



mundosplurales

Revista Latinoamericana de Políticas y Acción Pública
Volumen 2, Número 2 - noviembre 2015



FLACSO
ECUADOR



mundosplurales

Revista Latinoamericana de Políticas y Acción Pública

Volumen 2, Número 2, noviembre 2015

Editores

Betty Espinosa (FLACSO Ecuador)

André-Noël Roth (Universidad Nacional de Colombia)

William F. Waters (Universidad San Francisco de Quito, Ecuador)

Comité Editorial

Renato Dagnino (Universidad de Campinas)

Ana María Goetschel (FLACSO Ecuador)

Gloria Molina (Universidad de Antioquia)

Michael Uzendoski (FLACSO Ecuador)

Thomas Périlleux (Universidad de Lovaina)

David Post (Pennsylvania State University)

Comité Asesor Internacional

Jean De Munck (Universidad de Lovaina)

Leopoldo Múnera (Universidad Nacional de Colombia)

Robert Cobbaut (Universidad de Lovaina)

Javier Roiz (Universidad Complutense de Madrid)

Rolando Franco (FLACSO Chile)

Cuidado de la edición: Verónica Puruncajas

Diseño y diagramación: FLACSO Ecuador

Imprenta: Editorial Ecuador

© De la presente edición

FLACSO Ecuador

La Pradera E7-174 y Diego de Almagro

Quito, Ecuador

Tel.: (593-2) 294 6800

Fax: (593-2) 294 6803

www.flacso.edu.ec

ISSN: 1390-9193

Quito, Ecuador 2015

1ª. edición: noviembre 2015



mundosplurales

Revista Latinoamericana de Políticas y Acción Pública
Volumen 2, Número 2 - noviembre 2015

Índice

Introducción 5-6

Artículos

Contra el espacio: lugar, movimiento, conocimiento 9-26

Tim Ingold

Resignificación del desempleo en la política social argentina frente al quiebre de la hegemonía neoliberal 27-49

Giuseppe M. Messina

Ideas, discurso y proceso de reforma en el sector salud. Colombia y Ecuador en perspectiva comparada 51-69

Yudi Marlen Buitrago

Flujos de Ingovernabilidad, Don y Derecho Alter-Nativo71-92

Mario Madroñero

Diálogo

Debates actuales y perspectivas sobre las políticas sociales en América Latina
Entrevista con Rolando Franco 95-104

Por: Ana María Larrea, Freddy Hernández, Jairo Rivera, Manuel Mera, Vinicio Arcos

Reseñas

Analyzing Public Policy
Por Peter John 107-109

Juan Guillermo Vieira Silva

Desarrollo y Libertad

Sen, Amartya 110-112

Jairo Rivera

Las esferas de la justicia: una defensa al pluralismo y la igualdad

Walzer, Michael 113-115

Ana María Larrea Maldonado

Política editorial..... 117-122

Ideas, discurso y proceso de reforma en el sector salud. Colombia y Ecuador en perspectiva comparada

Ideas, discourse, and process of health sector reform: Colombia and Ecuador in a comparative perspective

Yudi Marlen Buitrago*

Resumen

En el campo de la política comparada ha surgido un creciente interés en analizar el rol de las ideas y el discurso en la transformación de la política pública, no obstante, aún existe bastante controversia sobre cómo y bajo qué condiciones estos dos factores influyen en el cambio de las políticas públicas. En el documento se examinan los casos de Colombia y Ecuador, en referencia al éxito del caso colombiano para lograr la reforma de la salud a través de la Ley 100 de 1993, y se contrasta con el caso ecuatoriano, en cuyo caso durante el periodo de 1992-1997 se intentó concretar sin éxito la reforma. Ambos casos contribuyen a revelar cómo el rol del discurso y de las ideas, en combinación con factores institucionales, son determinantes en el proceso de reforma, a través de diversos mecanismos como la construcción de un imperativo de reforma, el discurso coordinativo y comunicativo, y el contenido normativo y cognitivo. En Colombia, la conformación de una fuerte coalición pro-reforma, junto con un consistente discurso coordinativo y comunicativo lograron enfatizar la necesidad del cambio; mientras en Ecuador, las entidades gubernamentales no lograron consensos, ni construir un contenido cognitivo y normativo convincente.

Palabras claves: Discurso político, ideas, instituciones, reforma, políticas públicas de salud.

Abstract

In the field of comparative public policy, there has been growing interest in exploring the role of ideas and discourse on the transformation of public policy. Nevertheless, there is still quite a bit of controversy about how and under what conditions these two factors influence the change of public policies. This paper focus on the cases of Colombia and Ecuador, with regard to the success of the Colombian case in achieving health reform through Law 100 of 1993 in contrast to Ecuador, where from 1992 to 1997 when attempts at reform we unsuccessful. Both cases contribute to an understanding of how the role of discourse and ideas, combined with institutional factors, are crucial to the reform process through various mechanisms such as path shaping, coordinative and communicative speech, and normative and cognitive content. In Colombia, the formation of a strong pro-reform coalition, along with a consistent coordinative and communicative discourse were able to emphasize the need for change while in Ecuador, different governmental agencies failed to achieve consensus of to build compelling cognitive and normative content.

Keys words: Political discourse, ideas, institutions, reform, public health policies.

* Magíster en Lingüística. Magíster en Política Social. Candidata a doctora en Ciencias Sociales con especialización en Estudios Políticos, FLACSO Ecuador. E-mail: marlenupn@gmail.com

Introducción

A inicios de la década de los noventa de manera más o menos generalizada, la mayoría de países latinoamericanos se embarcaron en la tarea de realizar numerosas reformas para modernizar el aparato estatal, agilizar la apertura económica y estar a tono con las demandas de la globalización y el equilibrio fiscal. Ecuador y Colombia también participaron con entusiasmo en este proceso, el cual incluía reformar los sistemas de seguridad social. Este documento busca aportar a la reflexión de cómo se llevó a cabo el proceso de formulación de las reformas en ambos países, específicamente en el campo de la salud, pero privilegiando las dimensiones discursivas e ideacionales, las cuales han sido poco abordadas en los análisis sobre las reformas de salud en la región. Cabe agregar que en términos de análisis comparativo resulta de gran interés contrastar la experiencia de Colombia y Ecuador, considerando que ambos países afrontaban los mismos retos en cuanto a la creación de una política de salud y contaban con una arquitectura institucional similar, pero el resultado al que finalmente llegaron fue muy diferente: Colombia a través de la Ley 100 concretó su reforma, mientras que Ecuador a pesar de muchos esfuerzos, no llegó a hacerlo¹. Así, cabe preguntarse ¿por qué en escenarios tan análogos en países vecinos, se dieron resultados divergentes? Se argumenta que Colombia logró consolidar la reforma de salud², gracias a tres factores ideacionales-discursivos que están íntimamente interrelacionados: a) El proceso ideacional denominado “path shaping” o construcción de imperativo de reforma, el cual se basa en el uso discursivo de los gestores de cambio de políticas y de los líderes políticos para enmarcar el problema o el asunto de política pública, de manera que genere un amplio apoyo para las iniciativas de reforma (Cox, 2001). b) La construcción de un discurso coordinativo y comunicativo coherente (Schmidt, 2011). c) Y el lograr un contenido cognitivo y normativo convincente en la propuesta de reforma. Para realizar el análisis se acudió a textos mediáticos, pronunciamientos del gobierno, documentos oficiales que evidenciaran el debate y mostraran la posición de los actores que participaron en éste. En concreto, estos documentos fueron minutas del congreso, actas de sesiones, documentos admi-

1 Esto no significa de ningún modo que en Ecuador no se hayan dado importantes cambios en el sistema de salud, sino que se llevaron a cabo de diferente modo y no bajo la etiqueta de una “reforma”. Así, en Ecuador, además de la llamada “reforma silenciosa” (Echeverría, 2012), se promulgó La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (LOSNS) de 2002, y la Ley Orgánica de Salud (2006), además en los últimos años bajo el gobierno de Rafael Correa, el sector de salud se ha fortalecido política y económicamente.

2 Es importante resaltar que en este artículo no se asume la reforma como un bien en sí mismo, o como la única, necesaria e ideal manera de resolver los complejos problemas del sector salud, sino más bien, como una oportunidad de reinventar un rumbo para una política pública, que conlleva una profunda transformación de las formas de financiamiento, los roles institucionales, y el contrato social entre ciudadanos y el Estado.

nistrativos, borradores del proyecto de ley y contenido mediático. Asimismo, se acudió a literatura especializada que ha analizado previamente este proceso.

El artículo inicia planteando la base teórica del análisis, luego se realiza una breve descripción que contrasta las características entre ambos países, a continuación se describe cada caso con su correspondiente análisis basado en el discurso y las ideas. Se finaliza con algunas conclusiones que sintetizan los resultados.

Ideas y discurso en la reforma

Las ideas pueden definirse como cualquier cosa que los actores políticos le dicen a otro actor o al público, en sus esfuerzos para construir y legitimar sus programas de política pública (Schmidt, 2002) e influyen en el desarrollo de la política de tres modos: “Primero, ayudan a construir los problemas y las cuestiones que entran a la agenda política; Segundo, enmarcan los supuestos básicos que influyen en los contenidos de las propuestas de reformas; y Tercero, pueden actuar como herramientas discursivas que dan forma a los imperativos de reforma” (Béland 2009: 702). Las ideas pueden involucrar un contenido cognitivo o normativo: el cognitivo proporciona una guía para la acción política y sirve para justificar políticas y programas basados en la lógica del interés y la necesidad, así como la capacidad de resolver el problema; el aspecto normativo apela a los valores que resuenan con el público y sirve para legitimar las políticas en referencia a lo apropiado o adecuado, a menudo relacionado con filosofías públicas subyacentes (Schmidt, 2005).

En términos generales, existen tres líneas de investigación que señalan bajo qué condiciones las ideas pueden influir en los cambios de la política pública (Walsh, 2000). Según Walsh (2000), la primera corriente o el modelo del fracaso establece que los tomadores de decisión aprenden, adoptan e implementan nuevas ideas cuando las políticas públicas fracasan en alcanzar los objetivos deseados. El modelo del fracaso atribuye un rol importante a las ideas y al aprendizaje social en el cambio político. No obstante, reconocer que las políticas no cumplen los propósitos establecidos no es el único factor que condiciona la implementación de nuevas ideas. Desde la perspectiva de la construcción de un imperativo de reforma, se afirma que muchas instituciones disfuncionales persisten por largo tiempo, a pesar de sus evidentes deficiencias. Se trata de comprender que las instituciones no requieren o demandan ser reformadas, son las/los actores políticos los que deciden reformarlas de acuerdo a la percepción que tienen sobre éstas (Cox, 2001).

Lo anterior significa que las ideas no flotan alegremente, sino que están en la cabeza de los actores políticos, pues son quienes “llevan las ideas” (Schmidt, 2011).

Ahora bien, como afirma Vivien Schmidt (2011), la conexión entre ideas y acción colectiva no es muy clara, por ello, es necesario apelar al discurso como la conexión entre los agentes y la acción, es decir, las ideas transmitidas a través del discurso que lleva a la acción. Así, el discurso requiere que los actores políticos articulen, comuniquen, negocien y defiendan sus ideas, tanto ante sus colegas para persuadirlos de construir una coalición pro-reforma como al público en general para que se genere apoyo a la iniciativa.

En ese sentido, el proceso de transformación de las políticas públicas y la interacción discursiva pueden tener lugar en dos dominios de la esfera pública: la primera esfera de la política pública caracterizada por el *discurso coordinativo*, cuya característica principal es que se enuncia entre los actores políticos, para deliberar, argumentar, negociar y alcanzar acuerdos sobre las políticas; y la segunda esfera, *la comunicativa* se presenta entre los actores políticos y el público, con el fin de difundir, deliberar, convencer y legitimar aquellas políticas que desean implementar (Schmidt, 2011). El aspecto coordinativo del discurso se vincula a la formación de un lenguaje común por parte de la coalición o el grupo político, de tal forma que supere el escepticismo de los otros actores y logre persuadirlos de la importancia de la reforma. En la dimensión comunicativa, los actores a favor de la reforma deben crear un discurso que cambie el entendimiento colectivo sobre el problema; además, requiere una estrategia retórica que conecte la nueva propuesta con una estructura de valores existente, puesto que la reforma debe invocar alguna idea aceptada de legitimidad que facilite el cambio (Cox, 2001).

Además, la construcción del imperativo de cambio sirve como una causa para la reforma política, cuando los actores cambian el discurso conceptual en un área de la política y establecen nuevos terrenos para evaluar la legitimidad de las propuestas políticas. Por lo tanto, “las ideas expresadas como nuevos conceptos para legitimar políticas, funcionan como causas independientes de la reforma” (Cox, 2001: 474). A su vez, la construcción del imperativo de reforma puede ayudar a explicar patrones divergentes de reforma en países que deberían haber tenido cambios similares.

Lo anterior, se relaciona directamente con la segunda línea investigativa (Walsh, 2000) que apunta a que no basta el mérito intelectual para que prospere una idea, pues esta será acogida si tiene el apoyo de grupos poderosos o influyentes fuera del Estado o cuando cuente con un gran apoyo social generalizado. Se trata incluso de que una estupenda idea no puede materializarse cuando encuentra un alto grado de oposición, como ha sido el caso de la búsqueda de un sistema de salud universal en Estados Unidos. Así, una muy buena idea puede nunca llegar a ser implementada si entra en conflicto con grupos poderosos o no tiene buena acogida por la opinión

pública. Aquí se evidencia que el discurso comunicativo cumple un rol fundamental al legitimar ante la opinión pública la reforma.

En resumen, el aspecto discursivo es importante en el análisis de la reforma, y es de valor explicativo cuando contribuye a superar obstáculos institucionales para el cambio a través del discurso coordinativo y el comunicativo (Schmidt, 2002). Para Béland (2009), el discurso por sí solo no explica el cambio, más bien, se debe considerar su interacción con las instituciones, y la manera como impactan en la articulación de ideas. Por lo tanto, se argumenta en este documento que la contribución del discurso en una reforma exitosa es a través de la construcción del imperativo de reforma, el cual se logra a través de un vínculo estrecho entre el discurso coordinativo y comunicativo (Tsarouhas, 2011), y de consolidar un contenido cognitivo y normativo convincente. Con estas estrategias no se superan todos los obstáculos institucionales, pero los formuladores de políticas si consiguen aumentar sustancialmente sus posibilidades de formar un imperativo o una senda para la reforma (Tsarouhas, 2011).

Finalmente, la tercera línea se enfoca en la dimensión institucional, es decir, el grado de centralización existente sobre la toma de decisión o implementación de la política, puesto que numerosos *veto points* o autoridades pueden dificultar el consenso. Se trata entonces de que el resultado depende de la lucha de poder entre los actores o burocracias, las cuales tienen diversos intereses. Por lo tanto, una nueva idea es probable que sea implementada cuando es adoptada por el líder de una burocracia, que tiene una única autoridad sobre las políticas relevantes. Los tomadores de decisión de diversas agencias burocráticas pueden no acoger políticas a las que subyacen ideas que entran en conflicto con sus prioridades y objetivos misionales (Walsh, 2000). De manera inversa, los arreglos institucionales que difuminan o comparten la autoridad y el poder sobre diferentes burocracias pueden impedir la implementación de una nueva idea y deben llegar a coordinar sus acciones, lo cual evidencia una vez más la importancia del discurso coordinativo ya mencionado.

Ecuador y Colombia en perspectiva comparada

A inicios de la década de los noventa, Ecuador y Colombia venían de sufrir la crisis de la deuda, la cual fue aprovechada como la oportunidad para corregir los errores en la política económica suscitados en la región durante el desarrollismo de los 70. La falta de alternativas y la desesperación por lograr la estabilización económica y por conseguir crédito externo³, llevó a los dos países latinoamericanos a tratar de

3 Las instituciones financieras condicionaban los préstamos a la implementación de medidas de corte neoliberal, lo cual permite calificarlas como imposiciones, presiones o casi coacciones efectuadas sobre los países.

ejecutar un conjunto de cambios, que implementados en diverso grado, tiempo y modo de aplicación⁴, supusieron un giro hacia un modelo de tendencia neoliberal que acentuaba la importancia de la liberalización, la disciplina fiscal, la privatización y la reducción del Estado, en el marco de la globalización y la integración en el comercio mundial. En Colombia, en particular con el gobierno de Cesar Gaviria en 1990, se dio paso a un conjunto de reformas bajo el lema: “Apertura económica y modernización del Estado”, las cuales estaban orientadas a profundizar un proyecto liberalizador, que ya se venía implementando desde administraciones anteriores pero que llegó a su apogeo hasta los noventa.

De igual manera, Ecuador se vio obligado a efectuar ajustes estructurales que le permitieran seguir cumpliendo con sus pagos de la deuda, por lo cual, en los ochenta comenzó un recorrido con altibajos para aplicar el modelo neoliberal. Para inicios de los noventa bajo la presidencia de Sixto Duran Ballén, se buscó modernizar al Estado e impulsar las reformas neoliberales, como la liberalización del sistema financiero para el libre flujo de capitales y el establecimiento del CONAM (Consejo Nacional de Modernización) que buscaba avanzar en las privatizaciones y en la descentralización administrativa. No obstante, muchas de estas iniciativas no fueron materializadas por la oposición legislativa.

En cuanto al sistema de salud, ambos países compartían un sistema bastante similar caracterizado por una estructura tripartita: aseguramiento para asalariados, asistencia pública para el resto de la población y sistema privado para quien pudiera pagarlo. En Colombia, el aseguramiento lo brindaban instituciones como Cajanal, el Instituto de Seguros Sociales (ISS), fondos corporatistas para diversos grupos de empleados estatales (Fuerzas Armadas, Ecopetrol, magisterio, Banco de la República, etc.), y cubría aproximadamente el 18% de la población. Por su parte, el sector médico privado a través de planes de prepago o consultas privadas con pagos de bolsillo, cubría al 17% de la población. Y finalmente, el Ministerio de Salud que contaba con una red hospitalaria pública que cubría al 40% de la población. En resumen, a inicios de los noventa, el panorama del sistema de salud colombiano era el siguiente:

- a) Se caracterizaba por ser un sistema altamente fragmentado, pues existían más de mil instituciones diferentes con funciones de aseguramiento.
- b) Los niveles de cobertura eran muy bajos, pues el sistema de aseguramiento cubría solo a un 18% de la población, la red hospitalaria del Ministerio de Salud cubría solo un 40% de la población restante, y el sector privado atendía un 17%, por lo cual un 25% no tenía acceso a los servicios de salud (Ministerio de Salud, 1994).

4 Según Peter Kingstone, esto dificulta evaluar el impacto de las políticas neoliberales, puesto que no es posible hacer generalizaciones, dado que hay bastante variación en su aplicación de acuerdo a cada país y época.

- c) El sistema de aseguramiento colombiano “estaba basado en la diferenciación de estatus (de tipo corporativista) en el cual algunos grupos de presión se habían abrogado una serie de jugosos beneficios negados al resto de la población” (Lamprea, 2011: 11), por lo tanto se manifestaba una evidente desigualdad.
- d) Existía un déficit financiero preocupante (Mesa Lago, 1994), por lo cual, se encendieron las alarmas al inicio de la década de los noventa, señalando que el sistema estaba próximo a quebrar.

Por su parte, Ecuador también tenía un subsector de aseguramiento a través del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISPOL) y otros seguros privados, la cobertura de este subsector llegaba al 20%. Por su parte, la asistencia pública de la mano del Ministerio de Salud, la Junta de Beneficencia de Guayaquil, Sociedad de Lucha contra el Cáncer del Ecuador (SOLCA) y otros organismos privados con o sin fines de lucro, contaba con una cobertura de 53%. En síntesis, el sector salud ecuatoriano se caracterizaba por:

- a) Su gran fragmentación, puesto que existían diversidad de instituciones con énfasis en la atención a diversos grupos.
- b) Baja cobertura: la población sin aseguramiento ni acceso a servicios institucionales llegaba al 27%.
- c) Acceso inequitativo a los servicios de salud.
- d) Ineficiencia en la prestación de los servicios, irracionalidad en el gasto de salud, falta de coordinación y duplicación de costos. Además, desarticulación sectorial, baja capacidad financiera y alto gasto de los hogares especialmente en medicamentos.

El siguiente cuadro resume los aspectos fundamentales del sistema de salud de ambos países.

	COLOMBIA	ECUADOR
Gasto en salud como proporción del PIB en 1993	5.7	5.2
Población sin cobertura en 1993	25%	27%
Características del sistema de salud	Fragmentado, inequitativo, baja cobertura e ineficiente.	Fragmentado, inequitativo, baja cobertura e ineficiente.
Modelo de atención	Curativo	Curativo

Fuente: Elaboración propia con base en información tomada de Echeverría (1997) y Ministerio de Salud de Colombia (1994).

Básicamente, los dos países estaban afrontando desafíos similares en el momento que tomó impulso la idea de la reforma, y compartían varias características en sus sistemas de salud como el gasto como porcentaje del PIB para salud, así como los problemas de baja cobertura, fragmentación, ineficiencia e inequitativo acceso al sistema de salud. En cuanto al sistema institucional, ambos países son sistemas presidencialistas, en el que el ejecutivo tiene fuertes prerrogativas. En cuanto al legislativo, Colombia es un sistema bicameral y Ecuador es Unicameral. Una cuestión importante es el sistema de partidos, puesto que allí subyacen dos “supuestos fundamentales: en primer lugar, que la formación de mayorías en el congreso es de crucial importancia para gobernar; y en segundo lugar, que las organizaciones partidarias más sólidas son como los tabiques constructores de las coaliciones” (Mejía, 2002: 136). Así, Ecuador se caracterizaba por una gran fragmentación de partidos llegando a ser denominado como un país con un multipartidismo extremo o presidencialismo con un multipartidismo fragmentado, de partidos indisciplinados, débiles o con poca estabilidad⁵ (Lanzaro, 2001). En contraste, “Colombia mantenía la combinación presidencialismo y bipartidismo, el cual, a inicios de la década de los ochenta, marchaba hacia un multipartidismo moderado limitado” (Aguinaga, 2005: 240).

El caso ecuatoriano: la reforma fallida

Entre 1992 y 1997 fue la etapa de intento de reforma (Echeverría, 1997), la cual estaba enmarcada en un gran movimiento de transformación y modernización estatal impulsado por el gobierno de Sixto Durán Ballén. El punto inicial de ese proceso fue 1993 al entrar en vigencia la Ley de Modernización del Estado de la mano del Consejo Nacional de Modernización (CONAM), el cual conformó la Comisión de Reforma a la seguridad social, con dos subcomisiones, la de reforma a pensiones y la de reforma al seguro de salud. En enero de 1995, el CONAM hace pública su propuesta de Reforma, la cual en el sector salud proponía crear un sistema de seguridad social, bajo un modelo mixto de competencia entre entidades públicas y privadas, caracterizado por: a) lograr la universalidad en el aseguramiento de la población a través de la afiliación obligatoria; b) generar dos regímenes, el contributivo y el subsidiado, en el primero estarían afiliados

5 De hecho, “una de las prácticas características de la democracia ecuatoriana durante los 80 y 90, fue la fuerte oposición legislativa que llevaba a un fuerte bloqueo y entorpecimiento de las propuestas del ejecutivo. A esto se suma, que existe en Ecuador un sistema multipartidista, lo cual, en muchos casos, los presidentes no cuentan con una mayoría en el Congreso, que les ayude a sacar adelante su programa de gobierno. Esta pugna de poderes le restó legitimidad al sistema democrático dado que no se lograban dar vía a los programas y medidas que pudiesen resolver los graves problemas sociales del país” (Espinosa, 2010: 436).

todos los trabajadores y los afiliados independientes y se financiaría con aportes obrero-patronales, y el segundo financiado con recursos fiscales, transferencias de solidaridad del régimen contributivo, y contribuciones periódicas de los afiliados, para cubrir a todos aquellos sin capacidad de pago (indigentes, pobres, etc.); c) se contaría con una plan integral de salud, que prohibiría todo tipo de exclusiones, como la selección adversa o las preexistencias; d) se estimularía la libre elección y la competencia regulada, la cual brindaría la calidad de los servicios a través de la ecuación costo-eficiencia. En suma, esta propuesta estaba basada en la competencia entre aseguradores y proveedores, subsidios a la demanda, y la participación de empresas privadas que competirían con un IESS modernizado. No obstante, el CONAM necesitaba la aprobación del Congreso para poder echar a andar su nuevo sistema de seguridad social. La tarea de lograr la aprobación vía legislativa no resultó exitosa, dada la alta fragmentación partidaria, lo cual impedía la formación de coaliciones mayoritarias que pudieran votar positivamente por los proyectos del ejecutivo.

Otro grupo importante era la Comisión Biministerial –Ministerio de Salud y Ministerio de Bienestar Social– (CB), esta se crea en julio de 1994 con el propósito de analizar y formular alternativas para la Reforma al sector salud, este proceso se desarrollaba de manera paralela a las comisiones del CONAM. La CB crea la Sub-Comisión Técnica de Reforma, en la cual estaban presentes representantes del IESS, FFAA, ONGS, MSP, así como técnicos del OPS/OMS y del BID, para formular una propuesta alternativa a la del CONAM. En efecto, la sub-comisión técnica realiza una propuesta de reforma, no obstante, para finales de 1994 la comisión se disuelve y su aporte no tiene mayor difusión. En reemplazo de la Comisión se reactiva el Consejo Nacional de Salud (CONASA), el mismo que había sido una entidad débil y sin mucho protagonismo. Este Consejo, a su vez, creó su propia subcomisión denominada Grupo Técnico de Reforma, el cual estaba apoyado por la OPS/OMS, y financieramente por el proyecto FASBASE. Para 1994, el Consejo revivió con fuerza, y “jugó un rol fundamental al posicionarse como la instancia idónea para dirigir el proceso de reforma del sector salud en base a una estrategia de consenso, formulando a su vez una propuesta alternativa, democrática y más viable para los intereses del país” (Echeverría, 1997: 36). El CONASA además critica enfáticamente la propuesta del CONAM y señala que es el Ministerio de Salud, el encargado de liderar la reforma. La propuesta que finalmente presenta el CONASA estaba orientada a establecer un Sistema Nacional de Salud, de carácter mixto, descentralizado y pluralista en su provisión, que concebía la salud como un derecho cuyo garante debía ser el Estado. Además determinaba que:

a) Debía existir participación social en la dirección, gestión y operación del sistema. b) Seguir un enfoque intersectorial de la salud pública. c) Plantear la desconcentración y descentralización de la gestión; e) Contar con un esquema de aseguramiento universal que daría derecho a un Plan de Atención Integral de Salud. f) Garantizar la provisión de servicios por parte de entidades privadas y públicas en régimen de competencia regulada (Echeverría, 1997: 76).

A este conjunto de organismos, se unió en septiembre de 1995, la Comisión Interagencial de Apoyo a la Reforma en el Ecuador (CIAR), conformada por el Banco Mundial, el BID, USAID, la OPS/OMS, la cual fue creada para coordinar esfuerzos y mejorar la cooperación. En noviembre de 1995 se realiza el Plebiscito Nacional sobre las reformas, con el fin de modificar la Constitución en esa dirección. Se había formulado una pregunta sobre la reforma a la seguridad social, dentro de las once que abarcaban otros temas, y todas fueron rechazadas, ganando el NO por un 58%.

Para agosto del 1996, inicia lo que Echeverría (1997) llama “Fase de discontinuidad del proceso de reforma”, la que se caracteriza por: a) suspensión de las actividades del CONASA; b) se inicia la llamada “reforma silenciosa” (Echeverría et al., 2012) la cual se refiere a la drástica reducción del presupuesto hasta llegar a niveles históricos del 2.8% para 1997, lo cual conlleva la promoción del modelo de autogestión en los hospitales para recuperación de costos, el traspaso de hospitales a los municipios, la contratación de proveedores privados y la búsqueda de implantación de un seguro “universal” focalizado en grupos sin capacidad de pago y vulnerables.

Se podría señalar que una de las razones del fracaso de la reforma, es que había gran cantidad de instituciones que plantearon propuestas⁶, creando un ambiente confuso y contradictorio. Por un lado, se evidencia que no se logró consolidar un discurso coordinativo, que pudiera poner de acuerdo a la CONAM, la CONASA, el CIAR, IESS, es decir, a los organismos del Gobierno, para alcanzar una única propuesta consensuada. Esta multiplicidad de esfuerzos y pugnas entre estas burocracias, daba a la opinión pública la sensación de que no había certidumbre, ni estaba clara la legitimidad de quien debía liderar la reforma, por lo cual el discurso comunicativo también falló. Concomitante a esto, no fue posible crear el imperativo o la necesidad de la reforma, pues a pesar de los problemas que atravesaba el sis-

6 Junto a la propuesta de la CONAM, CONASA, Comisión Biministerial, había otras tantas como las proferidas de manera independiente y personal por el Ministro de Salud (Echeverría, 1997: 41). En junio del 1996 también aparece la propuesta de reforma del sector salud preparada por consultores de la Secretaría Técnica del Frente Social, adscrita al Ministerio de Bienestar Social. En resumen, para finales de 1996, circulaban unas 18 propuestas para la reforma del sector salud (Echeverría, 1997: 46)

tema de salud ecuatoriano, ni el Ministro de Salud, ni los diversos organismos que habían sido comisionados para formular propuestas, no lograron crear una fuerte coalición pro-reforma, ni un cambio conceptual encaminado a convencer sobre la necesidad de la reforma.

En cuanto al contenido de la reforma, dada las diferencias entre las propuestas circulantes, en términos cognitivos no lograba justificarse ni argumentarse la pertinencia de la solución. En referencia a lo normativo, lo que trascendió mediáticamente fue que la reforma buscaba romper el monopolio del IEES (pues se aducía que esto causaba la crisis), para privatizar la salud pública, lo cual contrastaba fuertemente con una percepción positiva que recibía la red pública de hospitales, a pesar de la tremenda crisis financiera que atravesaba. Los medios señalaban que la crisis era muy preocupante, pues incluso se amenazaba con el cierre de hospitales, como el caso del Hospital Pablo Arturo Suárez, (*El Comercio*, 15 septiembre 1994), el cual estuvo a punto de ser cerrado en julio de 1994 debido a la falta de recursos para su funcionamiento, pero se resaltaba que tenía buenos equipos y servicios. Igual sucedía con el hospital Isidro Ayora el cual tenía un déficit presupuestario de 2.319 millones de sucres, y un índice de ocupación del 128%, no obstante, como planteaba el diario *El Comercio* “no todo es malo, pues también hay buenos servicios como programas de atención a madres adolescentes, consultorios para consulta externa, buen servicio de laboratorio, y hasta un eficiente ascensor de más de 50 años”. Lo que se evidencia es que la idea de competencia y libre elección eran conceptos no asociados a valores arraigados en la sociedad ecuatoriana, y que eran más bien conceptos que no cabían ni legitimaban un sistema de seguridad social en el contexto nacional.

Colombia y su proceso de reforma

En Colombia, varios factores se conjugaron para que la idea de la reforma fuera viable. Por un lado, la idea tomó impulso con el mandato de la Asamblea Constitucional, cuando en 1991 ordenó al Gobierno crear una comisión para estudiar el tema de la seguridad social para que fuese desarrollado en el Congreso⁷. Concomitantemente, la promulgación de la Constitución del 1991 estableció en el artículo 48 el derecho irrenunciable a la seguridad social, y con el artículo 49, se determinó que la atención en salud era un servicio público a cargo del Estado, lo cual reforzó

7 No obstante, en la Gaceta del Congreso 130 aparece que “es una lástima que el Gobierno no le hubiera puesto toda la diligencia a esta comisión, que no le entregó al Congreso, a través del Gobierno, proyecto elaborados, integrales y con suficiente nivel de concertación, como lo quiso el espíritu constituyente”(1993: 4).

la necesidad de regular este tema. Asimismo, con la llegada al poder de César Gaviria en 1990 inició la etapa llamada “apertura económica” que buscaba establecer un comercio abierto mediante la reducción de los aranceles y del proteccionismo económico, y aumentar el estímulo a la inversión extranjera. Esta ola de cambios bajo el mantra de la modernización dio impulso a la reforma.

Durante 1992, circulaban varias alternativas para la reforma⁸, no obstante, a continuación solo se presentan las que tenían más fuerza:

Propuestas para la reforma a la seguridad social			
Ministerio de Salud bajo la dirección de la Alianza Democrática M-19	Departamento Nacional de Planeación (DNP)	Instituto de Seguros Sociales (ISS), liderada por Cecilia López Montaña	Central Única de Trabajadores
Creación de un sistema de aseguramiento universal descentralizado, financiado en forma unificada. Fortalecimiento de la red de hospitales públicos y los programas de atención primaria. Administración territorial.	Aseguramiento individual, subsidios a la demanda para la población de menores recursos e instauración de la libre competencia entre aseguradores y entre prestadores estatales y privados.	Seguro universal administrado por el Seguro Social Aceptación de cierto nivel de competencia, siempre y cuando se mantuviera el monopolio de esta institución en el sistema de afiliación y de recaudación de las cuotas.	Sistema nacional de salud basado en una red hospitalaria pública (similar al sistema inglés).

Elaboración propia basada en varios documentos.

Para febrero de 1992, no se lograba llegar a un consenso en el Gobierno sobre la reforma, y la pugna más fuerte estaba entre el Departamento de Planeación Nacional con su esquema de libre competencia entre compañías de seguro prepago y el Instituto de Seguros Sociales (ISS), cuya fórmula de competencia se reducía a las entidades que prestasen los servicios de salud, pues los recursos, sostenían, debían controlarse de manera centralizada en un fondo común estatal.

A pesar de circular varias propuestas sobre la reforma a la salud, y de la socialización y debate constante, se presentó en el Congreso el proyecto de Ley 155, el cual solamente abarcaba lo relacionado al tema pensional dejando de lado el sector de la salud. Luego de presentado el proyecto, la principal crítica era que no tuvo en cuenta al sistema de salud, por lo tanto no abarcaba de manera integral la seguridad social. Para diciembre de 1992 el proyecto de ley 155 ya había incluido a la salud en la reforma, cuya propuesta estaba enfocada en unificar regímenes, la creación de un

8 Según el Ministerio de Salud los siguientes actores hicieron propuestas: Jaime Arias, Metrosalud, Supersalud, Cajas de Compensación, ACEMI, MinSalud, ASMEDAS, FEDCAJAS, entre otros.

fondo de solidaridad, aumento de la cobertura, y permitir la libre competencia entre entidades públicas y privadas. Este último punto era el más promocionado y que más aceptación tenía, ya que enfatizaba la idea de que el usuario tendría la oportunidad de escoger el hospital o la entidad promotora de salud que mejor calidad ofreciera o mejores servicios prestara. Así, el ISS entraría a competir con otras aseguradoras, y para ello, se proponía que esta entidad funcionara como una empresa de derecho privado, lo cual le permitía desembarazarse de los procesos de licitación pública. Asimismo, otro punto importante en la propuesta eran los copagos o sistema regulador de la demanda, lo cual obligaba a los usuarios a pagar siempre algún monto por utilizar el servicio (así fuera bajo). Se buscaba con esto evitar los supuestos abusos de los usuarios al sistema, argumento que fue recurrente durante el debate legislativo. Esta reforma estaba basada principalmente en la propuesta del DNP, pues el nuevo ministro de Salud para 1993, era Juan Luis Londoño quien trabajaba en el DNP en los años 1991-1992, con lo cual se inclinaba la balanza hacia la propuesta que había trabajado Londoño con este organismo estatal, además de neutralizar la potencial pugna entre el MS y el DNP y sus diametralmente opuestas propuestas.

En mayo de 1993, el proyecto de reforma de seguridad social no iniciaba su discusión en el Congreso, dado que existían diversas confrontaciones entre quienes apoyaban y quienes se oponían; además, los ponentes del Senado y Cámara no lograban ponerse de acuerdo sobre el texto definitivo de la ponencia elaborada por la subcomisión redactora la cual estaba liderada por Álvaro Uribe Vélez. Ya desde ese punto el movimiento Alianza Democrática M-19, la Unión Patriótica, los congresistas de grupos cristianos y un pequeño sector del liberalismo se oponían a la reforma. Como señala el periódico *El Tiempo* (12 mayo 1993) “para el senador Álvaro Uribe Vélez, el problema del trámite de la reforma de seguridad social se reduce a un solo aspecto: que un grupo está interesado en apoyar una reforma que permita la participación de muchos sectores en la prestación de servicios de salud y pensiones y otros insisten en que se debe mantener el actual sistema con algunas reformas”. Ante la preocupación de que el proyecto no saliera adelante, el gobierno, bajo el nombre de Pacto Social, consolidó un acuerdo político entre el partido liberal, el conservador y la Nueva fuerza democrática para concretar y firmar la ponencia del proyecto de ley. Por lo tanto, con este pacto se logró que se iniciara en la tercera semana de mayo la discusión en el Congreso. Este pacto evidencia la construcción del discurso coordinativo, puesto que gracias a este pacto se creó la coalición necesaria para alcanzar la mayoría en el Congreso.

El primero de diciembre de 1993, en la Cámara se aprobó finalmente el proyecto. Cabe agregar que el cierre de este proceso se dio de manera caótica y desordenada y en la prensa nacional se leía:

Incluso inédito de la reciente aprobación en el Congreso de la reforma a la seguridad social: el presidente de la Cámara, Francisco José Jattin, advirtió al Ministro de Salud y a la nube de asesores que le acompañaban que se vería en la penosa necesidad de hacerlos retirar del recinto de la plenaria si seguían fomentando el desorden. Ministro y asesores corrían de un lado para otro acordando con algunos parlamentarios el texto de artículos nuevos y consiguiendo votos para el proyecto. En medio de tanto revuelo, muy pocos podían escuchar al orador de turno (*El Tiempo*, 13 diciembre 1993).

Luego de ser aprobado en la Cámara, el proyecto fue estudiado por una comisión de redacción y de allí pasó a una comisión de conciliación, que revisó todo el articulado para presentarlo nuevamente a las plenarias de Cámara y Senado. El 23 de diciembre de 1993, el presidente de la República César Gaviria sancionó la Reforma a la seguridad social, con lo cual se cumplió el último paso del proyecto para convertirse en la ya famosa Ley 100⁹. Al anunciar su satisfacción por lograr la reforma, el mandatario afirmó: “Lo que propusimos el 7 de agosto de 1990 es hoy un hecho, gracias a la labor conjunta y al esfuerzo del Gobierno y el Congreso”. Finalmente, el Presidente agradeció el trabajo del Congreso de la República para sacar adelante la reforma a la seguridad social y destacó la misión de los ponentes del proyecto, el senador Álvaro Uribe Vélez y la Representante a la Cámara, María del Socorro Bustamante. Así mismo, resaltó el papel de los ministros de Trabajo y Salud, Luis Fernando Ramírez y Juan Luis Londoño, señalando que “la labor adelantada contrasta con la posición reaccionaria y anacrónica que esgrimieron quienes pretendían mantener un sistema que privilegia a unos pocos, mediante la preservación de instituciones que, con el paso del tiempo, hemos dejado debilitar, indicó Gaviria Trujillo” (*El tiempo*, 24 diciembre 1993).

En ese sentido, el principal promotor de la reforma fue el ministro de Salud de la época, el economista Juan Luis Londoño de la Cuesta, quien estuvo siempre presente en el proceso legislativo, además de presentarse constantemente en los medios para promocionar las bondades y beneficios del proyecto de ley. Por otro lado, las empresas de medicina prepagada estuvieron entusiastas con la reforma, puesto que veían la posibilidad de participar en el negocio y aumentar la cantidad de afiliados para sus empresas¹⁰.

9 No es este el espacio para valorar la reforma colombiana en términos de éxitos o fracasos en la consecución de un mejor acceso a servicios de salud para la población, o de los diversos indicadores de salud, no obstante, si cabe recordar que la Ley 100 estableció un sistema de seguridad social que ha sufrido varias crisis, además de ser objeto frecuente de severas críticas y cuestionamientos.

10 Así lo manifestaba el entonces presidente de la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (Acemi) y, a su vez, gerente de Colsanitas, Roberto Cochetoux, y el gerente de Salud Colmena de la época, Fernando Leal Garzón: “coinciden en resaltar primero que todo el espíritu de la ley, que fue el de acabar con el

Por su parte, las organizaciones médicas como Asociación de Facultades de Medicina, la Federación Médica Colombiana y la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas también le dieron su apoyo a la reforma. En septiembre de 1993 enviaron una carta a los presidentes de las comisiones séptimas del Congreso y a los ponentes, en la cual manifestaban que era necesario aprobar la reforma en lo referente a la salud pues según la misiva, era un abordaje integral para la salud pública pues abordaba el problema de la cobertura logrando la universalidad, lo cual construía una sociedad solidaria, justa y equitativa. Otra muestra de la aceptación que tenía la propuesta en el cuerpo médico fue la creación en septiembre de 1993 de la Cooperativa de Trabajo Médico Asociado (Femec), incluso antes de que fuera aprobada la reforma. Dicha cooperativa reunía a profesionales médicos y prestaba sus servicios a varias empresas. En este emprendimiento de los galenos, que además contaba con el apoyo la Federación Médica Colombiana, la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina y el Colegio Médico de Cundinamarca, se manifestaba la proyección empresarial de los médicos y su intención de entrar a competir en el potencial nuevo mercado que abriría la reforma. Agencias internacionales, entre estas el BID también apoyaba la reforma, el apoyo se manifestaba en préstamos para implementar el nuevo sistema de salud, dinero que se emplearía sobretodo en mejorar la empresalización de los centros médicos, puesto que estos carecían de tecnologías administrativas eficaces. Todos estos grupos convencidos de las bondades de la propuesta de reforma, demuestran el éxito del discurso coordinativo, el cual se articuló exitosamente gracias a las buenas artes retóricas del ministro, sus asesores, y el presidente Gaviria. En cuanto al discurso comunicativo, cabe señalar que la propuesta de reforma en salud no evidenció gran oposición de grupos poderosos o influyentes, ni tampoco se llevaron a cabo grandes protestas públicas que manifestaran el rechazo ciudadano, lo cual si sucedió de manera puntual con la propuesta pensional incluida en la reforma.

En cuanto al contenido normativo de la propuesta de reforma, esta involucró en la definición del problema dos valores, la libertad y la solidaridad, predominando el primero al reiterar la importancia de permitir la elección por parte del usuario, evitando estar preso de la lógica monopólica, corrupta e ineficaz de los servicios estatales. La elección individual era muy importante también como mecanismo regulador de la calidad al abrir la competencia entre operadores (hospitales, EPS, etc.) quienes mejorarían sus servicios para atraer usuarios. Esto rompería el arcaico, burocrático, ineficiente y corrupto monopolio estatal (sistema nacional e ISS),

monopolio oficial del manejo de la seguridad social. [...] Felicito al Gobierno por la iniciativa, pero lamentablemente la ley se quedó corta porque no dio más espacio al sector privado, aseguro Cochetoux” (El Tiempo, 5 de diciembre de 1993).

mejorando la eficiencia administrativa, la contención de costos y *per se*, mejorando el servicio. Por lo cual, se ató implícitamente la libertad de elección a la eficiencia en la utilización de recursos, puesto que los operadores limitarían los recursos pero ofrecerían mejores servicios obligados por la competencia. Además, el control y vigilancia del sistema se incrementaría a través del comité de usuarios o representación de usuarios en distintos organismos de control. El papel del Estado se limitaría a vigilar, regular y supervisar el funcionamiento del sistema, para garantizar que todos tengan acceso al servicio.

La prevalencia de la competencia y la libre elección apuntan hacia un sistema axiológico en el que sobresale el individualismo y la valoración de lo privado sobre lo estatal. En el contexto colombiano, donde por un lado, el Estado ha sido débil en sus más elementales representaciones institucionales (frente al monopolio de la violencia) y se ha asociado a las formas más retorcidas de corrupción y latrocinio, es fácil entender cómo la idea de empresa privada está vinculada (aunque no necesariamente en todos los casos sea así) a altos niveles de eficacia, eficiencia, productividad y calidad; por otro lado, Colombia es un país con fracturas profundas de diversa índole: económicas (gran desigualdad, concentración de la riqueza, pobreza), políticas (guerrillas de extrema izquierda, intolerancia y sectarismo político), sociales (violencia común, narcotráfico), culturales (comunidades indígenas, afro, etc.), lo que conlleva a una falta de proyecto colectivo o de identidad nacional, que termina alimentando la idea del individualismo. Por lo tanto, con la libre elección y la competencia, se logró consolidar la estratégica retórica para la construcción del imperativo de reforma, al articular la nueva propuesta con valores existentes que le dieran legitimidad y facilitarían el cambio.

Por su parte, la solidaridad se enfocó en los esfuerzos redistributivos entre individuos de diferente nivel de ingreso, entre generaciones, entre hombres y mujeres, entre regiones, que se realizaría a través del mecanismo de subsidios cruzados y la reunión de diversas fuentes de recursos en un fondo denominado FOSYGA, el cual permitiría prestar a todos los mismos servicios, bajo la idea de Plan obligatorio de Salud, compensando a quienes más necesiten de protección. No obstante, el principio de solidaridad en realidad era algo contradictorio, pues en la Ley 100 quedaron estipulados mecanismos antisolidarios como: los regímenes especiales mantenidos para las fuerzas armadas, policía, magisterio y Ecopetrol que cuentan con mejores programas, servicios e instalaciones que son subsidiados por el Estado, y por el paquete inicial diferenciado entre el régimen contributivo y el subsidiado (Mesa-Lago, 1994: 118).

La dimensión cognitiva de la propuesta también era fuerte y sólida, pues se vendía como técnicamente viable, dado que su implementación se facilitaba por

la existencia de todo un conjunto de instituciones (cajas de compensación, empresas de medicina prepagada, ISS, etc.) que vendría a ser un soporte que ya existía y que serviría para integrar estas instituciones y utilizarlas como plataforma base para alcanzar el principal objetivo: ampliar la cobertura. Asimismo, en términos de argumentación y concreción de la solución, la idea era totalmente coherente con el contenido cognitivo de la reforma, puesto que el Estado se proponía como regulador y vigilante, ya que no debía ser un proveedor de servicios (pues no era eficiente) ni tampoco involucrarse demasiado en el mercado pues entorpecía su funcionamiento. En contraste, se esperaba un Estado “mínimo” que regulara y vigilara, mientras el mercado era el mejor asignador y proveedor de servicios con base en la competencia y libre elección.

Conclusiones

El caso colombiano de reforma a la salud evidencia la habilidad de los líderes y los gestores del cambio político para consolidar una coalición a través del discurso coordinativo, y su habilidad para enmarcar la reforma de manera que superara diversos obstáculos, como la oposición de algunos partidos; asimismo, dicha coalición pro-reforma logró articular un discurso comunicativo que consiguió la aceptación por parte de diversas colectividades (como las asociaciones médicas) y la opinión pública en general. La construcción del imperativo de reforma se dio por el cambio conceptual, al pasar del “monopolio ineficaz y anacrónico” del IESS y de la falta de cobertura, a la conceptualización de la salud como un derecho universal vía aseguramiento (competencia regulada) que garantizaría la eficiencia y calidad. Por lo tanto, “los actores claves del proceso cambiaron el discurso de las políticas de salud, creando con ello, nuevas formas para percibir y evaluar el sector, y con esto las ideas se constituyeron en una variable de naturaleza causal” (Cox, 2001: 474). Por su parte, la dimensión institucional muestra que diversos puntos de veto o grupos burocráticos en pugna que no llegan a consensos, pueden constituirse en importantes obstáculos para lograr la reforma.

Así, el lograr la coalición pro-reforma a través del Pacto Social (junto con la estratégica asignación de Luis Fernando Londoño en el Ministerio de Salud, quien previamente lideraba desde el Departamento de Planeación Nacional) mantuvo un discurso coherente sobre la necesidad del cambio dado lo inapropiado, ineficiente y corrupto del sistema anterior. El caso colombiano muestra la importancia del enfoque ideacional y discursivo en conformar un camino para la reforma, a través del sólido contenido cognitivo y normativo de la propuesta, y del manejo del dis-

curso coordinativo y comunicativo que definitivamente estableció la necesidad de un cambio de una manera coherente y consistente. En contraste, los formuladores y gestores del cambio de políticas ecuatorianas fallaron en crear un camino para la reforma al no crear un cambio conceptual claramente identificable y legible por parte de la ciudadanía, además por la falta de consenso, coherencia y contenido normativo de la propuesta.

Por otro lado, aunque el valor explicativo de las dimensiones ideacionales y discursivas debe resaltarse, no debe perderse de vista ni subestimarse la pugna de fuerzas que hacen parte de un contexto más amplio, pues ni las ideas, ni los discursos son factores aislados, sino que se entretajan, articulan y se ponen al servicio de un juego de poderes y de intereses y de todo un conjunto de factores contextuales (políticos, económico, ideológicos, culturales, históricos, etc.). Finalmente, resulta interesante reflexionar cómo en el caso Colombiano, la reforma logró cobrar vida propia a través de procesos de construcción de sentido emanados de élites tecnocráticas estratégicas y bien posicionadas, y que dichos discursos fueron capaces de eclipsar y anular otras concepciones y propuestas.

En suma, el discurso y las ideas son dimensiones importantes en el proceso de reforma, pues constituyen factores clave al cambiar conceptualmente la manera de legitimar y evaluar un sector de las políticas públicas, para lograr alianzas, convencer a la ciudadanía en general de la necesidad del cambio y de la pertinencia cognitiva y normativa de la reforma.

Bibliografía

- Aguinaga, Carlos (2005). "Análisis comparativo de los sistemas electorales andinos". En *Sistemas electorales andinos. Parlamento Andino*, Rubén Vélez (Coord.), Bogotá. Béland, Daniel (2009). "Ideas, institutions, and policy change". *Journal of European Public Policy*, 16 (5):701-718.
- Gaceta del Congreso (1993). Congreso de la República de Colombia, N.º 130. Mayo.
- Cox, Robert Henry (2011). "The Social Construction of an Imperative: Why Welfare Reform Happened in Denmark and the Netherlands but Not in Germany". *World Politics* (53): 463-498.
- El Comercio (1994). "Trabajando con las justas", 15 de septiembre.
- El Tiempo (1993). "Se enreda trámite de Seguridad Social", 12 de mayo.
- El Tiempo (1993). "Salud prepagada quedó esperando", 5 de diciembre.
- El Tiempo (1993). "Gaviria Garantiza Seguridad Social", 24 de diciembre.

- Echeverría Tapia, Ramiro (1997). *El proceso de reforma del sector salud en el Ecuador 1997-2000: Aportes para el debate*. USAID-CEPAR. Quito.
- Echeverría Ramiro, Pierre de Paepe, Edison Aguilar y Jean-Pierre Unger (2012). "Ecuador's silent health reform". *International Journal of Health Services* 42 (2): 219-233.
- Espinosa, Carlos (2010). *Historia del Ecuador*. Barcelona: Lexus Editores.
- Kingstone, Peter (2011). *The Political Economy of Latin America: Reflections on Neo-liberalism and Development*.
- Lanzaro, Jorge (2001). "Tipos de presidencialismo y coaliciones políticas en América Latina". En *Presidencialismo parlamentarizado y gobiernos de coalición en Bolivia* (101-135). Buenos Aires: CLACSO.
- Lamprea, Everaldo (2011). *La Constitución de 1991 y la crisis de la salud. Encrucijadas y salidas*. Bogotá: Universidad de los Andes.
- Mejía, Andrés (2002). *Gobernabilidad democrática*. Quito: Fundación Konrad Adenauer.
- Mesa-Lago, Carmelo (1994). *Changing social security in Latin America: Toward alleviating the social costs of economic reform*. Boulder: Lynne Rienner Publishers.
- Ministerio de Salud de Colombia (1994). *La reforma a la seguridad social en salud: antecedentes y resultados*. Bogotá: Ministerio de Salud.
- Schmidt, Vivien (2002). *The Futures of European Capitalism*. Oxford: Oxford University Press.
- Schmidt, Vivien (2005). "The Role of Public Discourse in European Social Democratic Reform Projects". *European Integration Online Papers* 9 (8): 1-20.
- Schmidt Vivien (2011). "Speaking of change: why discourse is key to the dynamics of policy transformation". En *Critical Policy Studies*.
- Tsarouhas, Dimitris (2011). "Political discourse and path shaping in public policy: comparing pension reform in Greece and Italy". *Public Administration* 90 (1):160-174.
- Walsh, James I. (2000). "When Do Ideas Matter? Explaining the Successes and Failures of Thatcherit Ideas." *Comparative Political Studies* 33 (4): 483-516.