo fuera mal visto, tanto en la izquierda como en la derecha. Esto no quiere decir que haya perdido realidad. Que los países no deseen reconocerse bajo un título despreciado, no quiere decir que hayan proscrito las alianzas entre Estado y gremios. Afirma Schmitter: “El corporativismo no ha desaparecido. No sólo los países que lo han practicado continúan haciéndolo, sino que otros periódicamente intentan establecer alguna de sus modalidades” (Schmitter, en Medina, 2005:195).

Muchos países, incluso en América Latina, hicieron y hacen pactos con los empresarios y los sindicatos de trabajadores. Estos acuerdos fueron importantes durante las dictaduras militares, y siguen manteniéndose con variantes. Por otra parte, en Estados Unidos también suceden tales alianzas, de manera independiente de sí los tratadistas norteamericanos se interpretan bajo un régimen plural o corporativo. Sin embargo, muchos de sus tratadistas consideran que su economía es tan grande y plural que los grupos nunca tienen el dominio de la situación, dando lugar a una visión dual, en la que se forma un esquema macropolítico corporativo y dentro de una microeconomía pluralista que da espacio a la competencia. En ese sentido para Andrew Shonfield en su libro *Modern Capitalism* (1965) (Ocampo;1992), el corporativismo se ha convertido en una de las características básicas de las economías capitalistas avanzadas.

También fueron descritas por Mihail Manoilescu (*Siècle du corporatisme* en 1934 y de *Le parti unique* en 1936), (Schmitter y Ocampo, 1992), dos modalidades de corporativismo: social y estatal. El primero representa la organización más o menos autónoma de las organizaciones para concertar con el poder público, mientras que el segundo se refiere al control autoritario por parte del Estado sobre los grupos.

2.3 El nuevo corporativismo

Encabezados por Philippe Schmitter durante las últimas décadas, varios autores han dado auge al nuevo corporativismo.

Al paso de los años y con las reformas del Estado también quedan establecidas formas administrativas claramente corporativistas como las comisiones de regulación de servicios públicos, y las juntas de consulta o decisión económica en las que los inversionistas cogobiernan los sectores en los que han comprometido sus dineros. Medidas que rigen como condición para garantizar la inversión en regímenes considerados populistas, previniendo que se pongan en riesgo las tarifas o el retorno de las inversiones, con la consiguiente reducción de inversión extranjera.

Las modalidades de gobierno corporativas se encuentran ampliamente difundidas. Lehbruch y Schmitter, por ejemplo, clasificaron como formas de corporativismo fuerte a Austria, donde “la corporación entre grupos de interés se ha institucionalizado desde los cincuenta, por medio de acuerdos entre dirigentes de las empresas y los trabajadores” (Lehbruch en Schmitter, 1992:70). Las “decisiones Haga” y la “democracia Harpsund” en Suecia, el Tratado de paz social suizo que viene desde 1937, el “sistema de dos puntas” de Noruega, la “*Konzertierte Aktion*” y la “*Paritätische Kommission*” en la antigua Alemania occidental. Además “en toda Europa occidental se sintió la necesidad de un cierto modo institucionalizado de negociar compromisos explícitos entre clases sociales y sectores económicos” (Schmitter y Medina, 1995:193).

En Colombia entre las modalidades corporativistas de salud puede citarse el Consejo nacional de seguridad social, en donde los representantes de trabajadores, y empresarios tienen la oportunidad de regir los desti-

nos del sistema de salud. En contraprestación, el Estado espera que el sector privado comparta con los gobernantes la defensa de los intereses públicos.

A pesar que durante la mitad del siglo XX predominó la visión pluralista entre los teóricos y políticos norteamericanos, pasados los años cincuenta C. Wright Mills comenzó a discutir esta visión, señalando tres tipos de élites; los militares, la clase política y económica, como sectores que dominaban el gobierno federal, tomado ventajas a expensas del bien general. Aunque este autor fue ignorado y ridiculizado, luego de los sesenta aparecieron nuevos autores mostrando que la participación democrática norteamericana estaba entre fuegos. Pluralismo y corporativismo quedan cuestionados. Se suponía una competencia equitativa de grupos en un escenario libre que fortalecería la participación democrática. Pero no existían condiciones de equidad entre los grupos, ni de éstos con el resto de la sociedad; además, el capitalismo se mostraba inclinado a la concentración de poder y recursos.

En un texto clásico *The End of Liberalism*, Theodore Lowi (Molins, 1998) reseñó como el dominio de los *lobbys* y los interesados prácticamente había acabado con la democracia americana. En *Las nuevas realidades*, Peter Drucker comenta

En la política moderna el movimiento de masas es una minoría pequeña: el 5 por ciento, y, a lo sumo, un 10 por ciento del electorado. Domina porque es organizado, está bien dirigido y completamente dedicado a una sola causa... Es este movimiento de masas en la forma de grupos de presión de una causa única, el que constantemente paraliza y tiraniza la vida de los países desarrollados.

Luego añade:

Por causa de estos nuevos movimientos de masas el centro de toma de decisiones se está desplazando rápidamente de los políticos y los burócratas a los intrigantes (Drucker; 1999:94).

2.4 La elección racional

A partir de las teorías de la elección racional de Downs, Buchanan y Samuelson (Buchanan, 1969) que presentan a los seres humanos como *Homo Economicus*, atentos a su mayor beneficio; Mancur Olson (Olson, 1992) en un trabajo criticado pero paradigmático, asimiló el comportamiento de la sociedad bajo la dinámica del mercado. Al suponer que la sociedad se expresa a través de grupos delimitados, afirma que es la "*elección racional*" la que determina su comportamiento. También observa que las *decisiones* que los interesados *desean de los gobiernos* se comportan como bienes públicos; es decir, generan un beneficio extensivo a todos los miembros de la sociedad sin exclusividad para quienes los gestionaron. Beneficiarán tanto a quienes incurrieron en los costos de conseguirlos como a quienes no se esforzaron, incluida la competencia. Es decir, quienes deseen un bien público tendrán que ver si los costos serán cubiertos por la parte que les toque como beneficio. Si el grupo de interesados es grande su parte será pequeña y los costos seguramente mucho mayores. Si los grupos tienen pocos miembros, los beneficios serán cuantiosos y podrán resarcir el esfuerzo. Para los grupos numerosos también es más difícil organizarse o alinear a sus miembros; tienen más costos de comunicación, contradicciones y diferencias de clase. Estas dinámicas explican por qué no son viables organizaciones sociales como, por ejemplo, para representar a los desempleados.

Aunque Olson ofrece elementos vigentes, la conducta humana o social no puede resumirse bajo el criterio optimizador. Un



nutrido grupo de autores, incluyendo a Alain Tourain, Jon Eltser y Douglass North advirtieron que las acciones humanas no sólo están influidas por la maximización (Touraine, 2000; North, 2000). Las personas buscan estabilidad y confianza o temen al cambio, permaneciendo apoyados en las instituciones (nuevo institucionalismo). Tampoco puede asegurarse que personas y organizaciones buscan siempre una posición óptima, porque también los mueven razones culturales, étnicas, la inercia, las costumbres o la solidaridad.

2.5 Los enfoques mixtos, redes de política, enfoques de coaliciones

Luego del debate entre pluralismo y corporativismo han aparecido nuevas revisiones de cada uno, con un ingrediente adicional: la fragmentación. Theodore Lowi, en lugar de un único escenario de debate encuentra “arenas”, que clasifica como distributivas, reguladoras, redistributivas y constituyentes (Lowi, 1964). Así mismo describió que en algunos sectores especializados se daba una especie de simbiosis, un “*subgovernment*” definido por un pacto cerrado entre funcionarios, grupos de presión y comités del Congreso a lo que llamó “triángulos de hierro”. Cada vértice del triángulo, es decir cada parte interesaba necesitaba de la otra, creando un círculo vedado para los “*outsiders*”. Quienes hoy son funcionarios saben que necesitarán empleo en el sector privado o que sin la tecnología, la información y el músculo financiero de éste, su gestión no será eficaz. El sector privado por su parte necesita decisiones favorables y los congresistas requieren el apoyo del sector privado y el favor de los funcionarios. Por tanto coinciden en las decisiones, excluyendo a otros que están afuera de este club.

Más tarde Cawson profundizó en el planteamiento de los subgobiernos proponiendo el “mesocorporativismo” como una forma par-

ticular de corporativismo en el que la relación Estado y grupo se delimita dentro de un segmento específico de la producción (Cawson, 1989). Daba así al corporativismo un nuevo nivel explicativo.

Según otros autores el Estado no está dominado por los grupos de interés, sólo que las condiciones de especialización y diversidad hacen que se establezcan relaciones múltiples en modelos de redes. También existen muchas expresiones de grupos que defienden los derechos civiles y las causas sociales (Hecko, 2003; Jordan, 1998). Estas posturas permiten el empleo de modelos explicativos con categorías que en lugar de arenas presentan dominios, como espacios vedados de interlocución entre el Estado y determinados grupos de interés. Por su saber o su capacidad económica, los grupos se posicionan en dominios de tal modo que el gobierno no puede modificar su regulación sin su consentimiento o ayuda.

También se han presentado modelos de organización de grupos basados en la idea de redes de interesados, que no están bajo una estructura jerárquica y en donde existe competencia. Si bien pueden existir elementos más fuertes ninguno de ellos domina por completo, dando lugar al criterio pluralista, más partidario a la idea de que la participación de los grupos es saludable y promotora de la democracia. En Colombia el historiador Mario Hernández ha citado en varios escritos el enfoque de redes de Michael Mann para explicar porque él nuestro es un sistema de salud fragmentado (Hernández, 2001; Mann, 1991). Los enfoques de red han permitido la elaboración de modelos vívidos para interpretar la participación de los grupos de poder y así mismo la aplicación de modelos matemáticos. Sin embargo, adolecen de debilidades importantes. Por ejemplo, no explican el Estado como una ordenación donde rige una distribución terminante de

valores, gracias a la institucionalización del uso de la fuerza, tampoco han permitido sistematizar los escenarios políticos ni ofrecen comparabilidad entre lugares o momentos y finalmente llegan a conclusiones matemáticas insignificantes o fragmentarias.

No hay que olvidar que el avance de los grupos está vinculado a la defensa de los derechos civiles, ambientales, de la mujer, los hombres y de todo tipo de causas como pacifistas o antirracismo.

2.6 El nuevo institucionalismo

Douglas North, en particular, impulsó lo que se ha llamado el neoinstitucionalismo en compañía de un profuso número de autores como Elinor Ostrom, Robert Putnam, Robert Bates, y Maragret Levi. North define las instituciones como las reglas formales e informales que gobiernan el comportamiento económico y social y que reflejan la historia y cultura de los países (North, 1990). Bajo su punto de vista, el buen funcionamiento del Estado y la sociedad son posibles gracias al logro de instituciones y reglas adecuadas en un conjunto armonioso de sociedades e individuos que las respetan.

Carol Graham y Moisés Naim hicieron una revisión amplia hasta 1997 de esta corriente (Graham y Naim, 1997), discutiendo cómo la reforma del Estado y, en particular, las reformas de salud y educación tienen que confluir en el fortalecimiento de las instituciones y no solo en la adopción de un modelo económico. Proponen tres tipos básicos de defectos institucionales, *las fallas de congestión*, instituciones abarrotadas, siempre carentes de recursos, incapaces de resolver las demandas de la sociedad; *las fallas de origen político* como la captura del Estado por parte de sindicatos, grupos de presión y gremios que drenan los recursos públicos a su favor. Finalmente presentan *las fallas sistémicas o de or-*

ganización, o la exagerada intervención en las instituciones de gobierno, la burocratización, bajos salarios y falta de tecnología.

Aunque el nuevo institucionalismo ha tenido gran acogida, acusa una cierta forma de ingenuidad: parece ser una presentación nueva del viejo institucionalismo, basado en la economía neoclásica. Sabiéndolo algunos autores lo exhiben como una fatalidad, una predestinación, la única alternativa frente a la mirada equivocada de muchos economistas que añoran volver al Estado como solución a los problemas del subdesarrollo (Kalmanovitz; 2004). Pero eso no evita que sea una nueva acometida de la visión neoclásica de los mercados perfectos que cumple requisitos teóricos de competencia perfecta y eficiencia, que hoy sabemos, no se cumplen (Kalmanovitz, 2003). Es decir, desde la mirada de los grupos, la perspectiva neoinstitucional puede compararse con la primera postura de los pluralistas, dibujando un escenario competitivo de actores relativamente iguales con acceso a la agenda pública, en donde quien triunfa es el mejor y no el más fuerte.

2.7 Grupos de interés y políticas públicas

Los grupos de interés ejercen un papel fundamental en la formación de la política pública. Como la ciudadanía tiene pocos recursos para inscribir sus problemas ante las corporaciones públicas, debe recurrir a las élites o a los grupos de presión. Éstos no solo presentan a consideración y negocian los problemas de la ciudadanía, también se encargan de vigilar que el Ejecutivo los cumpla. Pese a ello, esta abogacía conlleva riesgos y distorsiones.

Aprovechando su abogacía, los grupos de interés encaminan sus prioridades como necesidades de la sociedad en general, procurando que con recursos públicos se defiendan sus prerrogativas. La participación en el ré-



gimen de gobierno y el acceso a determinadas posiciones del Ejecutivo serán por tanto un factor determinante de éxito, de la misma manera que el logro de pactos o negociaciones en donde el gobierno tiene que consultarles para decidir.

De las políticas públicas, por su lado, se dice que se forman. Surgen de interacciones entre diferentes actores porque son pretendientes de la agenda y los bienes públicos, a medida que representan asociaciones, grupos de personas o simplemente porque son portadores de distintos puntos de vista. Los problemas se deben “formar”, se deben construir simbólicamente y en el imaginario social en la medida en que se discuten y se elaboran, se racionalizan y negocian. En la formación de los problemas intervienen los grupos de interesados, la población y diversas organizaciones asociativas, empresariales o políticas, tratando de acceder a los recursos públicos.

Una vez que las políticas públicas son imbuidas de legalidad pasan al gobierno ejecutivo y los funcionarios del mismo, para que su ejecución sea planificada y se les asignen recursos. Sin embargo, en manos de los “técnicos” los problemas deben ser reinterpretados, quedando sujetos a nuevas comprensiones y oposiciones, por lo que pueden ser ignorados, postergados o distorsionados. Estos pasos no ocurren de manera sucesiva, ni se diferencian con nitidez unos de otros. Con frecuencia los problemas avanzan y retroceden o se cumplen varios pasos de manera simultánea.

3. Los pluralismos: ¿amenaza de la sociedad y el Estado democrático?

Se supone la nueva condición de un Estado pequeño y desburocratizado, que debe ser más fuerte. Sin embargo esta expectativa es un gran interrogante si se debe intercalar con grupos de presión cada vez más vigorosos.

Por otra parte, mientras se espera una sociedad activa, civil, que ejerza control social y participe del régimen de gobierno (Klinsberg, 1997), lo que se revela son grandes inequidades y silencios. Incluso en países ricos como Estados Unidos algunos autores llaman la atención sobre condiciones cada vez menos propicias de participación.

Sobre estos elementos converge la influencia de las políticas multilaterales y la globalización (Williamson, 2000). Luis Jorge Garay explica este cambio:

La acción de estas fuerzas ha exigido una nueva definición del papel del Estado, diferente a la que prevaleció durante el siglo XX, principalmente por la erosión del concepto de soberanía nacional al iniciarse el desplazamiento desde el Estado-nación hacia instancias supranacionales, del centro de decisiones referidas a un conjunto cada vez más amplio de temas (Garay, 1999:38).

4. Los grupos de interés y el análisis comparado de sistemas de salud

Para entender la importancia de los grupos de interés en salud, es necesario distinguir si la dificultad de los países radica en encontrar un modelo bien diseñado o si por el contrario se trata de alcanzar una decisión pública que fije una organización justa y eficiente.

Si se parte de la idea que la creación de un sistema de salud³ es ante todo el logro de una decisión pública (política pública), reconociendo que la salud debe ser regida y organizada por el Estado, la participación de los

³ Dadas las innumerables fallas del mercado para un bien, que como la salud, es meritorio.

grupos de interés será esencial. También se vería porque estos grupos han sido activos en las reformas de los sistemas de salud, en momentos en los que el gasto creciente en el producto interno bruto ejerce gran atracción.

Aunque el análisis comparado de sistemas de salud sigue siendo útil, los sectores como sistemas son un concepto cada vez más borroso. En lugar de un continente organizado de instituciones y organizaciones, se trata de conjuntos caóticos e inconexos, que no cumplen con las condiciones esenciales que define un sistema (Murray y Evans, 2000), carecen de elementos especializados e integrados para el logro de un objetivo, de límites claros y de mecanismos homeostáticos. Por otro lado, aunque deben producir salud y equidad, estas finalidades no se verifican y ni siquiera existe un acuerdo técnico sobre la forma como deben evaluarse los sectores de salud (McKee, 2001).

Los sectores de salud tampoco están organizados ni funcionan como compañías. Son formaciones públicas, embebidas en la problemática y las tensiones sociales reinantes. De otra manera no podría explicarse, por ejemplo, que numerosos países hagan grandes inversiones en servicios injustificados, sin alcanzar indicadores de salud comparables a los de países similares. Así mismo, que no incorporen medidas tecnológicas ampliamente conocidas, baratas y a su alcance (WHO, 2000). Por su naturaleza política, negociada, el resultado de los sistemas de salud no resulta necesariamente equitativo o técnicamente satisfactorio. La existencia de rivalidades por los bienes públicos es una realidad tan constante y determinante de la salud como la de los agentes etiológicos de las enfermedades. Así como el conflicto es una característica omnipresente de las sociedades, que les permite transformarse, los “sistemas de salud” viven en conflicto.

Hay que agregar algunos aspectos citados por Iván Ilich y Michel Foucault sobre la medicalización de la sociedad o el uso de la medicina como instrumento de poder (Ilich, 1976; Foucault, 1976). Los sistemas de salud acogen conceptos de prestación curativos y comerciales, contrarios a la salud. Otras veces los objetivos de los sindicatos y los gremios médicos se alcanzan en contradicción con el acceso a los servicios de salud.

5. Reformas y grupos de interesados

El papel de los grupos de interés en las reformas de salud latinoamericanas es hasta ahora relativamente desconocido. A los grupos tampoco les gusta ser observados, haciendo del análisis una tarea sumamente difícil. En muchos casos la verdadera participación de interesados en las reformas nunca será conocida. Tampoco existen en la tradición latinoamericana suficientes estudios de caso sobre grupos de interés, en un escenario en donde predomina el enfoque descriptivo al interpretativo o una visión del Estado como sinónimo de gobierno o instituciones públicas, dándole un papel secundario a la sociedad.

Entre la literatura disponible sobre sistemas de salud y política debe destacarse la documentación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la organización Panamericana de la Salud (OPS) y la iniciativa para América Latina y el Caribe –LACHSR. Se concentra el mapeo de actores o los análisis de involucrados como mecanismos de conducción de las reformas, necesarios para superar los grupos de interés o conseguir su apoyo. Son metodologías a veces mecánicas, que explican como lograr los fines (hacer la reforma) pero que no preguntan por los resultados, ni la garantía de medios democráticos o el logro de mejores estándares de



salud (Bossert, 2000; Shmeer, 2000; De Sebastián, 2000). También se presentan algunos estudios al revisar la implantación de las reformas, sabiendo de antemano que son propuestas de ajuste prediseñadas, viabilizadas en países como Colombia gracias a que la elite técnica tuvo el apoyo de los funcionarios correctos en el Ministerio de Hacienda y de la tecnocracia internacional (González y Mogollón, 2002). Es posible así mismo encontrar abundante literatura de participación y descentralización, no obstante, en general estas revisiones relegan el papel de los grupos de interés y asociación.

Para la mayoría de los países latinoamericanos los ochenta no sólo coincidieron en las reformas de salud, esta década también dio inicio al intento de construir la democracia saliendo de las dictaduras militares; o de otro modo, de edificar el Estado a partir de la sociedad y no al revés (Marín, 2000), buscando en ella y en sus componentes el origen de la institucionalidad y la forma de establecer un régimen de gobierno plural.

Sobre Estados Unidos existen cuantiosos estudios de caso sobre los grupos de presión. Sobresale el intento fallido de reforma del presidente Bill Clinton, revisado por varias universidades y por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Sobre este mismo país también existen numerosos estudios de caso dedicados a la influencia de las multinacionales de medicamentos, al control del consumo de tabaco y al cabildeo en el legislativo.

Inglaterra es otro ejemplo paradigmático sobre la influencia de los grupos de presión, estudiando su papel a lo largo de la conformación de su sistema de salud, incluyendo la etapa más reciente, en la que Margaret Thatcher y John Major introdujeron medidas de mercado (Propper, Burgess y Gossage, 2003), luego revertidas por el gobierno

laborista de Tony Blair, pero que este mismo parece estar introduciendo de nuevo en su último gobierno.

La enorme participación de la clase obrera y su acción en dos grandes guerras permitió la creación en Inglaterra y Gales de un sistema de salud jerárquico y con servicios prestados de forma georreferenciada por niveles de atención. El sistema inglés se conformó a partir de los hospitales locales y de caridad, con el auge terapéutico de la medicina positivista, en la medida en que la aceptación y las demandas crecientes de diferentes segmentos de la sociedad por esos servicios los hacían indispensables como un instrumento de legitimidad del Estado. El sistema de salud transita dentro de cierta austeridad, gracias a un concepto de Estado centralista, y a la tradición de los hospitales de caridad y locales con un nivel elevado de médicos pero no de camas hospitalarias. La consolidación del Sistema nacional de salud se logra gracias a varias coyunturas, especialmente la guerra, que facilita la pérdida de la autonomía local y al final la subordinación al sistema con la ayuda de la complejidad creciente de la medicina y el apoyo de los gremios médicos.

En el caso norteamericano el desarrollo de la organización es diferente, debido a la participación de los fondos provistos por la fundación Rockefeller que estimularon en la medicina las modalidades de estudio presencial y la especialización, complementada con la creación de centros de excelencia. Este enfoque condujo a la especialización y el encadenamiento de los médicos por jerarquías especializadas y su separación de los hospitales. El enriquecimiento de los médicos que les permite un estatus económico privilegiado conduce a una postura conservadora que se hace más evidente en el comportamiento de sus gremios y a la oposición al aseguramiento. Explica porque en Estados Unidos el sector se organizó con jerar-

quías entre generalistas y especialistas sin que existiera, por lo menos al principio, una vinculación territorial que luego se consolidó por Estados y localidades, gravitando alrededor de los hospitales.

En oposición al enfoque británico surgió el concepto especializado y fragmentado de Estados Unidos de los seguros voluntarios a partir de las empresas, los obreros y las compañías de seguros, como alternativa asociativa de defensa frente a los costos. La Asociación Médica Americana (AMA) logra oponerse a su desarrollo, no obstante la presión de los costos.

En América Latina el papel de los grupos de presión y la creación de los sistemas de salud muestra similitudes y diferencias visibles entre sus países. Su desarrollo industrial es heterogéneo, dándole cabida discreta o muy importante a los sindicatos y los trabajadores como actor político. La urbanización por su lado, aunque es una tendencia continental, ocurrió en momentos diferentes. Estos dos criterios combinados permitirían incluir en países con mayor industrialización a Brasil, México, y Argentina. Por su importancia deben analizarse en términos comparativos ya que demuestran acciones corporativas y gremiales muy fuertes. Tiene por tanto lo que se ha llamado el corporativismo o la participación de grupos de presión mucha importancia en México, Argentina y Brasil. También pueden compararse, con mediana industrialización Chile, Colombia y Venezuela, dejando el resto de los países en un paquete con mínimo nivel de industrialización. Esto quiere decir sindicatos y clases obreras más o menos activas.

Otro rasgo importante es la existencia de grupos étnicos o indígenas, que constituyen *grupos de intereses no asociativos* a veces vigorosos, presentes sobre todo en los países andinos y centroamericanos. También la ocu-

rrencia de fenómenos como la colonización interna, dando lugar a fracciones sociales marginales asociadas como en Colombia y Bolivia a los cultivos ilícitos y a zonas de relativa impunidad o mínima influencia del Estado.

Un elemento importante para entender las primeras reformas de salud es la influencia de Estados Unidos y la dependencia de políticas multilaterales, impulsadas para 1965 en América Latina, en el contexto de la guerra fría y la creación del Plan decenal de salud pública que emerge de la Alianza para el Progreso (Natsios, 2002). Ha de agregarse que en aquella época la mayoría de los países estaban gobernados por dictaduras militares, lo que en conjunto explica el resultado de propuestas de gobierno para el sector de la salud a la manera de “sistemas”, claramente definidos y reglados, manejados en forma vertical, iguales para todos los países.

La presencia de las dictaduras militares le dio un papel muy importante a los sindicatos o a los grupos de interés, según cada país, porque estas estructuras requieren el apoyo de los gremios económicos o los sindicatos para estabilizarse. Aunque en Brasil los sindicatos desempeñaron un papel primordial para afianzar el régimen hasta los sesenta y en la presidencia de Getulio Vargas, esto sólo sería cierto hasta los setenta durante el “Gobierno Nuevo”. A partir de esta década el régimen prescindió del apoyo de los sindicatos para quedarse con el de los gremios económicos, calculando que la legitimidad la proporcionaba más el éxito económico que el apoyo de los trabajadores. Esta decisión también puede señalar la necesidad del régimen de legitimarse internamente, en un país que debió luchar con las fuerzas centrifugas de las oligarquías y los poderes territoriales para consolidarse en Estadonación (Marqués Pereira y Theret, 2004). Estas tensiones impulsarán la constitución del sistema unificado de salud SUS como un concepto descentralizado territorialmente.



En México en lugar de dictadura se encuentra el predominio de un solo partido, el PRI, desde 1929 hasta 2000. Gracias a la revolución porfirista las bases sindicales están garantizadas; gobierno y sindicatos son como una misma cosa, alianza que según muchos implica la inmovilidad de un gobierno capturado internamente (Williamson, 2000). La necesidad de legitimación del país se hace hacia fuera, dada la enorme influencia regional de Estados Unidos y la adhesión al Nafta, en el que México es el país más débil. Este conjunto de fuerzas ha hecho que el sistema de salud mexicano sea prácticamente estático y que sus reformas se hagan pausadamente, incluso durante el gobierno del presidente Vicente Fox.

Argentina desarrolló tempranamente el aseguramiento bajo la figura de mutualidades y seguros voluntarios denominados obras sociales. Un concepto cruzado por el desarrollo de diferentes grupos económicos poderosos y una clase médica que se opone a las reformas (Ramírez, 2003). Durante las últimas décadas se han proyectado varias iniciativas para reformar el sistema de salud, infructuosas por la incapacidad de unificar el sistema de salud.

En Colombia y Chile ocurre algo diferente. Los sindicatos de trabajadores tuvieron importancia durante entre los treinta y los setenta, en compañía de los gremios cafetero y mineros. La legitimidad del Estado se construyó bajo el enfoque corporativista a principios del siglo XX, siguiendo el ejemplo europeo, dando a estos grupos un papel importante como sustento del gobierno. Luego ambos países fueron construyendo la legitimidad del Estado sobre los hombros de los indicadores económicos y el equilibrio macroeconómico como la medida de éxito del país, excluyendo a los sindicatos de trabajadores. La debilidad de los sindicatos y un horizonte discreto de industrialización no

eran un obstáculo muy grande para acometer tales reformas.

A partir de los ochentas los cambios avanzan sobre una nueva plataforma política: el Consenso de Washington, en un segundo ciclo que revalúa los sistemas nacionales de salud creados durante los años sesenta y setenta, altamente estatizados. El escenario había cambiado de la guerra fría, del mundo dividido entre ricos y pobres, capitalitas y comunistas, al de ricos y pobres conteniendo en un ámbito esencialmente capitalista que se orienta hacia la globalización comercial y financiera, pero sin impulsar la construcción de un estado mundial de bienestar. Se aplica indistintamente a los países más pobres el diagnóstico general de la crisis del Estado de bienestar, a pesar que éste concepto corresponde mejor a la situación norteamericana y europea de los años setenta (Fleury, 2000), dejando los problemas de la inequidad como un asunto marginal.

Se considera que el Estado en cuanto a gobierno es demasiado grande e ineficiente. La “fordización” de la producción, que estuvo en boga a principios del siglo XX pierde su sentido (Jessop, 1999). Los inversionistas y los particulares adquieren mayor importancia y prestigio, el “gerente” surge como figura alabada, como cura a la corrupción y la burocracia instalada en el Estado. Del sector empresarial se espera más que el pago de sus impuestos. Se le encomienda el empleo, la administración transparente de los servicios públicos y la revitalización de la participación como actor político a través de los gremios y los grupos de interés.

La situación no deja de tener un cierto romanticismo, en ausencia de ciudadanos “empoderados” habilitados económicamente, capacitados para intervenir y velar por la agenda pública y los intereses generales. La debilidad de la participación ciudadana y la democracia en los países subdesarrollados se

convierte en un vacío ocupado por los grupos económicos y de presión, las asociaciones de profesionales y los sindicatos. A la población le queda como vía efectiva de participación elegir una aseguradora o una empresa a la cual afiliarse. Eso recuerda el temor de Alexis de Tocqueville de «tanta democracia» que es amenaza de anarquía y obstáculo para la gestión” (Tocqueville, citado por Bobbio, 1989).

6. La rectoría y las reformas del nuevo contexto

La transformación de los sistemas de salud hacia esquemas contractuales en donde el Estado va tomando un papel arbitral, apartándose de la prestación y el aseguramiento para delegarlo en compañías privadas, ha dado lugar a un nuevo escenario político. Se impone la necesidad de un gobierno más fuerte y mejor informado y de un mayor control social, verificable en una sociedad civil más activa.

En respuesta a estas inquietudes se viene insistiendo en el concepto de “rectoría” para designar las funciones de gobierno del sector. Se define de varias maneras, enfatizando en el cumplimiento voluntario de principios morales y normas como “el cumplimiento desinteresado de un deber por parte de los poderes públicos y/o sus agentes en nombre de un superior” (Marín, 2000 : 21-34) o como “El propósito y la habilidad de los administradores públicos para ser efectivos y éticos en el cumplimiento de los fines de la república” (Saltman, 2000 : 733-734); perspectiva que mantiene un nítido corte neoinstitucionalista.

En el sexto capítulo del Informe anual del 2000 la OMS condensa su visión de la rectoría, de los problemas que aquejan la conducción del sector y la manera de hacer un mejor gobierno. Resume que los países sufren de i)

miopía, los gobiernos ceden a presiones y prioridades de corto plazo, ii) ceguera, los gobiernos se hacen “*la vista gorda*” ante la corrupción y la influencia de diferentes interesados en contra del bien público. Como solución se presenta un esquema neoinstitucionalista: hacer respetar las reglas, enfatizando en i) revisar en que áreas se debe delegar al sector privado y en cuales no porque la inversión privada también trae presiones en defensa de su negocio; ii) el fortalecimiento de gobierno requiere recursos y tecnología; no se puede introducir la competencia ni llamar a los inversionistas careciendo de voluntad para invertir en un mejor gobierno; iii) la competencia y la participación de organizaciones públicas en el mercado mejoran la transparencia y la eficiencia; iv) la regulación requiere de diálogo; v) la inteligencia y las buenas decisiones demandan recursos e inversiones en tecnología.

Luego y a través de todos su contenido, el informe de la OMS demuestra gran preocupación por el cuidado del bien público. No es para menos. La defensa de la rectoría en estos términos arbitrales puede ser insuficiente, porque como se ha dicho del neoinstitucionalismo lo que hace es reeditar la tesis de los mercados perfectos, que se regulan sólo por virtud de la competencia sin la intervención del Estado o de la sociedad organizada. Es en este momento en el que “*la lógica de la acción colectiva*” no puede olvidarse.

Aunque la tesis de Mancur Olson sobre los seres humanos como individuos racionales sea cuestionable, no carece de realidad. Su opinión sobre los incentivos y conductas que impone el mercado debe ser tenida en cuenta. Cuando los sistemas de salud se organizan con incentivos de mercado no puede esperarse que los actores obren por fuera de estas reglas, porque su cumplimiento es el que concreta la supervivencia de las organizaciones.



Existe por tanto en la perspectiva de la OMS cierta contradicción; la de señalar a los países por su miopía e ineficiencia, pasando por alto que detrás de esos perfiles se oculta la fricción entre diferentes grupos de interesados, nacionales y extranjeros, en procura de sus prioridades. Estos mismos agentes, inducidos a esquemas de mercado y fortalecidos gracias a que se hacen delegatarios de funciones públicas actuarán con mayor energía frente a gobiernos cada vez más débiles, e influenciados por los grupos económicos.

7. La necesidad de nuevo conocimiento

Las reformas de salud de los ochenta y noventa, y el nuevo contexto político nutrido por todos los elementos que se han expuesto exigen herramientas analíticas y prácticas adicionales. La epidemiología y la administración carecen de elementos conceptuales para alcanzar el análisis político que subyace a la aparente irracionalidad de los sistemas de salud. Esta situación también recuerda lo que se ha llamado «la crisis de la salud pública» hace más de dos décadas, como cuerpo de conocimiento y campo de acción (Ferreira, 1992), (Guerra de Macedo, 1992). Puesto que el alcance de sus objetivos transita por la agenda pública y el debate del poder, mientras permanezca refugiada en la teoría y el saber, se mantendrá en dificultad. El papel de los salubristas o los dirigentes como sujetos técnicos, alejados de la clase política, refugiados en el discurso epidemiológico tal como permanecen separado el médico del paciente, está en crisis.

La economía por su lado, aún no resuelve los problemas de interpretación. No es posible delimitar lo que el «conflicto» representa dentro de la «competencia», del mismo modo que el precio no es el que mejor define la asignación de valores en este caso. Es

interesante ver, por ejemplo, como se viene cuestionando la enorme ilusión que se puso en indicadores complejos como los Dalys y Qalys⁴ (Williams, 1996) para resolver los problemas éticos y distributivos de recursos del sector. Estas distorsiones también se valen del relato matemático como recurso para afirmar decisiones, aprovechando que esta ciencia aparenta ser un instrumento imparcial y certero. Lowi comenta sobre el discurso matemático para justificar lo que está definido por intereses

El uso del análisis económico para terminar los debates fue abrazado por los republicanos una vez que aprendieron que este análisis podía ser empleado efectivamente por republicanos y demócratas (...) Pero tengo que confesar que tanto los demócratas como los republicanos son más listos que los científicos (politólogos) porque ellos toman esta baratija como armamento y nosotros como ciencia (Lowi, 1992:6).

Conclusión

La interpretación de la sociedad a partir de la mecánica de grupos de interesados y asociados surge como una alternativa de análisis y decisión política, que enriquece la visión de los sistemas de salud y sus reformas⁵.

Hace 25 años se viene insistiendo en reformas del Estado introduciendo mecanismos de mercado para los sectores sociales, educación y salud. Esta tendencia, que asigna al

⁴ En Colombia llamados Avisas.

⁵ Comenta el profesor Bossert de la Universidad de Harvard y coordinador del equipo técnico que orientó la reforma colombiana en 1995: “El contenido de un plan de reforma puede ser árido y técnico, haciéndolo difícil de entender por el ciudadano” y sigue: “Por ejemplo (los) reformadores deben estar conscientes de que el uso de información altamente especializada y conocimientos técnicos en estos paquetes es una estrategia de negociación de por sí” (Bossert, 2000).

gobierno una función arbitral y fortalece el mercado, le ofrece ventajas a los grupos institucionalizados para participar en el reparto de valores de la sociedad. Aunque se espera que el papel de los grupos de presión poderosos, se alinee en procura del bien general y no del particular gracias al contrapeso de la ciudadanía, la opinión pública y los grupos asociativos, esta idea es sólo una ficción. Las sociedades latinoamericanas no están organizadas, del mismo modo que existen extensos sectores marginados.

En sintonía con estos principios reformadores se viene proponiendo la reorganización de los países dando a las instancias de salud el papel de “rectoría”, sin embargo, debilidad y el desequilibrio manifiesto de recursos de poder entre los interventores deben servirnos para ver que el desenlace de esta disparidad será negativo para los países, y que en frente de este desequilibrio los gobiernos «neutrales» pueden ser equivocados. La organización de la sociedad en pequeños grupos de interesados, poderosos y organizados para ejercer el poder y la influencia pone en desventaja al resto de la ciudadanía.

En resumen, se desarrolla un nuevo orden social, permeado por grupos de interés y asociación en pugna por los bienes públicos, que al mismo tiempo se presentan ante la sociedad como actores «no políticos» y por ello excluidos de la mirada y el control social.

La sociedad requiere de nuevas formas de participación, de gobierno y de control social. Existe un gran reto consistente en formar y desarrollar diferentes mecanismos de asociación de defensa de la sociedad y los derechos civiles, de grupos vulnerables y de control social. No cabe duda que el auge de estos grupos enriquece la democracia y puede generar mecanismos efectivos para contrarrestar el populismo o ejercer control social. Es decir que el apoyo a variados gru-

pos de intereses civiles será productivo; no obstante no puede esperarse que éstos compitan y reestablezcan el equilibrio en competencia con los grupos económicos e institucionalizados. ¿Estamos preparados para conocer y lidiar con este tipo de retos, velando por el bien general? ¿Lo estamos haciendo?

También hace 25 años se viene hablando de crisis en epidemiología y salud pública. Esta coyuntura revela problemas metodológicos para describir lo que ocurre con los sistemas de salud en varios sentidos, especialmente en el contexto político. Sin embargo, no se puede seguir tomando la epidemiología o la administración como refugio para evitar la política, porque las acciones humanas no son transparentes, ni carentes de intenciones.

Bibliografía

- Almeida, Celia. 2002. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cadernos de Saúde Pública*. Río de Janeiro. Julio-agosto. 18(4): 905-925.
- Anders, Anell; Michael, Willis. 2000. International comparison of health care systems using resource profiles. *Bulletin of the World Health Organization*. 78(6) : 770-778.
- Bobbio, Norberto. 1988. *Las ideologías y el poder en crisis*. Editorial Ariel. Barcelona: 12-13.
- Bobbio, Norberto. 1989. *Liberalismo y democracia*. Fondo de Cultura Económica. Santa Fe de Bogotá.
- Bossert, Thomas. 2000. Estrategias políticas en la reforma de salud. Algunos lineamientos. *En*: www.americas.health-sector-reform.org; Health Sector Reform Initiative Lachs, Policy Toolkit for Strengthening Health Sector Reform.
- Buchanan, JM. 1969. *Cost and choice, an inquiry in economic theory*. Chicago.
- Castoriadis, Cornelius. 1996. *El ascenso de la insignificancia*. Ediciones Cátedra. Madrid: 226.
- Cawson, Alan. 1989. *Democracy and de Capitalist State*. Cambridge University Press. Cambridge.



- Conferencia Interamericana de Seguridad Social (Ciess). 2004. *Informe anual sobre la seguridad social en las Américas 2005. Fragmentación y alternativas para aumentar la cobertura del seguro en salud*. México DF: 162-167.
- Dahrendorf, Ralf. 1993. *El conflicto social moderno*. Biblioteca Mondadori. Madrid.
- De Sebastián, Luis. 2000. Stakeholder Análisis. *En: www.iadb*.
- Drucker, Peter. 1989. *Las nuevas realidades*. Editorial Norma. Bogotá.
- Ferreira, José Roberto. 1992. El contexto, la crisis de la salud pública. Organización Panamericana de la Salud. *Publicación Científica 540*. Washington.
- Durkheim, Emili. 1893. La división del trabajo social. Vol. 1. *En: www.hipersociologia.org.ar/biblioteca/textos/#E*.
- Flcury, Sonia. 2000. *Reforma del Estado*. Banco Interamericano de Desarrollo, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social. *Diseño y Gerencia de Políticas Sociales*.
- Foucault, Michel. 1976. La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. *Educación Médica y Salud*. 10(2): 152-70.
- Garay, Luis Jorge. 1999. *Construcción de una nueva sociedad*. Tercer Mundo Editores. Bogotá. Diciembre: 38.
- Garay, Luis Jorge. 2000. *Ciudadanía, lo público, democracia, textos y notas*. Bogotá.
- Gómez Lobo, Alirio. 1996. *Régimen de partidos políticos y alternativas al sistema electoral. Modernidad, democracia y partidos políticos*. Fundación Friederich Eber de Colombia (Fescol) y (Fidec). Bogotá: 155.
- González, R; Mogollón, O. 2002. La reforma y su componente político: un análisis de factibilidad. *Gaceta Sanitaria*. 16 (1) : 39-47.
- Grant, Jordan, 1998. Politics with out parties:¿a growing trend? *Social Science Journal, Parliamentary Affairs*. Jul: 51,3:314
- Graham, Carol; Naim, Moisés. 1997. *La economía política de la reforma institucional de América Latina*. Fundación McArthur/BID: 15-17.
- Guerra de Macedo, Carlile. 1992. El contexto, la crisis de la salud pública. Organización Panamericana de la Salud. *Publicación Científica 540*. Washington.
- Hecló, Hugh. 2003. Is the Body Politic Dying? *A Review Essay Political Science Quarterly; Fall 2003*. 118, 3. Research Library Core: 491.
- Hernández, Mario. 2001. El enfoque sociopolítico de las reformas sanitarias en América Latina. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. Enero-junio. 19(1): 61.
- Ilich, Ivan. 1976. *Némesis médica: la expropiación de la salud*.
- Jessop, Bob. 1999. *La crisis del Estado de bienestar*. Siglo del Hombre Editores. Bogotá: 25 a 26.
- Jordan, Grant. 1998. Politics without parties: A growing trend?. *Social Science Journals, Parliamentary Affairs*. Jul. 51, 3: 314.
- Kalmanovitz, Salomón. 2003. *El neoinstitucionalismo como escuela*. Universidad Externado de Colombia. 5(artículo 9): 189-212.
- Kalmanovitz, Salomón. 2004. Las instituciones, la ley y el desarrollo económico en Colombia. *En: http://www.eumed.net/coursecon/ecolat/co/kalmanovitz_inst.htm*
- Klinsberg, Bernardo. 1997. *Repensando el Estado para el desarrollo social: más allá de dogmas y convencionalismos*. BID. Washington.
- Lowí, Theodore. 1964. American Business and Public Policy Case Studies an Political Theory. World Politics XVI:677-715.
- Lowí, Teodore. 1992. The State in Political Science: How We Become What We Study. *The American Political Science Review*. Mar 1992. 86, 1; Research Library Core: 6.
- Mann, Michael. 1991. *Las fuentes de poder social tomo I*. Madrid, Alianza: 14.
- Marín, José María. 2000. Fortalecimiento de la función rectora de las autoridades sanitarias en las reformas del sector de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*. Organización Panamericana de la Salud OPS, 8(1/2): 21-32.
- Marín, José María. 2000. Fortalecimiento de la función rectora de las autoridades sanitarias en la reformas del sector de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 8(1/2): 21-23.
- Marqués Pereira, Jaime; Theret, Bruno. 2004. *Mediaciones institucionales de regulación social y dinámicas macroeconómicas: los casos de Brasil y México*. Centro de Estudios Internacionales. Colegio de México, México DF: 41-102.
- McKee, Martin. 2001. Measuring the efficiency of health systems The World Health Report sets the agenda, but there's still a long way to go *British Medical Journal* 323:295-296 (11 August).
- Medina, Ignacio. 2005. El nuevo corporativismo espiral. Estudios sobre estado y sociedad. Vol. 1 No. 2 enero-abril. *En: www.publicacionescucush.udg.mx*
- Medina, Ignacio. 1995. Espiral. *Estudios sobre Estado y sociedad*. I(2). Enero-abril.
- Meynaud, Jean. 1958. Les groups de pression, France Paris, A. Colin.



- Molins, Joaquim. 1998. La teoría de grupos. *Universitat Autònoma de Barcelona. Working Paper*. (143). Barcelona.
- Murray, Christopher; Frenk, Julio. 2000. A Framework for assessing the performance of health systems. World Health Organization. *Bulletin* 78. (6): 717-731.
- Murray, L Christopher; Evans, David B. 2000. *Health Systems Performance Assessment: Goals, Framework and Overview*. World Health Organization. Geneva: 1-4.
- Murray, L Christopher. 2004. *Health Systems Performance Assessment: Goals, Framework and Overview*. World Health Organization. Geneva: 3.
- Natsios, Andrew S. 2002. Principios fundamentales del desarrollo. Washington DC. En: <http://bogota.usembassy.govwwwse121.shtml>
- Navarro, Vincente. 1989. Why Some Countries Have National Health Insurance, Others have National Health Services, and the U.S. Has Neither". *Social Science and Medicine*. 28(9): 887-98.
- North, Douglass C. 1990. *Institutions, Institutional Change and Institutional Economic Performance*. Cambridge, Cambridge University Press.
- North, Douglass C. 2000. La evolución histórica de las formas de gobierno. *Revista de Economía Institucional* (2) primer semestre de 2000. Universidad Externado de Colombia.
- Ocampo, Rigoberto (compilador). 1992. *Teoría del neocorporativismo*. Editorial de la Universidad de Guadalajara. Colección Laberinto de Cristal Guadalajara, Jal., México.
- Offerle, Michel. 2002. About some backwaters of the research on social movements. French contentious politics in perspectives Université de Paris I. Centre de Recherches Politiques de la Sorbonne et Laboratoire de Sciences sociales de l'Ecole Normale Supérieure. Ulm-Paris. En: http://crps.univ-paris1.fr/French_contentious_politics.pdf
- Olson, Mancur. 1992. *Diez textos básicos de la ciencia política*. Editorial Ariel. Barcelona: 203-220.
- Pasquino, Gianfranco. 1998. *Participación política, grupos y movimientos. Manual de Ciencia Política*. Madrid Alianza Editores: 198.
- Payne, Stanley. 1996. *El fascismo*. Altaya Editores. Madrid.
- Propper, Carol; Burgess, Simon; Gossage, Denise. 2003. "Competition and Quality: Evidence from the NHS Internal Market 1991-1999, CMPO". *Working Paper Series No. 03/077*. University of Bristol.
- Putnam, Robert. 2000. *Bowling Alone in America, The collapse and revival of the American Community*. New York.
- Ramírez, Hernán. 2003. Organizaciones Empresarias e Políticas Económicas Em Argentina E No Brasil, 1964-1996, (UNC-UFRGS). En: http://www.abphe.org.br/congresso2003/Textos/Abphe_2003_20.pdf
- Real Dato, José. 2002. Universidad de Granada. Comunicación presentada para el VII Congreso del CLAD, Lisboa. Octubre: 1.
- Saltman, B Richard; Ferroussier-Davies, Odile. 2000. The concept of Stewardship in Health Policy. World Health Organization. *Bulletin* 78(6): 733 a 734.
- Shonfield, Andrew. 1965. El capitalismo moderno. Fondo de cultura económico, Mexico.
- Schmeer, Kammi. 2000. Stakeholder Analysis Guidelines. Health Sector Reform Initiative Lachs. En: www.americas.health-sector-reform.org.
- Schmitter, Philippe C.; Streeck, Wolfgang; Lehbruch, Gerhard (coordinadores). 1992. *Neocorporativismo I. Más allá del Estado y del mercado*. Alianza Editorial. México, D.F: 141.
- Skocpol, Theda. 1996. Unravelling From Above. *The American Prospect*. 25 (March-April): 20-25.
- Skocpol, Theda. 2004. The Narrowing of Civic Life, By 2005 *The American Prospect*. En: <http://www.prospect.org>
- Tillal, Eldabi; Zahir, Irani; Ray, J Paul. 2002. A proposed approach for modeling health-care systems for understanding. *Journal of Management in Medicine*. 16, 2/3; ABI/inform Global: 170.
- Touraine, Alain. 2000. *Crítica de la modernidad*. Fondo de Cultura Económica. Santa Fe de Bogotá.
- Williams, Alan. 1996. Qalys and ethics: A health economist's perspective. *Social Science & Medicine*. 43, Issue 12, December: 1795-1804.
- Willison, J. 2000. What Washington Means by Policy Reform. *Speeches, Testimony, Papers*. Institute for International Economics, Washington D.C.
- World Health Report Who. 2000. *Health Systems: Improving Performance. Why do Health Systems Matter?* Geneva: 119-141.

