

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador
Departamento de Estudios Políticos
Convocatoria 2012-2015

Tesis para obtener el título de doctorado en Ciencias Sociales
con Especialización en Estudios Políticos

Del nirvana a la realidad. Discurso y contenido ideacional en la formulación y
transformación de los sistemas de protección social en salud en Colombia y Ecuador
(1990-2015)

Yudi Marlen Buitrago Rico

Director: Doctor William Waters

Lectores: Doctora Cristina Cielo, Doctor Andre-Noel Roth, Doctora Betty Espinosa
y Doctor Rafael Polo

Quito, febrero de 2019

Dedicatoria

A Silvana Rico y Adan Buitrago.

Tabla de contenidos

Resumen	VII
Agradecimientos	VIII
Introducción	1
Capítulo 1	18
Marco metodológico y teórico.....	18
1.1 Rastreo Comparativo de Procesos	18
1.1.1 Dependencia de la trayectoria.....	19
1.1.2 Coyunturas críticas y puntos políticos focales.....	21
1.1.3 Contexto.....	22
1.2 Taxonomía para la comparación y evaluación del cambio.....	24
1.2.1 Financiamiento.....	25
1.2.2 Provisión de servicios	26
1.2.3 Regulación	26
1.2.4. Transformaciones del sistema de salud (Del punto A al punto B).....	29
1.3 Teoría	31
1.3.1 Corrientes Múltiples	31
1.3.2 Actores programáticos	40
1.3.3 Instituciones y el cambio incremental	45
1.3.4 Institucionalismo discursivo	51
1.3.5 Estrategias discursivas	63
Capítulo 2	75
Caso Colombia	75
2.1 Contexto político, económico y factores externos (1990-2015).....	75
2.2 Sistema de Protección Social en Salud	83
2.3 Reconstrucción de eventos	86
2.3.1 Punto A: Coyuntura crítica y apertura de una nueva trayectoria.....	86
2.3.2 Actores programáticos	99
2.3.3 Análisis discursivo	105
2.3.4 El proceso de cambio gradual: la implementación de la Ley 100.....	131
2.3.5 Punto B: Ley Estatutaria de 2015	142
2.3.6 Cambios incrementales	148

Capítulo 3	
Caso Ecuador	155
3.1. Contexto político, económico y factores externos (1990-2015).....	155
3.2 Sistema de Protección Social en Salud	170
3.3 Ventana de Oportunidad	171
3.3.1 Punto A: Intento de reforma.....	173
3.3.2 Actores programáticos	191
3.3.5 Análisis discursivo	194
3.4 Cambio (1995-2015)	211
3.5. Punto B: las medidas del Gobierno de Rafael Correa.....	226
Capítulo 4	234
Colombia y Ecuador en perspectiva comparada	234
4.1 Etapa de intento de reforma	234
4.2 Cambios incrementales	239
4.3 Transformaciones de los sistemas de protección social en salud	240
4.4 Tipos de cambios: Del punto A al B.	244
Conclusiones	248
Anexo 1	258
Anexo 2	261
Siglas y acrónimos	269
Lista de referencias	272

Tablas

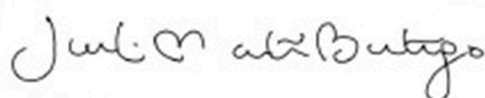
1.1 Relaciones entre las agencias financieras, los proveedores y los potenciales beneficiarios para el análisis cualitativo de la regulación del sistema de salud.....	27
1.2 Tipos de sistemas de salud	29
1.3 Características generales de los cambios endógenos-incrementales.....	51
1.4 Dimensión cognitiva y normativa del discurso	53
1.5 Dimensión coordinativa y comunicativa del discurso.....	60
1.6. Discurso y contexto institucional	62
1.7 Tipología de estrategias discursivas.....	64
2.1. Trayectoria académica y profesional de actores programáticos.....	101-104
2.2 Propuestas disponibles al comenzar la preparación del proyecto de reforma....	108
3.1. Diferencias entre las propuestas realizadas por el Conam y Conasa.....	199
3.2. Contraste entre los componentes de la propuesta ecuatoriana al Sistema de Salud del Conam 1995 y la Ley 100 de 1993 de Colombia.....	210
3.3. Presupuesto para la salud 1985-1997.....	212
4.1. Comparación de las tres corrientes en Colombia y Ecuador para el surgimiento de la Ley 100 y la discusión de la Reforma de 1995.....	235
4.2. Comparación Colombia y Ecuador con base en la taxonomía de los sistemas de salud a inicios de los noventa.	246
Tabla 4.3. taxonomía de los sistemas de salud en el 2014-2015	247

Declaración de cesión de derecho de publicación de la tesis

Yo, Yudi Marlen Buitrago Rico, autora de la tesis titulada "Del nirvana a la realidad. Discurso y contenido ideacional en la formulación y transformación de los sistemas de protección social en salud en Colombia y Ecuador (1990-2015)", declaro que la obra es de mi exclusiva autoría, que la he elaborado para obtener el título de doctorado en Ciencias Sociales con Especialización en Estudios Políticos concedido por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador.

Cedo a la FLACSO Ecuador los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, bajo la licencia Creative Commons 3.0 Ecuador (CC BY-NC-ND 3.0 EC), para que esta universidad la publique en su repositorio institucional, siempre y cuando el objetivo no sea obtener un beneficio económico. Lugar, mes y año de presentación de la tesis empastada.

Quito, febrero de 2019



Yudi Marlen Buitrago Rico

Resumen

Esta investigación indaga por la construcción y cambio de los problemas de salud pública, considerando el contenido de las propuestas de reforma de las políticas de protección social en salud (su contenido ideacional y los procesos discursivos) en perspectiva comparada, por lo cual se toman dos estudios de caso: Colombia y Ecuador. Cabe señalar que el estudio de las dimensiones ideacionales y discursivas en la formulación y cambio de las políticas públicas en salud, contribuye a resaltar factores y procesos que han sido subestimados o ignorados. De ahí que la pregunta central de esta investigación sea: ¿Cómo se ha llevado a cabo el proceso de formulación y cambio de estas políticas públicas en ambos países, durante el periodo 1990-2015, considerando quienes participaron, con qué contenido ideacional y qué procesos discursivos se llevaron a cabo? Por lo tanto, el objetivo principal es analizar y comparar la formulación y cambio de los sistemas de protección social en Salud en Ecuador y Colombia (1990-2015), a partir del análisis del contenido ideacional y del discurso en dicho proceso. Se concluye que en Ecuador la mayoría de los actores involucrados en estos procesos han sido galenos asesorados o inspirados en las ideas de la OMS-OPS, mientras que en el Colombia han sido predominantemente economistas o profesionales de ramas adscritas a éste campo, y que además han trabajado en la banca internacional. Durante los veinticinco años analizados, en ambos países han operados distintos tipos de cambios graduales, pero en ambos países se ha fortalecido tanto el discurso coordinativo como el comunicativo, con una diferencia clave: el cambio discursivo de la exigencia del derecho a la salud en Colombia, mientras que en Ecuador se mantiene un discurso asistencialista.

Agradecimientos

Mis agradecimientos infinitos...

A la FLACSO-Ecuador, a todo su personal administrativo (especialmente a María Belén Aguilar, un verdadero ángel), a todo su cuerpo docente, y a Ecuador por ser un país de una generosidad incomparable.

A mi director de tesis, doctor William Waters por su paciencia y apoyo, a la doctora Cristina Cielo por sus valiosas sugerencias para mejorar este texto.

A la educación pública colombiana, sin la cual hubiera sido imposible llegar hasta aquí: al Inem Santiago Pérez, a la Universidad Pedagógica Nacional de Colombia y al Instituto Caro y Cuervo.

A todos mis amigos, especialmente a Laura Castiblanco, Dayana Gomez, Sonia Sanchez, Pedro Alvarez, Deiman Cuartas, Ángel Gutierrez y Adriana Espinosa.

A Santiago Mejía, un compañero de vida.

A toda mi familia, por su fe incondicional.

Introducción

Hasta hace un par de siglos, el origen de las enfermedades era un misterio, y se pensaba que eran producto de oscuros poderes de tipo religioso o metafísico para castigar al hombre. Entonces, para interpretar y comprender los diversos padecimientos del cuerpo se acudía a un constelación de coloridas metáforas. A medida que la ciencia empezó a descifrar la causa de muchas enfermedades, junto con la manera de curarlas, la metáfora militar se posicionó en el terreno médico hasta convertirse en la dominante. La composición de la metáfora consiste esencialmente en establecer y explicar una cosa en términos de otra. Pero más que un ornamento lírico, se debe destacar que el razonamiento metafórico es un proceso cognitivo central para clasificar, categorizar e interpretar la realidad.

Algo llamativo sobre la metáfora bélica es que ha trascendido al cuerpo (como campo de batalla) para extenderse a la dinámica de los pacientes ante las entidades que deberían prestarles el servicio médico. Esto ha sucedido en Colombia, como los siguientes titulares de prensa lo evidencian: “La joven que lucha contra su EPS por tratamiento para el cáncer¹”, “Luly Bossa gana batalla contra su EPS²”, “Padre de niña de tres años lucha contra EPS para el tratamiento de la menor³”, etc.; Sin lugar a dudas, ha sido una paradójica mutación de la metáfora, porque las entidades encargadas por el Estado colombiano para ayudar a “luchar” contra la enfermedad, ahora se han convertido, metafóricamente hablando, en otro enemigo o adversario a combatir. En Ecuador, dicho uso metafórico es inexistente, pues en los medios no se hace ninguna alusión a batalla o lucha que deban disputar los ciudadanos para acceder a los servicios de salud. Más allá de la mera anécdota, lo anterior revela que el discurso juega un papel más que ornamental en la producción de sentidos y prácticas asociadas a una política pública. De ahí que abordar el papel del discurso en los análisis de política pública haya cobrado gran relevancia en las últimas décadas.

Cabe recordar que el enfoque dominante en este campo de estudio ha sido el de la racionalidad tecnocrática, el cual es un esquema caracterizado por la conducta del actor racional y la toma de soluciones basada en una serie de pasos para llegar a la

¹ <http://www.semana.com/gente/articulo/camila-abuabara-tiene-leucemia-pide-tiempo-extra/376790-3>

² <http://www.caracoltv.com/la-red/luly-bossa-gana-batalla-contra-su-eps>

³ <http://www.noticiasrcn.com/videos/padre-nina-tres-anos-lucha-contra-eps-el-tratamiento-menor>

decisión óptima y eficiente. No obstante, se ha cuestionado el modelo racional, considerando que la complejidad del contexto político, la diversidad de fuerzas en pugna, la polarización de los puntos de vista, así como las negaciones y ajustes a los que llegan los intereses involucrados, plantean la necesidad de ir más allá del reduccionismo de la racionalidad técnica. Ante este panorama, empezaron a surgir perspectivas alternativas denominada posempiristas, pospositivistas o construccionistas, las cuales resaltan el papel de las ideas, el lenguaje, los sistemas simbólicos, el discurso en relación al contexto, los intereses y roles de los actores, y su repertorio discursivo. Lo importante de este debate es resaltar que la visión positivista, sustentada principalmente por la perspectiva del actor racional basado en el cálculo costo-beneficio, y apoyada por métodos cuantitativos pervive, pero se reconoce también la existencia de otros factores relevantes en el análisis del proceso de las políticas públicas, como los vinculados al dominio cognitivo (ideas), el simbólico y comunicativo (discurso) y los institucionales. En el marco de este debate, surgió mi interés por indagar en las dimensiones discursivas e ideacionales de las políticas en protección social en salud.

En relación al marco teórico, seleccioné las Corrientes Múltiples, la Teoría del Cambio Incremental y el Institucionalismo Discursivo. A pesar de ser un marco teórico que se complementaba coherentemente, surgían importantes dificultades para explicar tanto la formulación como el cambio de las políticas de protección social en salud, puesto que era necesario definir mecanismos que cohesionaran los distintos elementos de los marcos que parecían muy heterogéneos. En ese sentido, la respuesta fue poner el discurso como categoría central que permitía cohesionar todo el cuerpo conceptual, así como llenar una ausencia teórica sobre las estrategias discursivas empleadas tanto en la formulación como en la transformación de las políticas públicas. De ahí que mi argumento central sea construir la relación entre formulación y cambio de política y el discurso de los actores; dicha relación se fundamenta en las estrategias discursivas que estos últimos usan, y que se proponen como aporte teórico de la investigación. Asimismo, operacionalizar la noción de discurso a través de las estrategias discursivas permite conectar la agencia con la estructura, y da fuerza al discurso como factor explicativo. El siguiente paso fue metodológico, en la medida que fue necesario indagar por técnicas e instrumentos que ayudaran a identificar tanto los actores, sus discursos, sus trayectorias vocacionales, los debates y discusiones que

surgieron, y por otro lado, los cambios operados en el periodo de tiempo seleccionado. En ese sentido, los aportes del Rastreo Comparativo de Procesos y así como el análisis de documentos fueron centrales.

En cuanto a la estructura general del documento, en el Capítulo I, ofrezco una explicación más detallada del enfoque metodológico empleado, así como de las fuentes teóricas que tomé para el análisis. También describo el aporte teórico de mi investigación, que consiste en la formulación de cuatro estrategias discursivas: la ininteligibilidad deliberada, la narración maniquea, la escucha activa y pasiva, y la ambigüedad constructiva. En el segundo capítulo abordo el caso colombiano, describiendo en primer lugar, el contexto político, económico y los factores externos, a continuación, esbozo las características del sistema de protección social; luego realizo la descripción y análisis de la formulación de la Ley 100 en 1993, y continúo con las transformaciones que se efectuaron hasta el 2015. En el capítulo tres, analizo el caso ecuatoriano, siguiendo la pauta establecida en el anterior capítulo; primero, una descripción contextual, para continuar con la descripción y análisis del intento de reforma al inicio de la década del noventa; en seguida, planteo la reconstrucción de los eventos del proceso de cambio que siguió hasta el 2015. En el Capítulo cuatro realizo la comparación entre los dos países, contrastando el punto A de ambos países (el intento de reforma) y el punto B (2015), seguidamente, hago la descripción de los sistemas de protección social con base en el tipo de cambio identificado en el periodo 1990-2015. En el apartado de conclusiones, respondo a las preguntas de investigación, puntualizó mi aporte teórico y sintetizo los principales hallazgos empíricos. En cuanto a la introducción, ésta sigue el siguiente orden: En primer lugar, se hará un estado del arte temático que inicia con una breve reseña de la historia de los sistemas de protección social y ubica a la política de salud como política social; luego, se hace una revisión del estado del arte de la literatura sobre sistemas de seguro en Latinoamérica. En segundo lugar, se describe la justificación, las preguntas y los objetivos de la investigación. Tercero, se plantea un resumen de la metodología, y por último, se reseña el marco teórico empleado.

Estado del arte temático

La política de salud como política social

Los seres humanos siempre han sufrido toda clase de contingencias y calamidades,

pero asimismo han desarrollado diversos mecanismos para enfrentarlas. Antes de la consolidación del Estado moderno en Europa y del desarrollo del capitalismo, los pobres, los enfermos, los ancianos y los desválidos, eran atendidos por la familia extensa, la comunidad y el señor feudal. Con la Revolución industrial se destruyó el tejido social, y en consecuencia, desaparecieron las formas tradicionales de solidaridad. Al quedar desamparados los individuos, fue necesario garantizar su supervivencia y protección con medidas asistencialistas, que eran ofrecidas principalmente por instituciones caritativas de tipo religioso. Más tarde, con la llegada de los Derechos del Hombre en el siglo XVIII, la idea de ciudadanía e igualdad ganó fuerza y la protección caritativa se transformó en obligación social de naturaleza laica, no obstante “la asistencia no consistía en derechos sociales universales y generales, sino en dirigir protección donde la indigencia pudiera ser certificada” (Giraldo 2007, 64). En este contexto, empezaron a surgir mecanismos de aseguramiento, a través de gremios y asociaciones que buscaban que sus afiliados hicieran aportaciones semanales a un fondo, y con éstas garantizaban un conjunto de ayudas en momentos de enfermedad, y la en la vejez y la muerte. Este sistema evolucionó hasta convertirse en los seguros sociales, que en Alemania a finales del siglo XIX fueron instaurados por el canciller Otto von Bismarck, de ahí que dicho sistema fuera denominado también como bismarckiano. El sistema de protección social basado en el aseguramiento obligatorio se caracteriza porque esta orientado a beneficiar a quienes son trabajadores y cotizan, y dicha cotización es complementada con aportes patronales y estatales. Este modelo ha sido implementado en algunos países europeos y otros países desarrollados.

Otro hito importante en la historia de la protección social tuvo lugar en 1942, cuando William Beveridge presentó el informe denominado *Report to the Parliament on Social Insurance and Allied Services* en el que establecía la necesidad de contar con un servicio público unificado y único que brindara protección por enfermedad, pensión e invalidez, sistema pensado para aumentar la productividad y la competitividad de Gran Bretaña. Al finalizar la Segunda Guerra Mundial, se puso en marcha el Estado de bienestar, cuyos fundamentos ya estaban delineados en dicho informe. Seis años después, con la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 se establece el derecho a la seguridad social para todos los ciudadanos. Vale recordar que los derechos sociales, según Marshall y Bottomore (1998), son los

últimos en sumarse a la constitución de la ciudadanía, ya que inicialmente fueron los derechos civiles (siglo XVIII), luego los políticos (siglo XIX), y finalmente los sociales (siglo XX).

Como es evidente, la aplicación del informe Beveridge en Inglaterra supuso el inicio del Estado de Bienestar en Europa, el cual garantizaba la universalización de los derechos sociales. De tal modo que el Estado asumía la obligación de garantizar la protección social, así como unos mínimos de supervivencia digna a todos los ciudadanos independientemente de su estatus de asalariado o de su capacidad de pago. Este sistema universal en la protección social implica una financiación basada en impuestos, y una unificación de beneficios para cubrir a todos los habitantes contra todos los riesgos. En este punto, los derechos sociales “abarcan todo el espectro, desde el derecho a la seguridad y a un mínimo de bienestar económico, al de compartir plenamente la herencia social y vivir la vida de un ser civilizado conforma los estándares predominantes en la sociedad. Las instituciones directamente relacionadas son, en esta caso, el sistema educativo y los servicios sociales” (Marshall 1998, 23). De ahí que los derechos sociales incluyan las cuestiones relacionadas con el trabajo, la salud, la educación, la vivienda, los servicios públicos, e incluso los mecanismos de protección ante las enfermedades, el envejecimiento, el desempleo y la pobreza (Giraldo 2007, 39). En ese sentido, es posible afirmar que el derecho a la salud es un derecho social, y la política de salud es una política social en el marco de la protección social. De ahí que este trabajo analiza los Sistemas de Protección Social en Salud (Spss) los cuales se definen como las políticas estatales para amparar a la población respecto a las enfermedades, las incapacidades físicas y mentales y la atención materno infantil (Giraldo 2007, 39). Dichos Spss se enmarcan en las políticas sociales que incluyen entre otros sectores las políticas de educación, los regímenes pensiones, políticas laborales, etc. A continuación, explicaremos mejor el desarrollo de esta metamorfosis, poniendo de fondo la evolución de los sistemas de protección social en Latinoamérica.

La protección social en salud en Latinoamérica y los años reformistas

El primer país latinoamericano que implementó un sistema de seguridad social al estilo del modelo alemán fue Uruguay en 1910, y paulatinamente todos los países de

la región siguieron sus pasos⁴. No obstante, había grandes diferencias entre los sistemas de cada país sobre todo en términos de cobertura y los tipos de beneficios recibidos. En referencia concreta a los países analizados en esta investigación, debemos señalar que Colombia crearía en 1946 el Instituto de Seguros Sociales, y Ecuador en 1928 haría lo propio creando la Caja de Pensiones. En la mayoría de países latinoamericanos se crearon sistemas de aseguramiento durante la época de Sustitución de Importaciones, que era un paquete de medidas económicas que buscaba industrializar a la región. En ese sentido, se trataba de impulsar a través de dichos sistemas de aseguramiento

un círculo virtuoso: protección social-productividad-salario-protección social. Esta apuesta es a la vez económica y política. En su componente económico, equivale a afirmar que la protección no es únicamente un costo, sino que genera aumentos de productividad que –incluso sin redistribución entre salarios y beneficios– permiten aumentos de salarios donde la parte individual crece menos rápidamente que la parte socializada. En su componente político, equivale a decir que se puede establecer un compromiso político sobre este modo de distribución de las ganancias de productividad (Lautier 2005, 104).

A pesar de la gran heterogeneidad entre estos sistemas de aseguramiento en la región, es posible señalar algunos puntos en común a inicios de la década de los ochentas: a) La cobertura de esos sistemas era relativamente baja y no alcanzaba los mínimos de cobertura establecidos por la OIT (Mesa Lago 2005, 17); b) Falta de igualdad o equidad, puesto no todos los asegurados gozaban de los mismos beneficios; c) Las prestaciones para la población asegurada eran generosas dado que los cubrían contra todos los riesgos y enfermedades; d) Multiplicidad administrativa y segmentación en la atención de la salud lo que aumentaba considerablemente los gastos administrativos.

⁴ En la década de los veinte y treinta algunos países latinoamericanos como Argentina, Uruguay, Chile y Cuba comenzaron a implementar sistemas de seguridad social. En las dos siguientes décadas harían lo propio Panamá, México, Perú, Colombia, Bolivia, Ecuador y Venezuela, mientras que República Dominicana, Guatemala, El Salvador, Nicaragua, Honduras y Haití serían los últimos países en hacerlo en los años sesenta y setenta (Mesa Lago 2005, 14-15).

Dado que estos regímenes tenían una baja cobertura, para las personas muy pobres, los desempleados y aquellos sin capacidad de pago se mantuvo una red asistencial de carácter público o religioso. Cabe resaltar entonces, que en Latinoamérica nunca se desarrolló un Estado de Bienestar similar al modelo europeo, sino que principalmente se crearon sistemas de aseguramiento o modelos de política social con alcances diferenciados, coexistiendo sistemas fragmentados, desiguales y/o excluyentes, puesto que muchos de sus beneficios han estado imitados a ciertos grupos, especialmente las clases medias urbanas. Este sistema bipartito (aseguramiento para asalariados y asistencialismo para la población pobre)⁵, se mantuvo sin mayores amenazas hasta el inicio de la década de los ochentas, cuando estalló la crisis de la deuda en los países latinoamericanos. Dicha crisis fue anunciada como la oportunidad para corregir los errores en la política macro económica que se habían cometido en la región, de la mano del modelo de Sustitución de Importaciones. La falta de alternativas y la desesperación por lograr la estabilización macroeconómica y por conseguir crédito externo, llevó a los países latinoamericanos a ejecutar un conjunto de cambios, que implementados en diverso grado, tiempo y modo de aplicación supusieron un giro hacia un modelo 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.

Una parte importante de este conjunto de cambios fue reevaluar el gasto social para reestructurar la manera cómo se financiaba, administraba y ofrecían servicios sociales como la salud y las pensiones. Así, durante los años noventa prácticamente todos los países de la región iniciaron procesos de reforma a estos sectores, o evaluaron la posibilidad de hacerlo. La justificación esgrimida por las instituciones como el FMI o el Banco mundial para impulsar y apoyar las reformas era la supuesta crisis de estos sistemas de protección debido a: a) El corporativismo; b) La burocracia desmedida; c) Su ineficiencia, y d) la imposibilidad de financiar estos “privilegios” para unos pocos. Finalmente, sostenían que

su establecimiento sería expresión de un populismo irresponsable y su viabilidad financiera era muy limitada en el tiempo, dado que estaba ligada a la existencia de elevadas rentas estatales, a un rápido aumento del conjunto de asalariados y a altas tasas

⁵ Se debe señalar que también existía una red privada para las personas que pudieran pagarla.

de crecimiento. El agotamiento de estas condiciones y la perpetuación de las fuertes restricciones políticas (el compromiso corporativista) habrían no sólo precipitado la quiebra financiera, sino además concentrado los recursos disponibles en los menos pobres. Esta situación habría vuelto éticamente injustificable el mantenimiento del sistema (Lautier 2005, 99).

El país pionero en este proceso de reforma fue Chile, que a inicios de los ochentas en el marco de la dictadura, desarrolló una reforma caracterizada por la descentralización y la creación de aseguradoras privadas (ISAPRES). Este fue el comienzo de numerosos procesos de reforma que se desencadenaron en la región, los cuales diferían en grado y resultados, pero todos tenían como común denominador la necesidad de reestructurar el sector, al reorganizar los roles de los actores involucrados, y cuyos objetivos centrales eran buscar la descentralización y/o la privatización. En algunos países junto a la reforma al sector salud se llevó a cabo simultáneamente la de pensiones, y en otros se optó por primero reestructurar un sector y luego el otro (Mesa-Lago 2005). Estas reformas venían acompañadas de una focalización del gasto social, pues el argumento esgrimido era que éste no llegaba realmente a quienes más lo necesitaban, es decir los más pobres, por lo tanto, debían crearse sistemas eficientes de identificación de esta población para que recibieran los subsidios estatales. No obstante, aquí se hace evidente la confusión entre políticas sociales y la lucha contra la pobreza, pues “estas dos cuestiones no son independientes, pero son distintas. El restablecimiento de verdaderas políticas sociales es una de las dos condiciones para una lucha eficaz contra la pobreza, aunque ésta no sea su objetivo explícito” (Lautier 2005, 196). Como parte de la estrategia para reestructurar el sector, el Banco Mundial determinó que era imperante reconceptualizar la noción de protección social, de ahí que para esta entidad

Una nueva definición amplia de Protección Social se centra en el concepto del manejo social del riesgo: La protección social consta de intervenciones públicas (i) para asistir a los individuos, hogares y comunidades a manejar el riesgo en mejor forma y (ii) para prestar apoyo a los pobres en situación crítica. En esta definición se combinan los instrumentos tradicionales de Protección Social bajo un esquema unificador, incluidas intervenciones en el mercado laboral, programas de seguro social y redes de protección social. Holzman, manejo social del riesgo (Holzmann y Jørgensen 2000, 11).

Aquí podemos observar como un cambio de política supone un giro conceptual que crea nuevas expectativas y formas de manejar un problema, pues evidentemente la nueva definición de Protección social, supone traspasar la responsabilidad del Estado al individuo, quien debía aprender a “administrar” el riesgo. Con ello, el Estado se desembarazaba de la obligación de brindar subsidios a la oferta en servicios de salud, y podía ofrecer subsidios a la demanda a los individuos en la situación más crítica.

Existe abundante literatura que analiza los procesos de reforma en el sector de la salud, en Latinoamérica. Se encuentran investigaciones que se centran en los actores que participaron en el proceso de formulación (Almeida 2006), y en el rol de la banca internacional en estos procesos (por ejemplo, Homedes y Ugalde 2005; Barrientos y Lloyd-Sherlock 2000; De Beyer et ál. 2000). Entre los estudios comparativos destacan el de Fleury, Belmartino y Baris que hacen un exhaustivo análisis de la implementación de las reformas en tres países México, Argentina y Brasil 2000; pero tal vez, el estudio comparativo que es el gran referente en la región es el de Mesa-Lago (2008), quien hace una comparación de gran alcance de las reformas de salud en los últimos 25 años del siglo XX, en los 20 países de América Latina y el Caribe (se excluyen los países caribeños no latinos), con el objetivo de evaluar sus características y resultados. No obstante, existen vacíos empíricos y teóricos sobre la dimensión ideacional-discursiva en la formulación y diseño de estas políticas en perspectiva comparada. Cabe resaltar la gran importancia de abordar la problematización y el debate del que surgen los Spss, pues de esto depende la manera como se construyen los sistemas de salud y condiciona los posteriores cambios en la política. Asimismo, para comprender el proceso de reforma en ambos países es necesario enfocarse en factores descartados o poco trabajados, como el discurso, el contenido ideacional y la construcción de una nueva trayectoria (*path shaping*).

Justificación, preguntas y objetivos de la investigación

Un hecho curioso es que Colombia y Ecuador hubieran podido tener casi el mismo sistema de aseguramiento en salud, si hace veinte años, en el gobierno de Sixto Durán-Ballén se hubiera logrado la aprobación e implementación de la reforma que impulsaba su gobierno. Devolvámonos entonces a aquel periodo de tiempo, a inicios de la década de los noventas, para establecer allí el punto de partida de la bifurcación de los sistemas de protección social en salud (Spss) entre ambos países.

En aquel momento, los dos países compartían bastantes similitudes en sus sistemas: baja cobertura en aseguramiento, servicios en su mayoría asistenciales y de calidad cuestionable, fragmentación, duplicación costos, ineficiencia, etc. Entonces, con apenas un año de diferencia, ambos países buscaron implementar reformas a sus sistemas de protección social en salud (Spss) para transformarlos en sistemas de aseguramiento universal. En 1993, en Colombia se aprobó la reforma, mientras que en 1994 Ecuador no pudo concretarla, a pesar de un nutrido debate y un importante esfuerzo por parte del Ejecutivo. A partir de ahí se fue abriendo un abismo que fue separando cada vez más ambos sistemas.

Ante la magnitud de la diferencia, surgen interesantes preguntas: ¿Por qué el Sistema de Protección Social en Salud colombiano es tan diferente del ecuatoriano?, ¿Por qué en Ecuador no se creó un mercado de seguros como en Colombia?, ¿cómo se ha llevado a cabo el proceso de formulación y cambio de estas políticas públicas en ambos países, durante el periodo 1995-2015, considerando quienes participaron, con qué contenido ideacional y qué procesos discursivos se llevaron a cabo? Para dar respuesta a estas preguntas, planteo como objetivo principal de mi investigación analizar y comparar la formulación y cambio de los sistemas de protección social en salud en Ecuador y Colombia, en el periodo de 1990-2015, profundizando en el rol del contenido ideacional y del discurso en dicho proceso.

Es necesario recordar que durante la década del ochenta, los países latinoamericanos enfrentaron las presiones de la banca internacional para adoptar medidas de ajuste que les permitieran el pago de sus deudas. Por ello, muchos países debieron impulsar reformas contando con la “asesoría” de equipos de tecnócratas enviados por el Banco Mundial (BM), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y otros organismos internacionales, que ofrecían el mismo paquete de soluciones para todos los países. Pero no sólo tenían presencia los tecnócratas internacionales, también intervenían tecnócratas locales que ya habían trabajado en la banca internacional y/o se habían educado en universidades norteamericanas. Algunos autores han investigado alrededor de la presión de las Instituciones Financieras Internacionales (IFI) en la aplicación de las medidas de reforma estructural y la privatización de diversos sectores económicos, incluidos la seguridad social, determinando que los actores transnacionales han tenido una gran influencia en la elaboración de las políticas

públicas latinoamericanas (Orenstein, 2008). En aquel entonces, tanto Colombia como Ecuador fueron presionados por las IFIs para cumplir la agenda de ajuste en materia de seguridad social, pues era la condición para desembolsar nuevos préstamos (Economist, 1998, 1999, 2000), y además recibieron comisiones constantes de expertos del BM y BID, encargadas de “asesorar” a los gobiernos. De ahí que se ha señalado que las políticas de reforma promercado serían producto de dicha presión por parte de las Instituciones Financieras Internacionales, bajo la mirada cómplice de las élites locales. Por lo tanto, la primera razón que justifica esta investigación es la sospecha de que se ha exagerado el peso de la influencia de los actores internacionales; en cambio, asumimos que los actores nacionales han tenido un amplio margen de acción para actuar y decidir en las políticas públicas de cada país.

La segunda razón es que entender cómo los países diseñan y transforman sus sistemas de protección social en salud, es una cuestión teórica y empíricamente relevante pues contribuye al debate sobre quiénes y con qué contenido ideacional participaron en este proceso. En realidad, se sabe muy poco sobre cómo los hacedores de política pública en protección social en salud, problematizan el sector y plantean soluciones que se convierten en política pública en los países de la región. Por lo tanto, aún falta una mayor comprensión al respecto.

Como respuesta tentativa a las preguntas de investigación ya mencionadas, sugiero que las élites políticas logran que sus propuestas de reforma se conviertan en política pública gracias a un factor clave: el discurso. Como afirma Deborah Stone (2002), la elaboración de políticas es fundamentalmente una lucha discursiva sobre la definición y el enmarcado conceptual de los problemas, el entendimiento público de los temas y el significado compartido que motiva las respuestas políticas. De otro lado, el contenido ideacional y el discurso son factores que deben analizarse junto con otros factores importantes, como las instituciones. Por lo tanto, el punto de vista de quien interpreta y produce los significados discursivos, sus motivos y acciones cobran sentido únicamente en el marco de los contextos discursivos e institucionales. Para mi investigación, el discurso es un factor clave que puede aportar mucho a la comprensión de los procesos de formulación y cambio de políticas públicas, y de hecho, “a menudo el discurso es el factor que falta en los estudios científicos sobre el

cambio de política, y sin el cual nuestra comprensión del cambio es mucho más pobre” (Schmidt y Radaelli 2004, 207).

De acuerdo a lo anterior, el análisis que propongo se centra en el uso discursivo en la formulación y transformación de las políticas públicas. En ese sentido, sostengo que un conjunto de factores ideacionales-discursivos íntimamente interrelacionados, facilitan la emergencia y transformación de las políticas públicas. Se debe advertir que existen riesgos en tomar el discurso como factor explicativo, ya que puede ser muy difícil establecer una relación directa entre éste y los resultados políticos. Sin embargo, para superar este obstáculo y otorgarle valor explicativo al discurso es posible cuando: 1) Se identifican claramente a los gestores del cambio de las políticas y su discurso, 2) se demuestra cómo el nuevo discurso influyó en la adopción de la reforma (Cox 2001, 476), y 3) se demuestra cómo contribuyó el discurso a superar los obstáculos institucionales al cambio (Schmidt 2002a).

Para analizar la formulación y el cambio en las políticas públicas, propongo una ruta pluralista, pues al considerar una variedad de perspectivas se puede obtener una explicación más completa del cambio de políticas (Schmidt y Radaelli 2004). En ese orden de ideas, para analizar la formulación de los Spss, elegí la propuesta teórica de Corrientes Múltiples de John Kingdon (2014), la cual se complementa la teoría de los Actores Programáticos de Philippe Zittoun y Patrick Hassenteufel (2014), e incluyo también el Institucionalismo Discursivo de Vivien Schmidt; A su vez, para abordar el cambio, opté por la teoría de los cambios graduales endógenos de Kathleen Thelen y James Mahoney (2010).

Metodología y marco teórico

En cuanto a las cuestiones metodológicas, es necesario señalar que el periodo de tiempo se delimitó entre 1990 y 2015, pues durante esos veinticinco años se desarrollaron transformaciones de política pública que abarcan dos tipos de cambios: el súbito-radical y el incremental. El primer cambio se intentó a inicios de la década del noventa en ambos países, cuando iniciaron procesos generales de reforma y modernización estatal impulsados por las ideas de apertura comercial de tipo neoliberal, procesos que buscaban abarcar diversos sectores, incluido el de los Spss.

Por su parte, en los años subsiguientes en ambos países operaron cambios incrementales que no por graduales, fueron menos importantes.

En relación a la selección de casos, fueron elegidos dos países relativamente similares, limitando el análisis a un área geográfica que, en efecto, establece un medio homogéneo en más de un aspecto (Dogan y Pelassy 1990, 133). Se trata de que, para probar la influencia del discurso en la formulación y el proceso de cambio de los Spss, se tuvieron en cuenta en el diseño de la investigación, dos casos razonablemente similares, donde la mayor parte de los factores permanecen constantes, a excepción del discurso. En ese sentido, se contrastan Colombia y Ecuador, países que comparten condiciones de fondo análogas, como la tradición histórica, la cultura, el nivel de desarrollo, las instituciones y las políticas, menos el discurso, divergente tanto en la discusión de la reforma a inicios de los noventa, como en los cambios operados entre 1995 y 2015. Cabe resaltar que la selección de países "relativamente similares" permite el desarrollo de teorías de alcance medio, las cuales se aplican a áreas restringidas. Así, para esta investigación que resalta el papel de la problematización, las controversias, el significado, el discurso y el contenido ideacional en contexto, no es posible buscar conceptos universales y generalizables.

En cuanto a la comparación en esta investigación, aporta por un lado, una mejor comprensión de la política pública de los Spss, al analizar como lo plantea McIntyre (1978), casos que buscaron el mismo objetivo, resaltando que se logra cristalizar “dos o más historias de estos proyectos, y sólo después de escribir estas historias es que somos capaces de comparar los diferentes resultados de la misma intención (1978, 272)”. Asimismo, al ser una investigación basada en el estudio de caso de n pequeño, el método comparativo resulta el más apropiado pues las "dimensiones temporales de los procesos sociales solamente son abordables desde la perspectiva del n pequeño” (Bennett y Elman 2006, 463).

Con respecto a las técnicas e instrumentos de recolección de información, se emplearon las siguientes: a) Búsqueda documental en la Biblioteca del Congreso de la República de Colombia y en la Asamblea Nacional de Ecuador, necesaria para construir el archivo legislativo (que incluyó: actas, pronunciamientos, informaciones enviadas por parte de diferentes actores, comunicaciones oficiales, etc.) que mostraran

las discusiones y los principales actores involucrados. b) Búsqueda de noticias referidas al tema en internet y en medios impresos, para ésto último se acudió a las hemerotecas de la Biblioteca Eugenio Espejo en Quito y la Biblioteca Luis Ángel Arango de Bogotá. c) Se realizó una revisión documental en diversas bases de datos (Pubmed, Scielo, LILACS Ecuador y LILACS, Jstor, Tylor and Francis, etc.) y se incluyeron, además, libros y otros documentos de expertos en sistemas de salud. d) Se realizaron diez entrevistas semiestructuradas en cada país con actores clave (periodistas, académicos, políticos) en Bogotá, Medellín y Quito. Ahora bien, se deben señalar una importante limitación de las técnicas mencionadas. Y es que se depende en gran medida de entrevistar a actores clave y de su cooperación, pero del 100% de solicitudes realizadas, sólo la mitad fueron aceptadas. En ese sentido, dado que algunos de los informantes contactados hacen parte aún de las altas esferas del poder, se rehusaron a ser entrevistados. Para suplir la falta de información se utilizaron documentos alternativos como entrevistas publicadas en medios, documentos oficiales y biografías. Cabe resaltar que todas las citas de las entrevistas fueron confidenciales y los nombres de los entrevistados se han ocultado por mutuo acuerdo.

Asimismo, tomé algunos elementos del Rastreo Comparativo de Procesos (RCP), para plantear una ruta metodológica sencilla, desarrollada en dos etapas: en la primera se establece una unidad de análisis o estudio dentro de cada caso y se describe el contexto, las características de la política pública objeto de estudio, luego se identifican momentos de toma de decisión importantes (el punto A y el punto B), para luego reconstruir y analizar los eventos que llevaron del punto A al punto B. La segunda etapa consiste en un proceso de comparación entre los casos, con base en la tipología de los cambios.

Se debe aclarar que el RCP es una propuesta metodológica que separa el análisis del nacimiento u origen de las instituciones de su proceso de cambio o continuidad, pues se trata de procesos diferentes. Por ello, esta estrategia contiene elementos que pueden segmentar ambos procesos. También se debe señalar que el (RCP) es una propuesta centrada en eventos y en actores, no en variables, por lo que resulta apropiada para un análisis desde la perspectiva endógena. Debo advertir que del RCP tomaré las

siguientes pautas metodológicas: las coyunturas críticas, los puntos focales, y contexto; elementos que contribuyen a la realización de una comparación sistemática. He descartado emplear tres elementos: mecanismos causales, periodización y análisis contrafáctico, puesto que el RCP está pensando originalmente para fenómenos sociales estudiados en largos periodos de tiempo, y dado que estoy tomando un periodo relativamente corto (solo veinticinco años), sería forzar demasiado estos elementos, sin que con ello se consiga un beneficio muy puntual para la investigación.

En relación a la teoría⁶, para el análisis del origen de la política pública, como ya se mencionó, tomo la propuesta de John Kingdon denominada Corrientes Múltiples (CM). En la teoría de las CM se propone una metáfora líquida para explicar el proceso de posicionamiento de un tema en la agenda de las políticas públicas. De acuerdo al objetivo de esta investigación, la propuesta de Kingdon proporciona un andamiaje teórico adecuado, para desarrollar una narrativa que segmenta el proceso de formulación en tres corrientes (problema, solución y política), resaltando la manera como los actores promueven sus ideas y aprovechan las oportunidades estratégicamente.

Adicionalmente, esta teoría proporciona un conjunto de elementos heurísticos que ayudan a organizar la narrativa histórica de la política pública (Zahariadis 2007, 81–82), y también aporta un factor explicativo clave: la conjunción temporal de subprocesos de política que suelen estar separados: el problema, la especificación de alternativas y la toma de decisión (Barzelay y Gallego 2006, 539). Cuando la agenda y la propuesta de un cambio de política coinciden en ciertos momentos, esta probabilidad en gran medida incrementa las posibilidades de que una reforma política sea aceptada e implementada. Los momentos en que podría ocurrir tal conjunción se conocen como ventanas de oportunidad. En ese sentido, Kingdon proporciona un conjunto de mecanismos causales que explican este tipo de oportunidades y si son aprovechadas por los actores (Ackrill y Kay 2011). Cabe señalar que la noción de emprendedores de Kingdon fue reemplazada con la perspectiva de los actores programáticos de Philippe Zittoun y Patrick Hassenteufel (2014), quienes desde un

⁶ Resulta necesario hacer una aclaración importante en cuanto al marco teórico: La totalidad de las fuentes fueron consultadas en su lengua original (todas en inglés), por lo tanto, todas las citas que aparecen en el marco teórico son traducciones mías de los textos originales.

enfoque discursivo y sociológico, desarrollan a profundidad las características y estrategias de los actores que persiguen el cambio de política.

Otra ventaja de las CM es que proporcionan un lenguaje “universal”, útil para comparar procesos de formulación de cualquier sistema político en un nivel abstracto; es decir, establecen una batería de conceptos lo suficientemente flexibles que ayudan a la comparación sin estirarlos tanto que puedan perder su significado práctico (Carney y Zahariadis 2016, 9). Cabe resaltar que las CM es una teoría influenciada por el pensamiento construccionista social y en ese sentido, el complemento discursivo que se profundizará no resulta incoherente ni entra en contradicción con los postulados básicos de la teoría. Así, las CM tiene la posibilidad teórica de acoger e incluso extender estos enfoques discursivos, al proporcionar los elementos teóricos generales que articulan los cambios en las preferencias y las estrategias de los actores, que pueden desembocar en un cambio en los momentos críticos. En ese sentido, las posibilidades de la agencia en las CM son potencialmente ricas, pues la racionalidad de los actores es contingente, y por ello, debe entenderse en términos situacionales. De ahí que los actores tengan autodeterminación y motivaciones, que pueden variar desde la regulación externa hasta la regulación intrínseca, expresadas en las estrategias creativas de formulación de políticas (Ackrill, Kay y Zahariadis 2013, 878).

Una advertencia importante es que Kingdon diseñó su teoría solamente para el posicionamiento de los temas en la agenda, y no para otras etapas o dinámicas del proceso de política pública. Sin embargo, otros autores ya han aplicado la propuesta de Kingdon a momentos más allá de la agenda (Powell y Exworthy 2001, Ridde 2009) y han demostrado la utilidad de esta estrategia analítica. Por lo tanto, se asume que a pesar de tener limitaciones sigue siendo un dispositivo heurístico que permite analizar la complejidad de la realidad social, pero se debe complementar con otros enfoques.

Por su parte, el Institucionalismo Discursivo (ID) es una forma de institucionalismo relativamente reciente, pues su aplicación al análisis de políticas públicas apenas comenzó durante la década del noventa. La agenda investigativa del ID se centra en el contenido sustantivo de las ideas y su influencia en los flujos de acción política y teoriza sobre el rol del discurso en el proceso político. Para Schmidt (2010), el

institucionalismo discursivo comparte con los demás institucionalismos la importancia concedida a las instituciones, pero se diferencia en sus objetos y en la lógica de la explicación sobre el cambio. Además, el discurso es un concepto que une al institucionalismo y al análisis centrado en el actor, es decir, contribuye a construir un puente entre la estructura y la agencia. No es este el espacio para ahondar en el debate que esta división ha suscitado, pero se debe reconocer que si una institución cambia, es porque se puede identificar un actor que ha buscado tal cambio o ha tomado determinada decisión. Como afirman Radaelli y Schmidt “En la vida política las estructuras no son metafísicas [...] por ello necesitamos conectar y no separar el cambio institucional y el análisis centrado en el actor, y allí el discurso es decisivo porque ayuda a integrar la estructura y la agencia y así explicar la dinámica del cambio” (2004, 192). Del ID se toman los siguientes conceptos clave para el análisis discursivo de las políticas públicas: dimensión interactiva del discurso (etapa coordinativa y comunicativa), el contenido cognitivo y normativo, entre otras.

Como ya se ha señalado, durante la investigación se dividió el origen y el desarrollo de la política pública para abordar el estudio de los años posteriores (1994-2015), en los cuales, se dieron cambios de naturaleza gradual y endógena. Para analizar esta etapa de transformación desde 1995 hasta 2015, tomo la tipología y la descripción de los agentes de la teoría del cambio endógeno de Kathleen Thelen y James Mahoney (2010). Es necesario aclarar que la teoría de las CM puede entrar en diálogo con la teoría empleada para el análisis de los cambios de la política pública, pues comparten con el institucionalismo, especialmente con las variedades históricas, un énfasis en el cambio, el cual es contingente en momentos concretos donde se interrumpe la reproducción regular de patrones, dentro de entornos institucionalmente complejos (Ackrill, Kay y Zahariadis 2013, 877-878). Por lo tanto, si bien existen momentos para el cambio radical y exógeno, también se dan circunstancias donde las instituciones son vulnerables a que se desarrollen los siguientes tipos de cambio gradual y endógeno: desplazamiento, superposición en capas, deriva y conversión (Streeck y Thelen 2005). El cambio vendría con las transformaciones en las coaliciones, y de cambios en el nivel y grado de cumplimiento institucional.

Capítulo 1

Marco metodológico y teórico

Este capítulo describe la caja de herramientas empleada para el desarrollo de la investigación. En los dos primeros apartados describo con detalle la estrategia metodológica empleada: los elementos tomados del Rastreo Comparativo de Procesos (RCP) y la taxonomía para clasificar los cambios en sistemas de protección social en salud. A lo largo de los apartados posteriores presento mi marco teórico: en primer lugar, las Corriente Múltiples y los actores programáticos. Segundo, la propuesta de Kathleen Thelen y James Mahoney (2010) sobre los cambios endógenos incrementales. Tercero, la descripción del Institucionalismo Discursivo y los conceptos de discurso coordinativo y comunicativo, así como el contenido ideacional y cognitivo. Finalizo con la descripción de un conjunto de estrategias discursivas, a las que sumo mi aporte teórico, el cual es un conjunto de estrategias discursivas denominadas: ininteligibilidad deliberada, la narración maniquea, escucha activa y pasiva, y la ambigüedad constructiva.

1. Metodología

1.1 Rastreo Comparativo de Procesos (RCP)

Para la metodología se empleó el Rastreo Comparativo de Procesos (RCP), desarrollado por Bengtsson y Ruonavaara (2016, 2011), un enfoque adecuado para abordar preguntas de investigación relativas a dos o más casos. El RCP ofrece un conjunto de elementos para identificar las similitudes y diferencias de resultados o procesos entre casos relevantes, con base en un conjunto de supuestos teóricos o empíricos. El RCP⁷ aborda el análisis centrado en eventos y en actores; sobre los eventos, el RCP desarrolla narraciones paralelas, para “describir y analizar secuencias de acciones y eventos que constituyen el proceso que conduce a un determinado estado final sin transformarlo en variables y valores” (Bengtsson y Ruonavaara 2016, 61).

⁷ Cabe advertir que el rastreo de procesos es una metodología que establece relaciones entre una variable dependiente y un conjunto de variables independientes y que busca explicaciones causales basadas en hipótesis y en diseños cuasiexperimentales. pues sostiene que el enfoque centrado en variables “es demasiado exigente para una comparación sistemática de procesos políticos complejos” ((Bengtsson y Ruonavaara 2016, 61).

En cuanto a los actores, se señala que los resultados políticos son producto de sus acciones, ideas y preferencias, así como de las interacciones entre diversos factores contextuales; “tales resultados pueden interpretarse en términos de institucionalización y dependencia de la trayectoria incluso cuando se explican en relación a otras teorías” (Bengtsson y Ruonavaara 2016, 47). De ahí que sea una visión mucho más amplia del uso tradicional del rastreo de procesos, al ser un enfoque que reúne, acepta, coordina y relaciona diferentes enfoques teóricos y metodológico. El RCP plantea una metodología de dos pasos: el primero, es el análisis “dentro de cada caso”, describiéndolos y analizándolos como unidades de análisis independientes; y el segundo paso, es la comparación “entre casos”, ya que se trata de realizar la contrastación entre ambos procesos (Bengtsson y Ruonavaara 2016, 47-48). A continuación, se describen los tres elementos metodológicos tomados del RCP: Dependencia de la trayectoria, las coyunturas críticas y los puntos focales, y el contexto.

1.1.1 Dependencia de la trayectoria

1.1.2 La dependencia de trayectoria puede emplearse como categoría descriptiva (Fontaine 2016) pues resalta la trayectoria histórica, la contingencia, las opciones institucionales y las consecuencias a largo plazo de una decisión inicial. En palabras de Bengtsson y Ruonavaara el rastreo de procesos “no se basa necesariamente en las teorías de la dependencia de la trayectoria (*path dependence*), pero la comparación entre procesos exige un análisis en términos de continuidad y cambio. El asunto con la dependencia de la trayectoria es que algunos resultados solo pueden ser explicados por la secuencia de acontecimientos en su historia específica” (2016,48). Se trata de que las decisiones del pasado condicionan las opciones del presente y la evolución de una política pública. Dicha evolución puede seguir rutas imprevistas a las calculadas inicialmente y en consecuencia, crear situaciones totalmente inesperadas. La dependencia de trayectoria favorece el concepto de que las decisiones institucionales o rutas iniciales tomadas durante una coyuntura crítica, determinan o condicionan la evolución de las instituciones, debido a los procesos de retroalimentación positiva a largo plazo que fortalecen la elección inicial. De este modo, una vez se toma esta primera decisión y se crean instituciones, normas, reglas, procedimientos, rutinas, etc., es muy difícil retomar otras alternativas descartadas inicialmente o incluso revertir el camino elegido (Mahoney 2000, 513). Este proceso afecta a los actores, quienes notan

como sus preferencias, objetivos e incluso identidades son condicionados por el desarrollo institucional.

La dependencia de la trayectoria alude entonces a la resistencia al cambio y a la continuidad, por lo que a partir de la ruta institucional inicial, se define una pauta y una lógica, limitando de manera restrictiva las acciones disponibles en el futuro. Los inicios de una institución están marcados por la contingencia y las alternativas disponibles, sin olvidar que los cursos de acción pudieron haber tomado una dirección diferente, si otro actor hubiera estado en el poder durante el periodo en que surgieron. Las instituciones dependientes de la trayectoria suelen aparecer durante coyunturas críticas es decir, durante situaciones excepcionales, donde existe la posibilidad de romper con el pasado y abrir diversas alternativas de acción política, pues se asume que en ausencia de estas, las instituciones tenderán hacia la inercia (Pierson 2004).

Bengtsson y Ruonavaara proponen una versión “débil” de la dependencia de la trayectoria; la cual se describe como un patrón histórico, en el “que cierto resultado puede ser rastreado en el pasado hasta identificar un conjunto particular de eventos sobre la base de la observación empírica guiada por la teoría” (2016, 50); en ese momento importante de toma de decisión puede abrirse una nueva senda, y aunque es más probable que dicho curso particular se mantenga, no resulta imposible de cambiarlo. Por lo tanto, esta versión débil, citando a Bengtsson y Ruonavaara “deja abierta la posibilidad de un cambio institucional endógeno y permite grados de dependencia de la trayectoria” (2016, 51).

Otra ventaja de la versión débil es que, siendo un enfoque centrado en el actor y escasamente racionalista, facilita considerar la agencia de los actores políticos con base en la acción poco racional ((Bengtsson y Ruonavaara 2016, 51). Se trata entonces de que los actores escasamente racionales actúan sobre la base de sus creencias, más o menos falibles que están moldeadas en gran medida por la situación en la que se encuentran (Bengtsson y Hertting 2014). De otro lado, para Mahoney (2000), emplear el concepto de dependencia de la trayectoria implica separar analíticamente, el nacimiento de las instituciones de su proceso de cambio o continuidad, dado que son procesos con características, lógicas, mecanismos y actores

diferentes. Esta idea se retoma en el Rastreo Comparativo de Procesos y por ello, en el análisis de los casos de Colombia y Ecuador se realiza esta separación analítica.

En resumen, los tres elementos centrales del análisis, siguiendo a Bengston y Ruonovaara son: 1) Establecer el evento (punto A), donde un camino histórico es "elegido" en lugar de otro; 2) Identificar el proceso de toma de decisiones en un punto B, en el que los efectos de la elección del punto A son visibles; y 3) La comparación de las situaciones (A y B) que debería dar una pista del tipo de mecanismo que ha estado trabajando entre los dos eventos (2011, 12).

1.1.2 Coyunturas críticas y puntos políticos focales

Las coyunturas críticas suponen la existencia de períodos de continuidad interrumpidos por etapas de crisis o periodos especiales, en los cuales los actores pueden tomar decisiones que rompen con el pasado, y donde se dan cambios significativos que abren la posibilidad de nuevos legados o dependencias del camino. Durante estos periodos son “notorias las luchas alrededor de las alternativas disponibles para los decisores de política, resaltando que siempre existen alternativas, por lo tanto, el concepto de coyunturas críticas se basa en que las alternativas, por más ocultas e inactivas, están disponibles para los actores” (Bengston y Ruonovaara 2016, 52). No obstante, es necesario aclarar que encontrar el punto de inicio exacto de un proceso político es muy difícil, pues siempre existirán condiciones previas que lo hubieran impulsado o lo hicieran posible; condiciones que a su vez pudieran rastrearse en el pasado de manera sucesiva, produciendo un rastreo inacabable. Por ello, identificar el punto de origen es en realidad una tarea analítica que debe ser asumida con base en las preguntas de investigación y la perspectiva teórica aplicada (Bengston y Ruonovaara 2016, 52).

Además de la coyunturas, también es posible analizar los puntos focales, los cuales se definen como “puntos de decisión donde se hace explícito el papel restrictivo de las instituciones dominantes” (Bengtsson y Ruonovaara 2016, 53). Es decir, situaciones de toma de decisiones donde se puede consolidar la trayectoria de dependencia tomada previamente. En las políticas públicas, pueden referirse a los momentos de transformación de la legislación o a los intentos de modificaciones institucionales. A

veces, en estos puntos focales se pueden tomar decisiones que crean nuevas estructuras institucionales, pero que a menudo, solamente refuerzan las instituciones existentes (Bengtsson y Ruonavaara 2016, 52-53). En concreto, para esta investigación se ha determinado que en ambos países, el punto de inicio o punto A, es el intento de reforma a los sistemas de protección social en salud a inicios de los noventas. El punto B, sería otro momento importante de toma de decisión, que en Colombia correspondería a la discusión de la Ley 1751 de 2015, y en Ecuador el periodo 2007-2017, en el cual se ha promulgado una nueva Constitución, así como un conjunto de medidas para el sector de la protección social.

1.1.3 Contexto

La descripción y narración sobre “el proceso de partida desde el punto A hasta el B debe pasar por el contexto político y económico en que se mueven los actores” (Bengtsson y Ruonavaara 2016, 56), pues su preferencias, decisiones e ideas dependen de la situación y el contexto social. De otro lado, para lograr una comparación relevante, Bengtsson y Ruonavaara señalan que los contextos deben ser similares pero no necesariamente idénticos (2016, 56); puesto que el entorno de cualquier fenómeno incluye una variedad tan grande de aspectos diferentes que es imposible abordarlos en su totalidad; por ello, es necesario centrarse en lo que es relevante para la pregunta de investigación y la perspectiva teórica elegida (Bengtsson y Ruonavaara 2016, 56).

No obstante, sobre la descripción contextual se debe considerar, siguiendo a Collins, Green y Hunter (1999) que: 1) En la realidad, el proceso político, más que lineal y organizado es desordenado, confuso en muchos casos, ambiguo, incoherente, contradictorio, desarticulado e inconsistente. En suma, un proceso político que no se ajusta a los patrones de acción y organización racional. 2) No existe una relación directa y unidimensional entre, por un lado, el contexto y por otro, el proceso político y el contenido de la reforma del sector salud. Tal determinismo simplista no reconoce la compleja interacción de las fuerzas sociales, económicas y políticas en la sociedad. 3) El análisis organizado basado en diversas categorías de factores contextuales, puede proporcionar orden y legibilidad a un área dinámica y compleja, pero se debe tener cuidado, pues una clasificación tan ordenada, puede ser excesivamente abstracta y llegar a aparentar una organización que no existe. Más aún, los límites entre las

categorías no son fijos, ni absolutos o excluyentes, sino cambiantes y difusos (Collins, Green y Hunter 1999).

A continuación, se describen brevemente las tres dimensiones contextuales, consideradas relevantes a partir del marco teórico y el problema de investigación:

a) Política

Esta dimensión aporta elementos interpretativos para explicar el contenido, la viabilidad de una reforma y su implementación; para identificar las partes interesadas en el proceso de reforma y las características clave del proceso de toma de decisión (Collins, Green y Hunter 1999,76). Por ejemplo, las turbulencias o los climas de inestabilidad política, el tipo de régimen (democrático o dictatorial), el funcionamiento de los sistemas de partidos, etc., son factores políticos que conforman el entorno que configura diversos tipos de decisiones en el sector salud. El tipo de hegemonía ideológica también influye en la clase de cambio político económico y social que se desarrolla en las sociedades. Las reformas en el Spss suelen manifestar elementos específicos de transición ideológica a través de la inclusión de elementos como la promoción del sector privado, la elección del usuario, cambios en la estructura y operación del sector público (a través de la competencia, mercados, descentralización y nuevos incentivos), la inclusión de límites en el sector de salud o el cambio en el financiamiento de la salud pública (específicamente la transición de un sistema basado en impuestos a uno basado en los aportes individuales, las cuotas o copagos y los sistemas de seguros) (Collins, Green y Hunter 1999, 76).

b) Economía

El rumbo que tomen las políticas financieras y económicas, así como las crisis o firmas de tratados de libre comercio pueden tener una influencia en las Spss. De la misma manera, una reforma en salud puede reflejar la política de libre mercado que se impulsa en el país. Además, es importante notar que las fuentes de financiamiento del gobierno y el tipo de distribución de los recursos en diversos sectores también afecta el contenido de las políticas (Collins, Green y Hunter 1999, 75).

c) Factores externos

Existen instituciones importantes para la formulación de las políticas de los sistemas de protección social en salud, como los organismos internacionales bilaterales o multilaterales; “El rol de las agencias internacionales ha sido bastante controversial pues involucra cuestiones como la soberanía nacional, el liderazgo internacional del

Banco Mundial en las reformas del sector de la salud, el impacto de los programas de ajuste estructural y lo apropiado e inapropiado de las reformas de tipo universal defendidas por estos organismos (Collins, Green y Hunter 1999, 77)”. Para Collins, Green y Hunter (1999, 77-78) el Banco Mundial en especial, ha jugado un rol importante en la formulación e implementación de las políticas de salud en los países de bajo y mediano ingreso, convirtiéndolo en un actor relevante a partir de las siguientes consideraciones: a) sus vínculos con el Fondo Monetario Internacional, pues éste supone una influencia poderosa en la asignación de préstamos, “de tal forma que su rol en los programas de ajuste estructural y los mecanismos de condicionalidad para los préstamos, puede proporcionar un marco importante que puede influir en la formulación e implementación de una reforma nacional del sector salud (Collins, Green y Hunter 1999,77)”. b) Asimismo, el BM cuenta con gran presencia técnica, en contraste con los Ministerios Nacionales de Salud, “debido a su continuidad organizativa, recursos económicos, personal experto y fuentes de documentación e información” (Collins, Green y Hunter 1999, 77). c) La influencia del BM trasciende el sector de la salud al involucrarse en reformas transversales del sector público, buscando limitar el papel del sector público mientras busca aumentar el rol de los actores privados e introducir la lógica del mercado en sectores como el de salud (Collins, Green y Hunter 1999). d) Finalmente, gracias a su participación en una tupida red que involucra funcionarios gubernamentales, instituciones de investigación, diversos tipos de asociaciones, partidos políticos de cada país, etc., junto con becas en el extranjero y visitas técnicas el BM promueve la difusión de sus ideas (Collins, Green y Hunter 1999). En este apartado también resulta relevante el papel de la Organización Mundial de la Salud, la autoridad mundial sobre el tema y por lo tanto, se incluye en la descripción.

1.2 Taxonomía para la comparación y evaluación del cambio

Para complementar la descripción tomo la propuesta de Wendt, Frisina y Rothgang (2009) la cual proporciona una taxonomía sencilla para categorizar los Spss, basada en tres tipos ideales que a su vez se combinan con tres tipos de actores para darle textura a los detalles que podrían invisibilizarse desde tipos ideales; además, es una herramienta útil para realizar la comparación de sistemas, estableciendo diferencias y similitudes para estudios comparativos con n pequeño, y permite analizar la distancia entre “tipos ideales” y “reales” (Wendt, Frisina y Rothgang 2009, 72); por lo cual, es

propicio para investigar el cambio de los sistemas de salud, tomando como referencia el punto A y el punto B. La propuesta de Wendt, Frisina y Rothgang se articula a partir de tres dimensiones: financiamiento, provisión y regulación. Cada dimensión se describe con base en siguientes preguntas ¿quién asume estas funciones? ¿quién financia? ¿quién provee el servicio? y ¿quién regula? Las respuestas involucran a tres tipos de actores que pueden asumir estos roles: el estado, los actores no gubernamentales (la sociedad) y los actores privados (el mercado). Y aunque sociedad y mercado cuentan con un rol parcialmente autónomo:

Es necesario tratar a estos actores como conceptualmente distintos, ya que representan fuentes independientes de acciones e intereses en la política de salud [...] Si bien las dos primeras dimensiones permiten un análisis cuantitativo, la dimensión reguladora requiere un análisis cualitativo, ya que preguntamos si las relaciones entre agencias de financiamiento, proveedores de servicios y beneficiarios (potenciales) son reguladas principalmente por actores gubernamentales, no gubernamentales o de mercado. Este concepto incluye, por ejemplo, aspectos de la “elegibilidad”, las barreras de acceso y la relación entre el Estado y la profesión médica (Wendt, Frisina y Rothgang 2009, 77).

A continuación se describen las tres dimensiones: financiamiento, provisión y regulación.

1.2.1 Financiamiento

Según Wendt, Frisina y Rothgang (2009), el financiamiento puede ser fruto de la tributación, las contribuciones a la seguridad social y las fuentes privadas; reconocen que puede darse múltiples combinaciones pero en general, existe un tipo de financiación que prevalece, lo que permite distinguir entre los tipos de financiación predominantes. El seguro social es un tipo de financiación basada en actores no gubernamentales (sociedad) alimentado por una fuente fiscal, otra de contribuciones privadas (empleados y empleadores) y gastos privados de bolsillo. No obstante,

dado que el Estado no cuenta con un acceso directo a los ingresos del seguro social, esta característica establece claramente la diferencia entre la tributación y este tipo de financiación. Por otro lado, la seguridad social es un tipo de servicio sin fines de lucro, que no concede derechos con base en la noción de ciudadanía sino que se basa en una

contribución específica, que es obligatoria y tiende a contener algún elemento de redistribución ex ante, pero tampoco cae dentro del terreno de acción del sector privado (Wendt, Frisina y Rothgang 2009, 78).

1.2.2 Provisión de servicios

Esta dimensión es el corazón del sistema de salud, pues evidentemente el cuidado de los pacientes es la razón de su existencia. La diferencia entre los distintos proveedores (estatales, no gubernamentales o privados) se realiza con base en criterios de propiedad y si tiene o no orientación hacia el lucro (Wendt, Frisina y Rothgang 2009, 79). Siguiendo a estos autores, las instalaciones hospitalarias son relativamente fáciles de clasificar: estatales, privadas con ánimo de lucro y privadas sin fines de lucro. Dado que las categorías individuales de prestación o atención ambulatoria son muy difíciles de clasificar, este punto no se tendrá en cuenta.

1.2.3 Regulación

La regulación puede ser estatal, o puede ser una autorregulación por parte de actores no gubernamentales o una regulación por mecanismos de mercado. No obstante y de acuerdo a Wendt, Frisina y Rothgang:

Los límites de estas responsabilidades son definidos por el Estado, y sus resultados están sujetos al control estatal. Esto es especialmente cierto en lo que se refiere a la autorregulación en los regímenes de seguridad social, en los que, en relación con el Estado, las partes interesadas del sistema de seguridad social se han caracterizado como cuerpos independientes. Como tal, la influencia del Estado es decididamente superior en el caso de los seguros sociales que en los regímenes privados de asistencia sanitaria. En cuanto a los sistemas de salud privados, el mercado surge como la fuerza clave en la asunción de responsabilidades sanitarias (2009, 80).

Para entender la regulación, la propuesta de estos autores se centra en las relaciones entre los organismos de financiación, los proveedores de servicios y los beneficiarios. Como se describe en el cuadro 1.1., sobre la relación entre los beneficiarios y los organismos de financiación, se toma la cobertura y el modo de financiamiento. En cuanto a la relación entre las agencias de financiación y los proveedores de servicios, ésta se hace evidente a través de la regulación de los sistemas de remuneración y el

control del acceso al mercado de los proveedores de servicios al sistema de salud. Por último, en relación con el proveedor de servicios y los beneficiarios, son de especial relevancia las preguntas sobre cómo funciona el acceso a los servicios de atención médica y quién define el catálogo de servicios. La pregunta clave es ¿Quién se encarga de regular y controlar estas relaciones? Para Wendt, Frisina y Rothgang, esta dimensión claramente es la más compleja y para distinguir las influencias estatales, no gubernamentales y privadas, señalan que se necesita un cuidadoso juicio cualitativo, pues no puede basarse únicamente en indicadores cuantitativos. Para clasificar como regulación estatal, societal o privada, la mayoría de las relaciones enumeradas en la tabla 1.1 tienen que estar predominantemente reguladas por actores estatales, sociales o privados (Wendt, Frisina y Rothgang 2009, 80-81).

Tabla 1.1 Relaciones entre las agencias financieras, los proveedores y los potenciales beneficiarios para el análisis cualitativo de la regulación del sistema de salud.

<p>Entre los potenciales beneficiarios y agencias financieras:</p> <p>a) Cobertura: Inclusión de los diferentes segmentos de la población en sistemas públicos y privados o ambos.</p> <p>b) Sistema de financiamiento: Financiamiento del servicio de salud con fondos públicos (impuestos o contribuciones de seguro social), y fuentes privadas (contribuciones privadas de aseguradoras, pagos de bolsillo) o ambos.</p>
<p>Entre agencias financieras y proveedores:</p> <p>a) Remuneración del servicio de proveedores: Sistema específico de remuneración a proveedores.</p> <p>b) Acceso a los proveedores (potenciales) al mercado de salud.</p>
<p>Entre proveedores y potenciales beneficiarios:</p> <p>a) Acceso de los pacientes a los proveedores de servicios</p> <p>b) Paquete de beneficios: Contenido y el alcance de los servicios ofrecidos a los pacientes.</p>

Fuente: Wendt, Frisina y Rothgang (2009, 80)

Luego de describir las tres dimensiones, Wendt, Frisina y Rothgang establecen la clasificación de 27 tipos distintos de sistemas de salud considerando el rango potencial de variaciones que pueden surgir bajo financiamiento, provisión de servicios y regulación (Tabla 1.1). De estos 27 tipos, existen tres casos ideales que pueden ser identificados basados en características uniformes en todas las dimensiones de la asistencia sanitaria:

- Tipo ideal 1: Sistemas sanitarios estatales: el financiamiento, la provisión y la regulación están dominados por el Estado (fila 1).
- Tipo ideal 2: Sistemas sociales de salud: el financiamiento, la provisión y la regulación están dominados por actores no gubernamentales (sociedad) (fila 11).

- Tipo ideal 3: Sistemas privados de asistencia sanitaria: el financiamiento, la provisión y la regulación están dominados por actores privados o el mercado (fila 21).

Wendt, Frisina y Rothgang además proponen que junto a cada modelo ideal existen seis combinaciones adicionales, es decir, sistemas mixtos en los que se observan rasgos idénticos en dos de las tres dimensiones sanitarias, aproximándose así a un tipo ideal con el predominio de un conjunto particular de actores o instituciones (Cuadro 1.2. filas 2-7, 8-10, 12-14 y 15-20). Adicionalmente, agregan otras seis combinaciones de tipos mixtos, en las cuales no se observa uniformidad en lo que respecta a la financiación, la prestación de servicios y la regulación y, como tal, no se asemeja a un tipo ideal. Estos tipos se denominan *mezclas puras* (filas 22-27). En relación a los seis tipos mixtos que se incluyen bajo cada categoría de sistemas sanitarios ideales (filas 2-7), se evidencia una gran variedad de combinaciones que proporcionan una rica base para evaluar los casos reales. Sin embargo, los autores resaltan que no todas las modalidades son igualmente probables en la práctica. Por ejemplo, mientras que la combinación de regulación estatal, financiamiento estatal y provisión privada es relativamente común, es improbable que surja la regulación privada junto con la financiación y la provisión estatales. En cuanto a los tipos de sistema restantes, estos proporcionan una brújula ideal para evaluar tanto la fuerza como la dirección del cambio del sistema (Wendt, Frisina y Rothgang 2009, 81-83).

Tabla 1.2 Tipos de sistemas de salud

Fila	Tipo de sistema de salud	Regulación	Financiamiento	Provisión
1.	<i>Tipo ideal: Sistema de salud estatal</i>	<i>Estatal</i>	<i>Estatal</i>	<i>Estatal</i>
2.	Base estatal con tipo mixto	Estatal	Estatal	Social-NG
3.	Base estatal con tipo mixto	Estatal	Estatal	Privado
4.	Base estatal con tipo mixto	Estatal	Social	Estatal
5.	Base estatal con tipo mixto	Estatal	Privado	Estatal
6.	Base estatal con tipo mixto	Social	Estatal	Estatal
7.	Base estatal con tipo mixto	Privado	Estatal	Estatal
8.	Base social con tipo mixto	Estatal	Social	Social
9.	Base social con tipo mixto	Social-NG	Estatal	Social
10.	Base social con tipo mixto	Social-NG	Social-NG	Estatal

11.	<i>Tipo ideal: sistema de salud de actores no gubernamentales o social</i>	Social-NG	Social-NG	Social-NG
12.	Base social con tipo mixto	Social-NG	Social-NG	Privado
13.	Base social con tipo mixto	Social-NG	Privado	Social
14.	Base social con tipo mixto	Privado	Social-NG	Social-NG
15.	Base privada con tipo mixto	Estatal	Privado	Privado
16.	Base privada con tipo mixto	Privado	Estatal	Privado
17.	Base privada con tipo mixto	Privado	Privado	Estatal
18.	Base privada con tipo mixto	Social-NG	Privado	Privado
19.	Base privada con tipo mixto	Privado	Social	Privado
20.	Base privada con tipo mixto	Privado	Privado	Social
21.	<i>Tipo ideal: sistema privado</i>	<i>Privado</i>	<i>Privado</i>	<i>Privado</i>
22.	Mezcla pura	Estatal	Privado	Social
23.	Mezcla pura	Estatal	Social	Privado
24.	Mezcla pura	Privado	Estatal	Social-NG
25.	Mezcla pura	Privado	Social-NG	Estatal
26.	Mezcla pura	Social-NG	Estatal	Privado
27.	Mezcla pura	Social-NG	Privado	Estatal

Fuente: Wendt, Frisina y Rothgang (2009, 82)

1.2.4. Transformaciones del sistema de salud (Del punto A al punto B)

De acuerdo a la clasificación de los 27 tipos de sistemas de asistencia sanitaria según los tipos ideales, mixtos y puros, Wendt, Frisina y Rothgang establecen tres formas de cambio, que pueden equipararse a los cambios de primer, segundo y tercer orden de Peter Hall (1993b):

1. El cambio más extremo ocurre cuando un sistema pasa de un cuarto superior de la tabla a uno inferior, por ejemplo, cuando un tipo predominantemente estatal se convierte en uno privado; dicho cambio da lugar al desarrollo de un sistema completamente nuevo. Esta transformación se denomina *cambio de sistema* y se espera que surja sólo en casos excepcionales donde los giros drásticos en los objetivos de política tengan una alta aceptación pública (Wendt, Frisina y Rothgang 2009, 84). Este sería un cambio de tercer orden de acuerdo a la clasificación de Hall⁸, pues se centra en una redefinición de los

⁸ Cabe resaltar que sobre el proceso de cambio de paradigma o de tercer orden, Hall realiza tres importantes aclaraciones (1993: 280). Primero: el proceso por el cual un paradigma político viene en reemplazo de otro es probablemente más sociológico que científico, es decir, la elección entre paradigmas rara vez puede hacerse solamente sobre una base científica. Esto también implica que el

objetivos generales del sistema es decir, en la transformación de "los objetivos globales que guían la política en un campo particular" (Hall 1993b).

2. La segunda forma de transformación es más común y se desarrolla a lo largo de las tres dimensiones de un sistema, se denomina *cambio interno del sistema* (Wendt, Frisina y Rothgang 2009, 84). En relación a la propuesta de Hall, sería un cambio de segundo orden, pues se refiere a las estrategias y técnicas para alcanzar los objetivos y el desarrollo de nuevos instrumentos de política en el marco de la acción estratégica.
3. Finalmente, la tercera forma corresponde a un *cambio interno de niveles* dentro de una o más dimensiones sin que se produzcan cambios en las características respectivas del sistema (Wendt, Frisina y Rothgang 2009, 84). En términos de la taxonomía de Hall, serían cambios de primer orden que se refieren a la toma de decisiones rutinarias que normalmente se asocian con el proceso de las políticas y los objetivos básicos que las guían.

Los cambios de primer y segundo orden pueden ser tomados como casos normales de elaboración de políticas, es decir, procesos en que se ajusta la política sin desafiar los términos generales de un paradigma político dado. Se debe señalar además que los cambios de primer y segundo orden preservan la continuidad general de los patrones de la política, en contraste, el cambio de tercer orden es a menudo un proceso más disyuntivo asociado con discontinuidades periódicas en la política (Hall 1993b, 281-283). En ese sentido, los cambios de tercer orden están marcados por transformaciones radicales en las condiciones generales del discurso político asociadas a un "cambio de paradigma". Considerando la importancia del discurso en nuestra investigación, aquí debemos agregar que es necesario distinguir entre el grado y tipo de cambio que el discurso ayuda a producir. Por ejemplo, si el discurso contribuye a producir un cambio de primer orden (toma de decisiones rutinarias, asociados con el proceso de las políticas y los objetivos básicos que guían una

movimiento de un paradigma a otro puede basarse en un conjunto de juicios que es más político en su tono, y el resultado dependerá, no sólo de los argumentos de las facciones que compiten. Segundo: las cuestiones de autoridad suelen ser más importantes durante el proceso de cambio de paradigma. Al enfrentarse con opiniones en conflicto de los expertos, los políticos tendrán que decidir a quién consideran como autoridad, especialmente en cuestiones de gran complejidad técnica. De igual manera, un paradigma puede estar amenazado por la aparición de anomalías o fallos, es decir, desarrollos que no fueron totalmente comprensibles dentro de los términos del paradigma. Tercera, la competencia entre paradigmas puede superar las fronteras del propio Estado y llegar a una arena política más amplia (Hall, 1993: 283-286).

política), de segundo orden (Instrumentos) o de tercer orden donde se manifiesta un cambio de paradigma (Schmidt 2010).

1.3 Teoría

Hace más de treinta años, se publicó el influyente libro *Agendas, Alternatives, and Public Policies* de John Kingdon, en el cual describe la teoría denominada las Corrientes Múltiples (CM) que aborda el estudio de la formulación de políticas en Estados Unidos (específicamente en el sector de la salud y el transporte). Desde entonces, se convirtió en un enfoque “clásico” de análisis de política pública, aplicándose en distintos sectores y regiones (Travis y Zahariadis 2002; Carter y Jacobs 2014; Storch y Winkel 2013; Ackrill y Kay 2011; Ackrill, Kay, y Zahariadis 2013; Zahariadis 2008). No obstante, también se han formulado importantes críticas y se han alimentado intensos debates teóricos (Cairney y Jones 2016; Howlett, McConnell, y Perl 2014; Zahariadis 1999, 2007) e incluso, dadas las fallas o vacíos identificados, varios investigadores han propuesto desarrollos complementarios y fructíferos diálogos con otras teorías (Carter y Jacobs 2014). Al ser uno de los objetivos de esta investigación, se profundizará en la dimensión discursiva de las Corrientes Múltiples, pues como señalan acertadamente Winkel y Leipold (2016), esta dimensión aún no ha sido sistemáticamente desarrollada, y específicamente, la articulación de las CM con el análisis interpretativo de políticas y el análisis del discurso. Por ello y con el ánimo de fortalecer analíticamente a la teoría, se complementará con la perspectiva de actores programáticos de Hassenteufel y Zittoun (2014). Finalmente, se describirán los postulados de la teoría del cambio incremental de Mahoney y Thelen (2010), junto con el Institucionalismo Discursivo.

1.3.1 Las Corrientes Múltiples

El enfoque de las Corrientes Múltiples (CM) describe y explica el funcionamiento de la toma de decisiones y el posicionamiento en la agenda de las políticas públicas, en contextos de alta ambigüedad y con actores sin preferencias concretas. Esta teoría cuestiona el supuesto racional de que existe un proceso lineal de formulación en el cual surgen los problemas y se eligen las acciones más efectivas para solucionarlos. En su lugar, esta propuesta plantea que las ideas, los intereses y el discurso orientan las acciones políticas, dada la importancia de la argumentación, la persuasión, los valores y la ideología. Por lo tanto, busca llamar la atención sobre dos factores: los

participantes dentro y fuera del gobierno y el proceso, que incluye tres corrientes: el problema, la solución y la política (Kingdon 2014). Los siguientes son los supuestos generales que fundamentan la teoría:

- La atención o procesamiento individual es serial, mientras el procesamiento sistémico es paralelo (Zahariadis, 2014). Es decir: los seres humanos cuentan con procesos atencionales muy limitados y por ello, solo pueden prestar atención a un tema a la vez (Kingdon 2014, 73). Dado lo anterior, los formuladores de política abordan una cantidad reducida de temas y por consiguiente, se da una fuerte competencia por captar su atención. En contraste, el procesamiento sistémico es paralelo, lo cual implica que los sistemas políticos se dividen en subsistemas, lo que permite manejar simultáneamente diversos asuntos a través de ministerios: salud, educación, comercio exterior, seguridad, medio ambiente, etc (Kingdon 2014).
- El proceso de formulación se caracteriza por la racionalidad limitada, esto significa que los formuladores deben lidiar con contextos repletos de incertidumbre, información incompleta y además, con fuertes limitaciones temporales. En consecuencia, los actores no pueden tomarse mucho tiempo para pensar, reflexionar, contrastar información y analizar detenidamente antes de tomar una decisión. Estas restricciones de tiempo condicionan la cantidad de alternativas a las que es posible prestarles atención (Zahariadis 2014). A pesar de estas importantes limitaciones, se toman las decisiones y los formuladores deciden cuánto nivel de riesgo es aceptable asumir, considerando los beneficios potenciales (Cairney y Jones 2016).
- El proceso adolece de una alta ambigüedad dado que: a) los participantes no siempre tienen metas ni preferencias claras sobre lo que debe hacerse; b) la participación es fluida, puesto que ocurren abundantes cambios por parte de los responsables de las políticas por lo que no necesariamente los mismos participantes siguen el problema a lo largo de todas sus etapas de decisión; c) bastantes procesos organizacionales son desconocidos por los participantes.; por ejemplo, muchos ignoran los límites jurisdiccionales, especialmente en áreas donde varias instituciones comparten las responsabilidades, por lo cual se crean roces y choques, haciendo el proceso altamente inestable y con

frecuencia incomprensible (Zahariadis 2008, 517); y d) existe un gran número de formas de entender o pensar acerca de un tema, por ello, la definición de un problema puede ser vaga y cambiante.

Como ya se señaló, la teoría de Kingdon se basa en tres corrientes: los problemas, las políticas públicas o también llamada de las soluciones, y la política. Cada una independiente de las otras, con reglas y dinámicas propias. Cuando estas corrientes se sincronizan en momentos críticos (ventanas de oportunidad) gracias al trabajo de los emprendedores de políticas, entonces se presenta la ocasión para que el gobierno tome medidas específicas y se produzca la oportunidad de acción (Kingdon 2014). A continuación, se describe cada elemento estructural de la teoría en el siguiente orden: ventana de oportunidad, corriente política, corriente de los problemas y corriente de la solución.

La ventana de oportunidad

Para explicar el surgimiento de una política se emplea la categoría de ventana de oportunidad, es decir, el momento en que confluyen un conjunto de factores que posibilitan la aparición de un cambio. Estas ventanas se abren por diversos factores: crisis, nuevos problemas, nueva administración, cabildeo, etc (Kingdon 2014, 168).

En ese orden de ideas, la probabilidad de un cambio significativo en la política pública es difícil de predecir, ya que requiere una atención sostenida, una solución aceptable y gran espíritu de compromiso en el sistema político (Kingdon 2014, 168). Siguiendo a Kingdon, las ventanas de oportunidad son por naturaleza de corta duración, y se cierran cuando: a) Los participantes sienten que se está abordando el problema aunque se haya o no tomado una decisión. Esto se debe a que en ocasiones, la conciencia de que se debe tomar alguna acción basta para disminuir el interés por el tema. b) Los participantes no toman ninguna acción, pues tal vez “no están dispuestos a invertir tiempo, energía, capital político u otros recursos en el esfuerzo” (Kingdon 2014, 167). c) Los hechos que motivaron la apertura de la ventana pueden haber salido de la escena, ya que “la gente en posiciones clave va y viene y también las oportunidades que acompañan su presencia” (Kingdon 2014, 167), y d) una ventana de oportunidad se cierra, en ocasiones, porque no hay alternativa de solución disponible. Los actores saben que existen ventanas que se abren con gran

previsibilidad porque hacen parte de los ciclos regulares de una democracia, como las elecciones, el ciclo presupuestario o la expiración de programas, por lo tanto, la naturaleza cíclica de muchas ventanas es evidente (Kingdon 2014, 167-170).

Otro fenómeno que puede darse es el desbordamiento. Ocurre cuando la aparición de una ventana de un tema específico aumenta la probabilidad de que en un tema similar se abra otra. Aprovechando una ventana, a veces se establece un principio que guía las decisiones futuras dentro de un campo de la política o sienta un precedente que repercute en otras áreas adyacentes. Así, “el establecimiento de un principio (por alguna legislación o decreto del ejecutivo) en un área política determinada como la salud, el transporte o cualquiera de sus subáreas, produce una serie de cambios de política de manera gradual e incremental, en pasos pequeños y casi invisibles, incrementos sucesivos basados en el nuevo principio” (Kingdon 2014, 191).

De acuerdo a Kingdon, establecer un nuevo principio no significa necesariamente que “la política realmente haya tomado un nuevo giro significativo, al menos en el corto plazo” (2014, 191). La importancia de este tipo de eventos radica en que sientan un precedente que condiciona los argumentos futuros, de tal manera que a partir del nuevo principio, las personas se acostumbran a una nueva forma de hacer las cosas y se construyen las nuevas políticas en sus procedimientos operativos estándar a partir de tal lógica (Kingdon 2014, 191). Según Kingdon, una vez establecido un precedente en un área, este puede ser utilizado para promover un cambio similar en otra área con características similares, es decir, la ventana de la primera zona ayuda a abrir ventanas en zonas adyacentes, las cuales también tienden a cerrarse rápidamente. El éxito del primer caso proporciona un argumento por analogía para el éxito en el segundo, aunque dicho proceso argumentativo requiera la construcción de las categorías apropiadas (Kingdon 2014, 192). En ese sentido, la única manera para garantizar que el progreso de un área también lo sea para otra, es ubicar ambos temas en una misma categoría. Posteriormente, la inercia se establece haciendo difícil desviar o revertir la nueva dirección (Kingdon 2014, 192).

La corriente política

La corriente política es un importante promotor o inhibidor de proyectos de acción. Todos los actores importantes en el sistema, no sólo los políticos, juzgan si el equilibrio de fuerzas en la corriente política favorece la acción. En particular, Kingdon señala el estado de ánimo y las elecciones nacionales, las cuales parecen crear efectos muy poderosos en las agendas políticas, con impactos importantes en el equilibrio de fuerzas organizadas. Para los fines de esta investigación, esta corriente incluye los siguientes factores:

- Tendencia ideológica del partido de gobierno en el poder: en la teoría de Kingdon se plantea el ánimo nacional, pero es una categoría bastante imprecisa, consiste en una especie de pensamiento compartido entre las personas en el gobierno; “algo palpable para ellos pero no de forma concreta o específica” (2014, 148). Dada la descripción tan volátil y abstracta de este concepto, no sorprende que sea el elemento más difícil de operacionalizar. Por esta razón y en su lugar, empleo la tendencia ideológica del partido de gobierno en el poder (o de la coalición), medido en términos de su orientación hacia la izquierda o la derecha (Zahariadis 1995).
- Equilibrio de fuerzas políticas: Se refiere a cómo los funcionarios gubernamentales juzgan el grado de consenso entre las fuerzas políticas organizadas; La fuerza se percibe en parte, en términos de frecuencia o intensidad de las comunicaciones y en parte, en términos de recursos de los distintos grupos (Kingdon 2014, 151). A menudo, las fuerzas organizadas luchan contra el cambio, como el caso de los beneficiarios de los programas que intentan proteger los beneficios que reciben (Kingdon 2014, 151-152). También ocurre que el cambio puede ser apoyado por un electorado, o es obstaculizado por la ausencia de una circunscripción o por la oposición activa de los intereses organizados (Kingdon 2014, 152). Sin embargo, el equilibrio de fuerzas organizadas no siempre determina los resultados, de hecho, “los intereses poderosos a veces se superan y el cambio se produce a pesar de su oposición” (2014, 152).
- Eventos en el gobierno: un cambio de administración, una rotación sustancial de escaños en el Congreso o un cambio de personal en el estrato superior en un organismo administrativo en el gobierno, puede ocasionar cambios sustanciales en las agendas (Kingdon 2014, 153-154). Por ejemplo, la

sustitución de los funcionarios electos en el Congreso, crea oportunidades para impulsar nuevas propuestas y desestimar otras. El segundo proceso relevante del gobierno central es la jurisdicción, ya que “las constituciones, estatutos, leyes y reglamentos establecen grandes limitaciones al imponer jurisdicciones” (Kingdon 2014, 155). Las posiciones de diversas organizaciones se ven afectadas por los límites de su jurisdicción y por ello, “algunos temas se ignoran porque están definidos a distancia del trazado de los límites jurisdiccionales” (2014, 155).

Debe resaltarse en esta corriente que la construcción de consenso se rige por la negociación. Las coaliciones se construyen a través del otorgamiento de concesiones a cambio del apoyo o de otros beneficios.

Unirse a una coalición no se debe simplemente a que se ha persuadido a sus miembros sobre las ventajas de un curso de acción, sino también porque algunos actores temen ser excluidos de los beneficios de participar en una propuesta que tiene muchas probabilidades de resultar ganadora. Por lo tanto, se trata de un intercambio del tipo "usted apoya mi propuesta, y yo apoyo la suya," en lugar de una discusión en términos de "déjeme convencerle de las virtudes de mi propuesta" (Kingdon 2014, 159-160).

Aunque en esta corriente la formación de coalición se hace basándose en la negociación y en la corriente de solución se hace con base en la persuasión, esto no implica que negociar y persuadir sean procesos exclusivos de cada tipo de actor y corriente, de hecho, “los especialistas en políticas no tienen el monopolio de la persuasión ni los políticos el de la negociación” (Kingdon 2014, 160).

Los problemas

Se refiere a situaciones donde las personas tienen la percepción y el convencimiento de que son necesarias acciones estatales sobre una situación particular. El surgimiento y la definición de un problema contienen un fuerte componente perceptual o interpretativo, por lo tanto, son blanco de álgidos debates (Kingdon 2014, 91-94).

Existen tres mecanismos a través de los cuales los problemas captan la atención de los funcionarios y formuladores de políticas o ciertas condiciones o temas pueden volverse problemas: indicadores, sucesos que captan la atención y retroalimentación:

- *Indicadores*: son puntos de referencia para describir o medir las realidades sociales y se usan principalmente de dos modos: a) Para evaluar la magnitud de un problema y b) para hacer seguimiento a los cambios del problema (Kingdon 2014, 91-94). En general, suelen darse álgidos debates en torno a la manera como se construyen los indicadores, así como sobre su metodología e interpretación. Para que ciertas condiciones sean reconocidas como problema, se necesita un cambio percibido en el valor de esos indicadores que indique que algo malo está ocurriendo. Loer (2015) propone un conjunto de indicadores para el sector salud que pueden influir para llamar la atención: los cambios demográficos, dado que estos incrementan las presiones financieras y organizativas de los sistemas de salud así como la información sobre programas de prevención de enfermedades, y los factores contextuales como los determinantes sociales de la salud.
- *Eventos*: en ocasiones ocurren sucesos que por su naturaleza descriptiva, narrativa o excepcional, logran llamar la atención. Por ejemplo las crisis, la acumulación de desastres, las huelgas, las tragedias, los accidentes, las experiencias personales de los formuladores o la emergencia y difusión de símbolos con gran poder (Kingdon 2014, 95-96). No obstante, estos eventos por sí solos no llevan a ningún tema a ser posicionado en la agenda, simplemente refuerzan alguna percepción preexistente del problema (Kingdon 2014, 97-100).
- *Retroalimentación*: se refiere a la información sobre los programas o políticas aplicadas que sirve para monitorear los costos, objetivos alcanzados, resultados inesperados, etc. En otras palabras, se trata de una evaluación sobre lo que funciona y lo que no, y contribuye a determinar las discrepancias entre lo planteado y lo ejecutado; otras vías informales de retroalimentación son las quejas de los ciudadanos y los comentarios de los funcionarios involucrados (Kingdon 2014, 100-101). Con la retroalimentación se podría señalar cuál corriente está estructurada parcialmente por los legados de política existentes. Así, desde un punto de vista institucionalista, “los problemas a menudo están contruidos a través de un proceso de aprendizaje social, por lo cual, los efectos de retroalimentación (*feedback effects*) de las políticas existentes toman la forma de quejas sobre el funcionamiento de estos programas y la percepción de su impacto socioeconómico” (Béland 2005, 7).

Agregado a lo anterior, también se debe considerar que para comprender la formulación de políticas, es necesario abordar el conflicto y la lucha que se desarrolla para definir un problema. El conflicto desatado por la definición del problema es importante para entender el establecimiento de la agenda, porque “una vez una definición de problema se vuelve dominante, excluye políticas que no son consistentes con esta forma de describir la cuestión” (Mehta 2011, 34). Para este autor, las cuestiones centrales para comprender la definición del problema son dos: cómo se definen los problemas políticos y por qué una definición de problema prevalece sobre otra en una lucha y conflicto particular. En ese sentido, Kingdon aclara que las categorías son importantes pues definen nuestra manera de ver los problemas. Es decir, un problema será percibido de manera muy diferente dependiendo de si se asigna a una categoría u otra pues las categorías estructuran las percepciones de las personas de maneras importantes. Eventualmente, se realizan ajustes entre categorías y realidades cambiantes para el surgimiento de nuevas categorías (Kingdon 2014, 111-113). Cuando la gente empieza a pensar en “un concepto que englobe muchas ideas, en vez de componentes separados en otras categorías, aparecen nuevas definiciones de problemas y nuevas conceptualizaciones de soluciones” (Kingdon 2014, 113). Sobre la segunda cuestión, por qué una definición de problema prevalece sobre otra en una lucha y conflicto particular, Mehta argumenta que definir el problema es un proceso de disputa y conflicto entre actores con diferentes niveles de poder y capacidad de persuasión, lo cual supone escoger entre un gran universo de potenciales definiciones (Mehta 2011, 34-36).

La corriente de la política pública o las soluciones

Esta corriente explica el proceso por el cual se generan, debaten, rediseñan y se aceptan las propuestas. Las preguntas que plantea Kingdon (2014) son: ¿cómo las ideas son generadas y elegidas? y ¿cuáles ideas o soluciones están disponibles? En su perspectiva, la mayor parte del proceso se desarrolla dentro de una comunidad de política (o sopa primigenia) y por ello, los emprendedores del cambio de política son importantes, así como la manera en que defienden sus propuestas (Kingdon 2014, 122- 124). La metáfora de la sopa primigenia representa la complejidad de un proceso que no puede ser explicado simplemente por la teoría de la elección racional. La

explicación, según Kingdon, se debe buscar sobre todo en los procesos de selección, con lo cual se debe “prestar atención a los procesos de recombinación y mutación o reempaquetado de elementos ya conocidos” (Kingdon 2014, 124). La “sopa” también es una imagen que representa los problemas y soluciones planteadas, junto a los debates que suscitan. Por otro lado, resolver un problema no es la única razón por la cual se plantea una solución, pues existen otras consideraciones para promover un acto gubernamental.

Las ideas serían entonces un conjunto de posibilidades de las cuales se escoge alguna y se descartan otras. Este flujo de ideas y alternativas se da en la comunidad política y se asemeja a un proceso biológico de selección natural⁹. Lo más importante para Kingdon son los procesos de mutación y recombinación que se producen cuando las ideas se enfrentan continuamente entre sí y se refinan hasta que están listas para entrar en una etapa de decisión seria (2014, 124-126). Kingdon argumenta que las posibilidades y los límites de las combinaciones crean resultados únicos (2014, 207), por lo tanto, existen ciertas combinaciones de ideas y propuestas con el potencial de evolucionar, mientras otras no (Howlett, McConnell y Perl 2013). Aunque puede que haya propuestas que sean elegidas de acuerdo a sus méritos o potenciales beneficios (cabe agregar que una argumentación sólida y coherente no es garantía de triunfo), otras se eligen porque se ejerció presión u otro tipo de influencia.

Según Kingdon, las ideas que logran emerger hasta la superficie de la sopa, convertirse en parte del proceso de la agenda y sobrevivir, lo logran gracias a las siguientes características (2014, 116-123):

- Viabilidad técnica y financiera: los defensores de una propuesta deben “profundizar en detalles y en tecnicismos -eliminando gradualmente las incoherencias- para evidenciar la viabilidad de la aplicación y especificar los mecanismos por los cuales una idea tendría uso práctico” (Kingdon 2014, 131). Si no se demuestra la viabilidad técnica de una idea es poco probable que sobreviva, por ello, se debe convencer a los formuladores que existen los recursos financieros, humanos, materiales y culturales disponibles para hacerla

⁹ “Muchas moléculas flotan en lo que los biólogos llaman, una sopa primaveral, así las ideas flotan alrededor de estas comunidades. Muchas ideas son posibles, pero algunas sobresalen mientras otras desaparecen (Kingdon 2014,116-117)”.

viable, asimismo, que dichas ideas están en conformidad con las reglas formales existentes, como por ejemplo la Constitución (Delvaux y Mangez 2008). En el apartado referido al Institucionalismo Discursivo, se hará un abordaje más detallado sobre este tema, denominado contenido cognitivo.

- **Aceptabilidad:** las propuestas que sobreviven en la comunidad política son compatibles con los valores de los especialistas, y las que no encajan con sus valores o con el pensamiento dominante tienen menos posibilidades de sobrevivir (Kingdon 2014, 132- 133). Dado que no todos los especialistas comparten los mismos valores y en muchos casos reina el desacuerdo, el conflicto suele darse en el escenario social más amplio. Sin embargo, en algunos aspectos, “la mayor parte de los especialistas finalmente suelen ver el mundo de manera similar y aprueban o desaprueban enfoques similares (Kingdon 2014, 133)”. Los valores de los participantes suelen referirse al rol del estado, su tamaño, a su vínculo con las regiones y a un punto de vista del tamaño adecuado del sector público y en relación con el sector privado, la equidad o la justicia social (Kingdon 2014, 133- 136). Sobre este tema también haremos referencia más adelante en el apartado del ID, cuando se describa el contenido normativo.

Ahora bien, se debe aclarar que no todas las ideas están sujetas a todas las pruebas, ni que necesariamente estas se aplican en momentos predeterminados durante el proceso. Sin embargo, los actores por lo general, esperan la aparición de estas pruebas cuando están proponiendo una idea y la exponen a sus contrincantes. Además, dichas pruebas no se refieren a criterios universales e indiscutibles, ni garantizan la aparición de las mejores ideas, es decir, las más sólidas basadas en conocimientos "objetivos" (Delvaux y Mangez 2008, 78).

1.3.2 Actores programáticos

Desde el enfoque de Kingdon, existe un conjunto de personas que pueden o no estar en el gobierno¹⁰ y que buscan impulsar sus ideas o propuestas. Se caracterizan por su tenacidad, suerte o conocimiento para aprovechar la ventana de oportunidad que se

¹⁰ El empresario clave puede ser un secretario del gabinete o un senador o miembro de la Cámara; para otros, un grupo de presión, académicos, un abogado o un burócrata de carrera.

presente y se les denomina emprendedores de política. La característica definitoria de los emprendedores es su voluntad para invertir recursos, tiempo, energía y reputación con la expectativa de un futuro retorno, en la forma de políticas, satisfacción o enriquecimiento personal (promoción de la trayectoria profesional o seguridad laboral) . Otra razón para que estas personas se involucren en defender una propuesta es la promoción de sus valores: su ideología sobre el rol del estado, la justicia social, etc (Kingdon 2014, 123-124).

Según Kingdon, el papel que juegan los emprendedores en unir los problemas, las soluciones y la política cuenta con varias implicaciones. En primer lugar, le da sentido al dilema del agente frente a la estructura. Al tratar de comprender el cambio, algunos científicos se inclinan a analizar los cambios estructurales mientras que otros enfatizan en la persona indicada en el lugar y momento adecuado. En realidad, según Kingdon, son ambas cosas. La ventana se abre debido a algún factor más allá del ámbito de acción del emprendedor y es el individuo quien aprovecha la oportunidad (Kingdon 2014, 172-178).

Adicionalmente, para este autor, el acoplamiento enfatiza la importancia de la recombinación de ideas y cómo se promueven por parte de los empresarios, dejando de lado o restándole importancia a la invención o a los inventores de ideas. Dada la importancia de los individuos para aprovechar el cambio, considero que la aproximación de Kingdon queda corta para dotarlos de la fuerza explicativa suficiente.

Considerando estas debilidades, propongo reemplazar la categoría de emprendedores por la de actores programáticos de Philippe Zittoun y Patrick Hassenteufel (2014), quienes proponen un enfoque centrado en el actor para explicar el cambio de políticas. Su propuesta es una aproximación que combina las dimensiones sociológicas, cognitivas y discursivas para identificar cómo los actores políticos comparten propuestas y estrategias, y cómo construyen coaliciones discursivas. Para estos autores,

los actores son la clave del proceso pues proporcionan la dinámica creativa para el cambio. Cuando se ubica la resolución de problemas y la autoridad de los actores

directamente en el centro del enfoque para explicar los motivos, los problemas y las instituciones, estas últimas deben asumir su propio papel, no como la fuerza impulsora principal sino como parte de la estructura de oportunidades que enfrentan estos actores (Zittoun y Hassenteufel 2014, 16).

La teoría de Zittoun y Hassenteufel es una propuesta que se articula adecuadamente con las Corrientes Múltiples; no obstante, es necesario aclarar que para Kingdon la creación resulta ser menos importante que la recombinación o mutación de los elementos y por tanto, los inventores menos importantes que los emprendedores; en contraste, para Zittoun y Hassenteufel la innovación es una cuestión central en los actores programáticos.

La propuesta Zittoun y Hassenteufel analiza el cambio político, su elaboración y cómo ciertas ideas logran convertirse en política pública al tomar en cuenta las estrategias de los actores. En la mayoría de análisis del cambio político, el rol de los actores es secundario o pasa desapercibido, mientras que en la propuesta de Zittoun y Hassenteufel son centrales. Se desarrolla entonces una explicación exhaustiva de tipo endógeno del cambio, más que una basada en el contexto social, político o económico. Por lo tanto, esta perspectiva resalta el papel del equipo y de los diferentes tipos de actores que influyen en las concepciones políticas del líder, así como sus aliados en el proceso, los asume como actores colectivos en vez de individuos aislados (Zittoun y Hassenteufel 2014, 2). Desde esta perspectiva, se propone analizar las estrategias de los actores con base en las siguientes cinco dimensiones:

Primero, todos los actores individuales tienen un margen de libertad, pues a pesar de las limitaciones impuestas en organizaciones privadas o públicas, burocracias y sistemas políticos, los actores siempre cuentan con algún margen de acción; asimismo, “muestra cómo actúan de manera contingente para adaptarse a una situación poco compatible o desfavorable. [...] es decir, su capacidad de emplear estrategias de resolución de problemas, de manera que su capacidad estratégica es crucial para explicar el éxito en las propuestas, que se convierten en cambio de política” (Zittoun y Hassenteufel 2014, 6).

Segundo, los actores dotan de significado sus acciones; la explicación se basa en las

propuestas de Simon y Weber (Citados por Zittoun y Hassenteufel 2014, 6), en las que cuales se reconoce que los actores cuentan con una racionalidad subjetiva o racionalidad limitada, dada la imposibilidad lógica de alcanzar una racionalidad objetiva para solucionar problemas complejos, considerando la abrumadora incertidumbre que los acecha. En ese sentido “tomar una decisión entre diversas alternativas no es una elección objetiva, por lo tanto, siempre se escoge entre alternativas imperfectas” (Zittoun y Hassenteufel 2014, 6). Para estos autores, los actores comparten una percepción similar de un problema público y las propuestas de cambio de política, por ello plantean la hipótesis de que “los actores colectivos se unen alrededor de un programa de cambio de política en vez de un interés o valor común” (Zittoun y Hassenteufel 2014, 7). Los actores no solo seleccionan y reconstruyen las ideas, también existe un potencial creativo en su accionar, y es este “aspecto creativo lo que los distingue de los empresarios de las políticas de Kingdon, cuya función es actuar como intermediarios y envasadores de ideas políticas pero no de crearlas” (Zittoun y Hassenteufel 2014, 7).

La tercera dimensión que debe tenerse en cuenta es el reconocimiento social y la identidad. Para estos autores es evidente que la construcción de la identidad implica conflicto y oposición, como acuerdo e identificación con un grupo social o político. Zittoun y Hassenteufel proponen que ser el promotor de las propuestas de cambio de políticas y su plena incorporación a los procesos de políticas produce reconocimiento social, puesto que ser reconocido como el actor del cambio, implica ganar prestigio y reputación (2014, 7).

El cuarto factor es la delimitación del concepto de discurso. Para estos investigadores, más allá de las discusiones en torno a la relación entre pensamiento y discurso, ellos se inclinan por asumir el discurso como una forma de acción (fundamentada en el pensamiento), que se manifiesta en las elecciones que hacen los actores, ya que dichas elecciones deben ser justificadas discursivamente en el marco de contextos específicos (Zittoun y Hassenteufel 2014, 7-8) .

Por último, Zittoun y Hassenteufel problematizan la noción misma de actores programáticos, dado que al constituirse en coaliciones discursivas, éstos deben afrontar importantes desafíos, pues deben ceder y hacer concesiones para lograr llegar

a acuerdos; de tal forma que alcanzar un consenso no es tarea fácil, sino que es un proceso lleno de obstáculos, conflictos y de gran complejidad. De ahí que los actores colectivos son asumidos como

aquellos que comparten propuestas de cambio de política, no como un "hecho" o una consecuencia lógica de la agregación de las personas que comparten los mismos intereses, sino más bien como una construcción compleja y costosa que requiere un acuerdo entre los actores que siempre están libres de no cooperar. Por esta razón, no se puede considerar a cualquier actor colectivo como una coalición o una red con un único objetivo, propósito, interés, discurso o acción común [...] Por lo tanto, la constitución de actores colectivos que impulsan el cambio es el primer desafío analítico que el enfoque debe enfrentar, el segundo es explicar cómo las propuestas de políticas que unen a los actores políticos colectivos (a veces) tienen éxito y a veces no (Zittoun y Hassenteufel 2014, 8).

Siguiendo a Zittoun y Hassenteufel, la noción de actores programáticos se basa en dos premisas: 1) “la importancia de considerar las trayectorias profesionales, en los dominios de políticas públicas durante períodos prolongados, y 2) la importancia de la competencia en el enmarcado de las políticas públicas” (2014, 9). Sobre la primera cuestión, es claro que la influencia de los actores programáticos en el proceso político está unida a sus antecedentes ocupacionales. Por ello, resulta fundamental “focalizarse en sus trayectorias profesionales (para entender la acumulación de recursos, entre otros), sus propuestas de cambio (para entender la orientación y el contenido del cambio que promueven) y sus intervenciones en el proceso de formulación de política (para entender la naturaleza y alcance de sus acciones de cambio” (Zittoun y Hassenteufel 2014, 9). Por su parte, el enmarcado ha sido un tema central para el enfoque interpretativo, que lo ha definido como “un principio organizador que transforma información fragmentada en un todo estructurado y significativo” (Fischer 2001, 144). Los marcos seleccionan ciertas partes de la realidad, mientras descartan otras, resaltando algunos elementos más que otros, y haciéndolos más fáciles de notar e interpretar. Se profundizará al respecto en el apartado de estrategias discursivas.

Se debe señalar que cualquier investigación que busque analizar los actores programáticos debe seguir los siguientes pasos:

El primero es identificar los actores que pertenecen a una élite en un dominio de política pública específico. Esto significa seleccionar una población de actores, que plausiblemente están relacionados a decisiones importantes en el dominio político estudiado. Segundo, identificar a lo largo del tiempo quién ha tenido varias posiciones de poder en el dominio objeto de estudio. Tercero, establecer si los recorridos académicos o profesionales de los identificados, tienen trayectorias similares o dispares. Cuarto, evaluar si la socialización ocupacional parece haber dado lugar a una identidad grupal basada en la estima recíproca y la interacción. Quinto, juzgar, en función de cuatro dimensiones, el grado en que los individuos identificados han adoptado un programa intelectual distintivo durante un período significativo de tiempo: a) los objetivos o metas de política general, b) formulaciones comunes de los problemas que hay que resolver y diagnósticos de cómo deben llevarse a cabo, c) los argumentos y razones que justifican los cambios de política elegidos, y d) las medidas e instrumentos para llevar a cabo dichos cambios (Zittoun y Hassenteufel 2014, 9).

La institucionalización de un discurso común y las relaciones entre los individuos, forman un proceso que da lugar a una coalición discursiva (Zittoun y Hassenteufel 2014, 10). Para vincular las configuraciones de los actores a sus propuestas, estos autores definen una coalición discursiva como “todos aquellos actores que comparten propuestas y que se concentran en el proceso de desarrollo, construcción e institucionalización del cambio de políticas, [lo cual] es lo que une a los actores y constituye el cemento de la coalición” (Zittoun y Hassenteufel 2014,10).

1.3.3 Las instituciones y el cambio incremental

A continuación se describe la teoría del cambio institucional gradual propuesta por James Mahoney y Kathleen Thelen (2010). Estos autores sostienen que el cambio puede ocurrir abruptamente en coyunturas críticas, pero también puede suceder por una acumulación de cambios graduales e incrementales. Asimismo, puede ser de naturaleza endógena y en algunos casos, se produce por los efectos generados por la implementación de las normas (2010, 3-12). Thelen y Mahoney enfatizan en la interacción entre las características del contexto político y las propiedades de las instituciones para explicar el cambio institucional; además, plantean una tipología de agentes de cambio, y sus estrategias asociadas, susceptibles de aparecer en determinados entornos institucionales.

Para empezar, se debe señalar que esta teoría del cambio puede ser aplicada en las políticas públicas, pues éstas pueden ser consideradas como un tipo de institución ya que son normas que deben ser cumplidas obligatoriamente, es decir, están sujetas a relaciones de autoridad, obligación, e imposición (Thelen y Streeck 2005, 9). Las políticas de salud efectivamente, establecen derechos y obligaciones de cumplimiento por parte del Estado, así como garantías de tutelaje a través de un tercero, es decir, el aparato judicial y los órganos de control.

Siguiendo a Mahoney y Thelen, estos investigadores plantean los siguientes agentes de cambio, cada uno asociado con un tipo particular de cambio institucional:

Los insurrectos, cuyo objetivo es el desplazamiento rápido pero se conforman si se desarrolla de manera gradual. Los simbióticos (parasitarios o mutualistas), buscan preservar el statu quo institucional formal, pero su variedad parasitaria lleva a cabo acciones que causan la deriva institucional. Los subversivos quienes intentan el cambio por el desplazamiento, pero a menudo trabajan a corto plazo y producen una superposición en capas. Los oportunistas suelen adoptar un enfoque de “esperar para ver qué pasa”, mientras van operando cambios por conversión cuando se adaptan a sus intereses (Thelen y Streeck 2005, 27).

Estas asociaciones entre agentes y tipos de cambio existen porque los intereses son divergentes, y promueven diferentes patrones de cambio. De otro lado, “los diversos tipos de agentes de cambio emergen en distintos contextos institucionales, y donde tienen éxito, es probable que surjan modos específicos de cambio institucional” (Mahoney y Thelen 2010, 23). A continuación, se describen los cuatro modos de cambio gradual institucional y se sintetiza sus características en la tabla 1.3.

Desplazamiento

Cuando una norma es reemplazada por otra, se denomina cambio por desplazamiento. Es un tipo de cambio que puede desarrollarse de manera abrupta, rápida y radical, pero también puede ocurrir de manera lenta y gradual. La forma gradual ocurre cuando se introducen nuevas instituciones que compiten directamente con las antiguas (Mahoney y Thelen 2010, 16). Este tipo de cambio es promovido por los agentes denominados insurrectos,

quienes rechazan las instituciones o normas existentes y en consecuencia, buscan activa y abiertamente eliminarlas [...] son innovadores institucionales y cuando identifican una coyuntura crítica, ven la oportunidad de cambios rápidos para crear nuevas normas, y precisamente, el desplazamiento abrupto de las instituciones suele ser su objetivo principal. Si el desplazamiento ocurre gradualmente, debe a que los insurrectos no han sido incapaces de lograr que los cambios fueran tan rápidos como ellos quisieran (Mahoney y Thelen 2010, 24).

De otro lado, los insurrectos pueden surgir en cualquier escenario, pero son más propensos a aparecer en entornos caracterizados por la baja discrecionalidad, es decir, donde existe poca libertad en la implementación de las normas, y en escenarios con pocos jugadores con poder de veto (Mahoney y Thelen 2010, 28).

La discrecionalidad baja es bastante compatible con las estrategias empleadas para lograr el cambio por desplazamiento, ya que con menos posibilidades de veto, los defensores del status quo (de quienes se puede esperar resistencia al cambio) no están bien posicionados para contrarrestar los esfuerzos insurgentes dirigidos al desplazamiento (Mahoney y Thelen 2010, 30).

Finalmente, Mahoney y Thelen resaltan que los insurrectos buscan establecer coaliciones y pactos con aquellos que también se opongan al statu quo, y “quienes posiblemente lo sean por razones muy diferentes” (Mahoney y Thelen 2010, 30).

Superposición en capas

La superposición en capas ocurre cuando quienes desafían las instituciones, no tienen la capacidad para cambiarlas o sustituirlas y en cambio, van agregando nuevas normas o capas (adiciones, enmiendas, revisiones, mejoras, etc.) sobre las antiguas (Mahoney y Thelen 2010, 16). Esto ocurre porque los defensores del statu quo logran mantener las normas originales (las cuales están firmemente establecidas), pero son incapaces de impedir que se introduzcan dichas enmiendas y modificaciones. Estos cambios aunque pequeños pueden acumularse hasta dar lugar a un gran cambio a largo plazo (Mahoney y Thelen 2010, 16-17). Las nuevas capas creadas no representan directamente una amenaza contra la existencia de las instituciones y por ello, no suelen provocar contramovilización de los defensores del statu quo. Dado que las

nuevas capas operan con una lógica diferente y crecen con mayor rapidez que el sistema tradicional, con el tiempo pueden alterar fundamentalmente la trayectoria general de la antigua institución (Mahoney y Thelen 2010, 17).

A este tipo de cambio se asocian los agentes denominados subversivos.

Estos actores buscan desplazar a la antigua institución, pero no lo hacen rompiendo las reglas de la misma. En cambio, disimulan sus preferencias para alcanzar el cambio institucional, siguiendo las expectativas institucionales y trabajando desde dentro del sistema, aunque desde el exterior, incluso pueden parecer partidarios de las instituciones (Mahoney y Thelen 2010, 25).

Los subversivos van fomentado los cambios institucionales mediante la promoción de nuevas normas en los márgenes de las antiguas, no obstante, “dependiendo de las características del contexto político-institucional, también pueden fomentar la conversión y los descuidos que llevan a la deriva. De cualquier manera, la subversión trae cambios a medida que los desarrollos en la periferia llegan al centro” (Mahoney y Thelen 2010, 26).

En cuanto al contexto político, los subversivos suelen surgir y prosperar donde existen fuertes jugadores con poder de veto, pero también es escasa la discrecionalidad “para la interpretación en la implementación de las reglas, por lo cual es difícil para los actores de la oposición sustituir las reglas o tratar de interpretarlas de manera más conveniente para ellos” (Mahoney y Thelen 2010, 29).

Deriva

No se debe perder de vista que las instituciones funcionan en un contexto y deberían responder a las dinámicas y demandas de éste, de ahí que entre las características formales de las instituciones y su aplicación, hay que considerar los vacíos que pueden surgir entre ambos como consecuencia de la modificación de las condiciones contextuales (Mahoney y Thelen 2010, 19; Streeck y Thelen 2005). La importancia de este punto radica en que los análisis centrados únicamente en la continuidad de las normas existentes, y pueden ignorar “el deslizamiento potencial entre éstas y el mundo real al que se supone, deberían ser aplicadas” (Streeck y Thelen 2005, 25). A veces, se trata de una especie de comportamiento pasivo-agresivo que ocurre cuando

las normas permanecen formalmente iguales, pero si las condiciones contextuales cambian, los actores deliberadamente optan por no actualizar las instituciones para que respondan a estos cambios del medio, y así vayan debilitándose (Streeck y Thelen 2005, 25). En otras ocasiones, la deriva ocurre cuando se abre una brecha entre las reglas y su aplicación, debido a un descuido deliberado o negligencia, por lo cual se abre un espacio para obtener distintos resultados dadas las diferentes interpretaciones que puedan presentarse, pues se puede aplicar la regla de manera amplia o laxa, de manera rigurosa o flexible (Streeck y Thelen 2005, 25-28).

En este tipo de cambio, encontramos los agentes llamados simbióticos, quienes actúan sobre instituciones que no diseñaron, y que son de dos tipos: parásitos o mutualistas.

En la variedad parasitaria, estos actores explotan una institución para obtener beneficios privados, aun cuando dependen de la existencia y el buen funcionamiento de la institución para lograr esta ganancia. A pesar de depender de la existencia de la institución para lograr sus ganancias, al mismo tiempo, los parásitos llevan a cabo acciones que contradicen el "espíritu" o propósito de la institución, socavándola a largo plazo. Los parásitos pueden aparecer en entornos donde las expectativas sobre la implementación de las instituciones son altas, pero la capacidad real para hacer cumplir esas expectativas es limitada. De hecho, los parásitos no sobreviven si quienes defienden una institución son capaces de mantener y fortalecerla para hacer frente a estas deficiencias en su implementación (Mahoney y Thelen 2010, 24).

Los simbióticos de tipo mutualista prosperan y obtienen beneficios de las reglas usándolas de formas novedosas para promover sus intereses, pero sin que "su actividad simbiótica comprometa la eficacia de las reglas ni la supervivencia de la institución [...] y normalmente contribuyen al fortalecimiento de las instituciones (por lo cual no llevan a las instituciones hacia la deriva), ampliando la coalición de apoyo a ésta" (Mahoney y Thelen 2010, 24-25); mientras que el tipo parasitario lleva a cabo acciones tendientes hacia el cambio por deriva.

Los simbióticos de tipo parasitario prosperan en ambientes caracterizados por fuertes posibilidades de veto y con alta discrecionalidad en la implementación de las reglas;

Puesto que los simbióticos-parásitos desean conservar el statu quo institucional, la

existencia de muchos puntos de veto ayuda a asegurar este resultado. Al mismo tiempo, los simbióticos parásitarios necesitan una alta discrecionalidad en la aplicación de las normas, porque esto les permite tener espacio para interpretarlas a su favor (Mahoney y Thelen 2010, 28).

En general, los simbióticos en ambas variedades buscan la preservación de las instituciones porque dependen de éstas, por ello son aliados de los defensores del status quo y opositores de los insurrectos (Mahoney y Thelen 2010, 28-31) .

Conversión

El cambio por conversión se refiere a aquella situación en la cual el cuerpo normativo no cambia, pero sí su interpretación e implementación. Esto sucede gracias a la existencia de una brecha entre las reglas y su implementación, lo cual crea un espacio de ambigüedad que es aprovechado por los actores denominados oportunistas, quienes dirigen la instituciones hacia nuevas metas o propósitos, pues en general estos actores no tienen la capacidad de eliminar o sustituir la institución (Mahoney y Thelen 2010, 17-18)

Los oportunistas no intentan cambiar las normas (dado el alto costo de tratar de hacerlo), sino que tratan de mantener las instituciones puesto que “explotan todas las posibilidades que existen dentro del sistema prevaleciente para lograr sus fines. De hecho, el peso de los oportunistas dentro de una institución puede ser una fuente importante de inercia institucional” (Mahoney y Thelen 2010, 26). Como agentes de cambio, los oportunistas aprovechan las ambigüedades potenciales dadas en el proceso de interpretación o en la implementación de las reglas, lo cual “proporciona un espacio para que se apliquen de maneras que no fueron previstas por sus diseñadores” (Mahoney y Thelen 2010, 27).

En cuanto al contexto político,

los oportunistas tienden a prosperar en entornos donde existe una alta discrecionalidad en la promulgación de las instituciones y hay pocos jugadores o puntos de veto para prevenir el cambio institucional. En este contexto, quienes desafían los arreglos institucionales no necesitan seguir estrategias insurreccionales, ya que las brechas entre las reglas y la promulgación están disponibles para explotarlas. En vez de oponerse a

las instituciones, entonces, quienes están en desacuerdo capturan los recursos actuando como oportunistas que interpretan y aplican las reglas en relación a sus propósitos (Mahoney y Streeck 2010, 29).

Además, estos actores pueden forjar diversas alianzas, incluso con insurrectos, si éstos últimos los convencen de que el cambio es probable e incluso inevitable (Mahoney y Streeck 2010,29).

Tabla 1.3 Características generales de los cambios endógenos-incrementales.

	Desplazamiento	Superposición en capas	Deriva	Conversión
Definición	Eliminación abrupta o gradual de las normas existentes y la introducción de otras nuevas.	Introducción de nuevas normas sobre o junto a las ya existentes.	Existencia de una brecha entre las reglas y su aplicación, debido a un descuido deliberado o negligencia.	Las instituciones son interpretadas e implementadas de nuevas maneras y son redirigidas a nuevos objetivos.
Agentes de cambio	Insurrectos : no buscan preservar la institución ni siguen sus reglas. Aliados con quienes desafían la institución.	Subversivos: No buscan preservar la institución pero si siguen sus reglas.	Simbióticos: Si buscan preservar la institución pero ni siguen sus reglas. Aliados con quienes apoyan la institución.	Oportunistas: puede que si o que no busquen preservar la institución y puede que sigan o no sus reglas.
Contexto político	Débiles puntos de veto	Fuertes puntos de veto.	Fuertes puntos de veto.	Débiles puntos de veto
Características de la institución	Bajo nivel de discrecionalidad en la interpretación e implementación.	Bajo nivel de discrecionalidad en la interpretación e implementación.	Alto nivel de discrecionalidad en la interpretación e implementación.	Alto nivel de discrecionalidad en la interpretación e implementación.

Fuente: Streeck y Thelen (2005, 31)

1.3.4 Institucionalismo Discursivo (ID)

Para Vivien Schmidt los tres institucionalismos, el histórico, sociológico y racional (Peter Hall y Rosemary Taylor, 1996) adolecen de problemas para explicar el cambio y la endogeneidad (Schmidt 2010, 2002). En contraste, el Institucionalismo Discursivo asigna un papel central a la agencia, las ideas y el discurso para explicar los procesos de cambio. Se puede definir al Institucionalismo discursivo como “un concepto paraguas para la amplia gama de trabajos en ciencias políticas que tengan en cuenta el contenido sustantivo de las ideas y los procesos interactivos mediante los cuales las ideas se transmiten y son intercambiadas a través del discurso” (Schmidt 2010, 237). Además, el ID ofrece un conjunto conceptual para teorizar y analizar empíricamente la dinámica del cambio institucional.

Para el ID, explicar el cambio de política pública teniendo en cuenta el factor discursivo, implica considerar en primer lugar, la definición de discurso. El concepto de discurso es “genéricamente usado para describir no sólo lo que se dice, o las ideas que son el contenido esencial del discurso, sino también implica identificar puntualmente quién dijo qué (texto), quien dijo que a quién (agencia), cuando, dónde, cómo y por qué lo dijo (contexto)” (Schmidt 2008, 2). Los procesos discursivos estudiados desde el ID, principalmente la etapa coordinativa y comunicativa son vitales para comprender y explicar la dinámica del cambio institucional. De ahí que el sustrato fundamental del análisis discursivo de esta investigación es de tipo lingüístico y pragmático, es decir, identificar usos concretos de la lengua y tomar esos enunciados que emitieron los actores políticos, para identificar la intención comunicativa y el efecto en el contexto más amplio.

Para el ID, el discurso en su dimensión ideacional “tiene una función cognitiva al elaborar la lógica de la necesidad de un programa y una función normativa, al demostrar que dicho programa es apropiado al apelar a los valores nacionales” (Schmidt 2002, 210). La función coordinativa esta relacionada con la exposición de ideas, la deliberación, la persuasión, la acción colectiva y la identidad a través de las comunidades epistémicas o de las coaliciones discursivas. Según Schmidt, el proceso discursivo varía según las diferentes instituciones políticas, puesto que

en países donde el poder está concentrado en el Ejecutivo, es probable que predomine el discurso comunicativo; mientras en sistemas en los que ejercicio del poder están involucrados un gran número de actores, suele predominar el discurso coordinativo para alcanzar acuerdo entre ellos, y de ahí comunicar las decisiones a la ciudadanía en general (Schmidt 2002, 211).

Tabla: 1.4 Dimensión cognitiva y normativa del discurso

Función	Forma	Núcleo ideacional	Representación
Cognitiva	Define el programa de política, los propósitos técnicos y los objetivos, ofrece soluciones a los problemas, y define los instrumentos y métodos.	Principios y normas de las disciplinas científicas.	Narrativas, argumentos técnicos-científicos, paradigmas, enmarcado, guiones, metáforas, slogans, mitos fundacionales, frases evocativas, imágenes, instrucciones, etc.
Normativa	Define los programas políticos, los objetivos, ideales y apela a valores de larga data o que recién emergen.	Principios y normas de la vida pública.	

Fuente: Schmidt (2002, 214)

La dimensión ideacional del discurso político

Schmidt plantea la siguiente pregunta ¿cómo saber si un discurso promovió con éxito un programa o política pública? (2002, 217) Según esta investigadora, la respuesta depende del contenido ideacional que se divide en normativo y cognitivo.

El núcleo ideacional de tipo cognitivo se compone por los principios, metas, y supuestos más básicos sobre los cursos de acción apropiados; estos principios están formulados de una manera muy general, de tal modo que sirvan como base para los diseñadores de políticas y además sea relativamente fácil traducirlos en líneas de acción o soluciones aplicables a diversos campos de la política pública (Schmidt 2002, 218). Además de este contenido "heurístico", Schmidt plantea una trilogía de estándares cognitivos de éxito que se emplean en el discurso para justificar un programa: relevancia, aplicabilidad y coherencia (Schmidt 2002, 219).

La relevancia, se trata de identificar con precisión los problemas que la política necesita o espera resolver; la aplicabilidad del programa de políticas se refiere a mostrar cómo resolverá los problemas que identifica; y, la coherencia del programa policial, remite a la elaboración de conceptos, normas, métodos e instrumentos del programa, que parecen razonablemente consistentes y capaces de aplicarse sin grandes contradicciones a una amplia gama de problemas (2002, 219).

No obstante, se debe señalar que básicamente son los mismos criterios ya descritos en la corriente de la solución y en la del problema por parte de Kingdon, por lo tanto se tomará ésta última terminología para hacer el análisis.

El segundo criterio de éxito alude a la capacidad del discurso para desempeñar una función normativa, es decir mostrar cómo el programa sirve para “consolidar valores nacionales preexistentes (o de larga data) e identidad mientras crea algo nuevo, más adecuado a las nuevas realidades” (Schmidt 2002, 221). No obstante, también es posible legitimar un programa con valores relativamente recientes, o incluso se podría buscar que las políticas contribuyan a la transformación de los valores nacionales, esto se debe, según Schmidt, a que los valores no están fosilizados, sino que son contingentes y dúctiles, de tal forma que van cambiando (aunque lo hacen lentamente) a medida que las condiciones y las actitudes de la sociedad también se van

transformando (Katzenstein citado por Schmidt 2002, 221). Adicionalmente, toda sociedad “tiene un conjunto particular de valores, algunos de los cuales pueden ser objeto de un mayor acuerdo social que otros, dependiendo del grado de integración normativa o fragmentación de la sociedad” (Schmidt 2002, 221). Esta investigadora resalta que el discurso puede reforzar o reinterpretar ciertos valores, o en otros casos puede cuestionar los valores tradicionales, apelando a otros, lo cual podría “precipitar una crisis no sólo en el programa de políticas existente, sino también en el sistema político” (Schmidt 2002, 221).

En definitiva, este sentido de legitimidad contribuye a la construcción de imperativo de reforma, pues los actores a favor de determinada reforma deben crear un discurso que modifique el entendimiento colectivo sobre el problema, además, requieren 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). La construcción del imperativo de cambio puede promover una reforma política cuando los actores modifican el discurso conceptual en un área 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).

No obstante, Schmidt admite que

aunque estas dos funciones discursivas son distinguibles analíticamente, no suele ser fácilmente separarlas empíricamente. Esta separación subraya la capacidad del discurso de política pública de afectar los valores en lugar de simplemente reflejarlos, de cambiar las estructuras subyacentes de la percepción y la creencia, ya que influye en el curso de los acontecimientos a través de las palabras, así como a través de las acciones que esas palabras promueven. Este aspecto dinámico del discurso es esencial para comprender el cambio (Schmidt 2002, 218).

Fuentes del cambio en el discurso político y el programa

Para Schmidt, debe existir un ambiente receptivo que permita repensar o cuestionar las antiguas ideas, lo cual a su vez abre la puerta a las nuevas; este ambiente se crea a partir de diversos eventos, y éstos suelen mostrar que las políticas no resuelven los problemas (e incluso que son incapaces de aportar explicaciones del porque no

funcionan), o las contradicciones presentes (dentro del discurso o entre la política y el discurso) (2002, 225). En algunas ocasiones, no basta un ambiente receptivo, sino que es necesaria una gran crisis (política, económica o social) que favorece la posibilidad de un cambio. (Schmidt 2002, 226). Como ya se ha explicado, esto coincide con el período de potencial "cambio de tercer orden" (Hall 1993), en el que hay un coyuntura crítica para el cambio ideacional, cuando se abre una "ventana de oportunidad" (Kingdon 1984) y comienza la búsqueda de un nuevo programa de políticas.

Las contradicciones internas pueden ser otra fuente de cambio, las cuales pueden presentarse por la incoherencia o la disonancia entre la dimensión cognitiva y la normativa, o también pueden referirse a “desconexiones entre el discurso y el programa, o por inconsistencias en la aplicación del discurso político y del programa en los sectores políticos relacionados” (Schmidt 2002, 227). Schmidt aclara que no es taxativo que un discurso se construya sobre una ideología que apele a valores, pues también puede tener un horizonte teleológico, al evocar el futuro (como el énfasis en la modernización) o tal vez pueda referirse al pasado, apelando a la necesidad de mantener logros anteriores; de todas formas, el punto clave es mostrar cierta apariencia de coherencia ideológica (aunque puede que de fondo no la tenga) (2002, 227).

Pero no basta con unos argumentos cognitivos y normativos sólidos y coherentes, pues éstos no pueden trabajar en el solipsismo, sino que necesitan ser usados para aglutinar partidarios y defensores de la propuesta política, ya sean políticos profesionales, burócratas, ministros o cualquier actor del aparato político, e incluso los votos que se necesitan del electorado. Por ello,

los actores políticos deben ser capaces de utilizar de manera efectiva el discurso para construir una coalición para la reforma, que también les permita informar y orientar al público al dar una visión clara de hacia donde la política está llevando el país, dejando claro porque es necesario y también apropiado. De ahí que el proceso interactivo que implica la articulación de un discurso sea tan importante, como el contenido cognitivo y normativo del discurso (Schmidt 2002, 230).

La dimensión interactiva del discurso político

El discurso como proceso interactivo implica dos funciones.

La primera es la función de coordinativa, que sirve para proporcionar a los actores políticos un lenguaje común y un marco ideacional a través del cual construyen conjuntamente un programa, asimismo, debaten sus méritos (cognitivos y normativos), lo mejoran y llegan a acuerdos sobre su implementación. La segunda es la función comunicativa, que se refiere a cómo el discurso sirve a los actores políticos como medio para persuadir al público de que las políticas desarrolladas en la fase coordinadora son necesarias (función cognitiva) y apropiadas (función normativa) (Schmidt 2002, 230).

Aunque dichas etapas suelen ser separables analíticamente y empíricamente, a veces no es tan fácil determinar donde comienza la una y termina la otra, por lo cual, pueden superponerse en algún punto que las haga difícil de separar (Schmidt 2002, 230).

Cabe resaltar que ambas etapas son interdependientes, dado que en la etapa coordinativa los actores políticos elaboran el contenido cognitivo y normativo y van transmitiéndolo a otros actores políticos para formar una coalición de apoyo, dicho contenido luego será transmitido al público ya sea para ganar votos o dotar de legitimidad un programa, y posteriormente las respuestas (en forma de quejas, sugerencias, movimientos, asociaciones, etc.) se constituirán en retroalimentación para el discurso coordinativo. No obstante, los factores y actores clave en las dos etapas son distintos, aunque algunos pueden operar en ambas fases (Schmidt 2002, 232).

Siguiendo a Schmidt, ella resalta que es posible encontrar ambos tipos de discurso en cualquier contexto, pero que el predominio de uno u otro, depende de las características institucionales de cada país como los sistemas electorales, las estructuras gubernamentales y los procesos de formulación de políticas, entre otros (Schmidt 2002, 231). En concreto,

el discurso comunicativo tiende a ser más elaborado en los países de "un solo actor", que se caracterizan por una fuerte concentración de poder y autoridad en el ejecutivo, ya que los gobiernos que tienen la capacidad política institucional de imponer las reformas buscan convencer al público de la necesidad y adecuación de sus programas y

políticas públicas [...] En contraste, el discurso coordinador tiende a ser más elaborado en los sistemas "multiactor" que se caracterizan por una dispersión del poder, dado que los políticos deben negociar y buscar acuerdos sobre las reformas o programas (Schmidt 2002, 231).

Para esta investigadora el predominio de uno u otro discurso, arroja luz sobre la influencia causal que puede asignársele al discurso; así, “en la etapa comunicativa del discurso para los sistemas de un solo actor, en las reacciones del público así como en la de los intereses más afectados; y en la etapa de coordinación para los sistemas de múltiples actores, si los actores alcanzan algún tipo de acuerdo” (Schmidt 2002, 231).

Al profundizar en la etapa coordinativa, Schmidt señala que es allí cuando se crea un marco que sirve como lenguaje común para que los hacedores de política y los demás grupos que participan en el proceso, puedan discutir, lleguen a acuerdos y finalmente elaboren la política pública; estos actores suelen ser autoridades gubernamentales, funcionarios, políticos profesionales, líderes de grupos de interés, asociaciones o sindicatos empresariales, expertos, etc. En síntesis, dicho marco contribuye a “lograr una visión común que les ayuda a resolver sus diferencias [...] estas discusiones son el foro en el cual se construye una política pública, es decir, donde se articulan, desarrollan y debaten las ideas” (Schmidt 2002, 232-233).

En esta etapa, se discute y se consolida tanto el contenido cognitivo como el normativo; además,

se esbozan los instrumentos de política, los objetivos y los ideales; finalmente, es el momento para hacer negociaciones, resolver conflictos y desarrollar planes de implementación. Aunque los funcionarios gubernamentales y otros políticos tienden a ser centrales para la construcción de un discurso, no necesitan ser los iniciadores de las ideas que lo alimentan, las cuales pueden surgir, ser llevadas y transmitidas por expertos en políticas, científicos, profesores universitarios, centros de pensamiento, institutos de investigación, prensa, líderes de grupos de interés, candidatos electorales e incluso de movimientos sociales, todos con diferentes grados de cercanía al proceso político (Schmidt 2002, 233).

Cabe recordar que para analizar a los actores de la etapa coordinativa aquí hemos utilizado la categoría de actores programáticos de Zittoun y Hassenteufel 2014, previamente descritos. Queda claro entonces que los actores políticos son los protagonistas en el discurso coordinativo. Sin embargo, en el proceso pueden surgir importantes cortapisas en la forma de desacuerdos, que pueden ser superados cuando entran en juego las relaciones de poder, puesto que, quienes son menos poderosos pueden ceder a cambio de algún tipo de beneficio. Tal vez lo más relevante sea que, sin importar “cuales fueron los desacuerdos iniciales, una vez que se acuerde un nuevo programa policial, es probable que se convierta en el marco para el futuro discurso de coordinación entre los políticos” (Schmidt 2002, 234).

Schmidt resalta que no solo las interacciones de la élite política en la etapa coordinativa pueden explicar la construcción discursiva de una política pública y los resultados de la política, puesto que

una cosa es coordinar la construcción de un discurso, logrado sobre un acuerdo en relación a un programa político entre los políticos clave en el proceso de formulación de políticas, y otra muy diferente es comunicarlo con éxito al público en general, que a fin de cuentas, representa el criterio esencial para un cambio en el programa (Schmidt 2002, 234).

Si las ideas fueron bien articuladas y sólidamente construidas en la etapa coordinativa, entonces será posible su traducción al público en la etapa comunicativa; dicha traducción estará a cargo de un político clave (puede ser el presidente, un ministro, etc.), quien cuenta tras bambalinas con todo un equipo de asesores, directores de campaña, escritores de discursos, etc., quienes les ayudan a ganar las elecciones aconsejándole sobre la manera de mejorar sus habilidades comunicativas para la promoción de un programa o política. “Desde el punto de vista del público, este aspecto comunicativo del discurso responde a su necesidad de sentido de orientación, con respecto al presente y futuro del país” (Schmidt 2002, 235).

Cabe destacar que, en esta etapa “es importante que el discurso transmitido al público sea lo más coherente posible” (Schmidt 2002, 235), lo cual no solo depende de las ideas construidas en la etapa coordinativa, sino también del control del liderazgo que

el líder de la coalición tenga sobre sus propios miembros, ya sea en el gobierno o en el parlamento (Schmidt 2002, 234-235). Schmidt relata otra situación en el marco de la etapa comunicativa, en la que

el público puede cansarse del discurso comunicativo, mientras espera que el programa entregue los beneficios prometidos. En este caso, el éxito de un programa se alcanza distraendo la atención pública durante un tiempo con otros discursos centrados en asuntos de importancia popular, por ejemplo, asuntos militares, morales y culturales (Schmidt 2002, 236).

Para esta investigadora, puede existir un cambio de política que pase por alto la etapa comunicativa, pero a largo plazo, si se busca que un programa o política sea aceptada y apoyada por los ciudadanos (lo cual a su vez contribuye a que siga existiendo), se necesita un discurso comunicativo que lo legitime. Dicha legitimación implica también una dimensión deliberativa, puesto que se pueden crear diversos escenarios de debate y discusión de la política, e incluso las quejas, la opinión pública mediatizada, y las investigaciones sobre el funcionamiento de la política, sirven como retroalimentación. A su vez, el Gobierno reacciona a este conjunto de estímulos discursivos mediante ajustes, revisiones y mejoras a la política, acciones que muestran la respuesta gubernamental a las deliberaciones, y cuyo objetivo es lograr la aceptación pública (Schmidt 2002, 235-236). Así,

para asegurar la aceptación pública, el programa promovido por el gobierno a través de su discurso comunicativo tiende a ser objeto de un debate más amplio en la sociedad. De este público informado hacen parte líderes de opinión, periodistas, ejecutivos de empresas, miembros de partidos de oposición, movimientos sociales, académicos, líderes de grupos de interés, activistas de partidos, iglesias, etc. (Schmidt 2002, 237).

En estos ciclos de deliberación y discusión, intervienen aquellos actores ignorados, silenciados o que no participaron por diversos motivos en el momento coordinativo, por lo tanto, ahí éstos empiezan a ganar influencia y voz en la opinión pública. De este modo,

La discusión pública en el contexto del discurso comunicativo asegura no sólo la difusión de información sobre el programa, sino, lo que es más importante, el más

amplio debate posible al respecto, lo cual puede conllevar a que el programa puede ser modificado en respuesta a las reacciones del público. Así, la crítica y el debate son vitales para asegurar la legitimidad y viabilidad de la política. Por otra parte, la falta de crítica puede simplemente ocultar el desacuerdo y hacer más difícil para el gobierno obtener una percepción más amplia de las fallas (Schmidt 2002, 237).

Para Schmidt, también es relevante considerar la calidad de la deliberación y la cantidad de participación. En cuanto a la calidad, ésta depende de los argumentos cognitivos y normativos desarrollados en la fase coordinadora. En cuanto a la cantidad, Schmidt resalta que “no hay que idealizar la participación asumiendo que un discurso comunicativo caracterizado por una amplia deliberación pública conducirá siempre a mejores resultados [...] pero, el concepto forma parte de los valores básicos de la democracia y sirve como medida para que el público juzgue el discurso comunicativo”¹¹ (Schmidt 2002, 238).

Tabla: 1.5 Dimensión coordinativa y comunicativa del discurso.

Función	Actor	Interlocutores	Generador de ideas	de	Propósito	Forma
coordinativa	Actores involucrados en la política pública o en la ejecución de programas.	Entre los actores políticos	Coaliciones discursivas.		Construir el programa político y llegar a acuerdos entre ellos.	Provee un lenguaje y enmarcado común para la discusión y deliberación de los actores políticos.
Comunicativo	Actores involucrados en la política por elección popular o que laboran en el Ejecutivo.	Entre los políticos y el público	Políticos profesionales y otros actores de política pública.		Comunicar al público y dar información que legitime y oriente sobre el programa.	Traducir el programa a un lenguaje accesible para la discusión y deliberación pública.

Fuente: Schmidt (2002, 231)

¿Cómo importa el discurso? El contexto institucional del discurso político

Como ya se ha mencionado, en todos los países existen discursos coordinativos y comunicativos, sin embargo, es el contexto institucional el que determina el predominio de uno u otro, dado que esto depende de la concentración del poder y la autoridad, así como de la cantidad de actores que pueden participar en la construcción de una política. Esta investigadora explica entonces que en

¹¹ Schmidt resalta que puede suceder que el discurso no sea veraz, pues los políticos pueden mentir o por lo menos no decir toda la verdad.

los países donde el poder y la autoridad están concentrados en el Ejecutivo, con procesos de formulación de políticas producto de un grupo restringido de actores gubernamentales, tienden a formularlas en gran parte ausentes de insumos externos (llámese partido, la oposición, los interlocutores sociales, los gobiernos subnacionales u otros intereses sociales). [...] el mediador de políticas es a menudo un actor relacionado con el gobierno que coordina la construcción del programa y tiene los mayores recursos en materia de experiencia. En estos sistemas de "un solo actor", el debate y la deliberación sobre las principales iniciativas políticas tienden a continuar en la esfera pública más amplia, si es que las políticas formuladas unilateralmente por una pequeña élite se enfrentan al escrutinio público (Schmidt 2002, 239).

En este escenario de predominio del discurso comunicativo, que la batuta la lleve un solo actor puede proyectar la imagen pública de coherencia gubernamental, cumplimiento de las promesas electorales y seguridad en lo que se está haciendo. De otro lado, recordemos que puede suceder que durante el proceso previo de tipo discursivo se obturaran los canales que pudieran incorporar en el proceso la voz de de los intereses afectados, y se evitaron los debates públicos; de ahí que en el momento comunicativo los líderes de grupos de interés y otros actores ignorados previamente, tengan la oportunidad de manifestar sus críticas y demandas a través de los medios o protestas de diverso tipo, etc. (Schmidt 2002, 241- 242). Este conjunto de reacciones suponen un insumo para que el Gobierno decida si la política en cuestión debe o no continuar, o si debe transformarla de acuerdo a las preocupaciones y críticas recibidas. No obstante, hay riesgos, pues si se decide ignorar estas demandas y cuestionamientos, la reacción puede incluir sanciones electorales así como protestas o confrontaciones masivas de la sociedad civil organizada. En síntesis, “cuando la oposición de la sociedad a la política es baja, la política del gobierno se implementa con pocos cambios, donde es alta, es poco probable que se implementen las ideas”¹² (Schmidt 2002, 242).

Siguiendo a Schmidt, ella resalta que el discurso coordinativo es fuerte en estructuras

¹² Según Schmidt en ciertos sectores, “este patrón general de discurso comunicativo principalmente por el gobierno, ya no caracteriza las interacciones discursivas, puesto que la liberalización, la desregulación, y la descentralización del mercado de trabajo han reducido el papel comunicativo central del gobierno, y ha reducido el alcance de sus poderes” (2002, 242).

institucionales en las que se presenta un sistema heterogéneo de múltiples nodos de poder y autoridad (como sistemas de representación proporcional, procesos de formulación de políticas corporativistas y estados federales); Entonces, se ven involucrados diversidad de actores, desde las élites políticas, tecnócratas, hasta expertos o ciudadanos comunes, mientras que el discurso comunicativo es poco trabajado (Schmidt 2002, 243). De todos modos, el discurso comunicativo termina siendo necesario, ya “que los compromisos alcanzados en privado deben resistir el escrutinio público” (Schmidt 2002, 240). Para esta investigadora

el discurso coordinativo es el camino principal a través del cual, los gobiernos que carecen de la capacidad institucional para imponer reformas, logran negociar el cambio con la amplia gama de actores involucrados, a través de un proceso de persuasión mutua sobre la necesidad y la adecuación del programa o política pública. En tales sistemas multiactores, el debate y la deliberación sobre las principales iniciativas políticas tienden a continuar principalmente a puerta cerrada, entre los mismos políticos involucrados en la elaboración del programa o política, que se centran en acordar entre sí y luego en persuadir a sus electores (como miembros del público informado) (Schmidt 2002, 243).

Tabla 1.6. Discurso y contexto institucional

DISCURSO	Contexto institucional	
	Sistema con predominio de un único actor	Sistema con múltiples actores
Coordinativo	Débil	Fuerte-elaborado
Comunicativo	Fuerte-elaborado	Débil

Fuente: Schmidt (2002, 240)

1.3.5 Estrategias discursivas

Queda claro entonces que ninguna propuesta de política puede construirse, negociarse o debatirse sin intensa persuasión por parte de sus promotores (discurso coordinativo) o para convencer al público y a los electores (discurso comunicativo); y aunque ambas etapas se cumplen, una tiene más peso que la otra dependiendo de los factores institucionales de cada país. Se puede afirmar que la etapa coordinativa está

involucrada en la formulación de las políticas públicas, y la comunicativa en la implementación o durante períodos electorales. Cabe resaltar que no son etapas excluyentes, pues mientras se formula claramente se va comunicando al público los avances, o mientras se implementa y se convence de las bondades, también se recibe retroalimentación que genera amplios debates y discusión que terminan cambiando de un modo u otro, la política en cuestión.

En cualquiera de las dos etapas, se despliegan un conjunto de estrategias discursivas, las cuales las clasifiqué en cuatro tipos generales: las estrategias argumentativas, el enmarcado, las dialógicas y hermenéuticas. En la tabla 1.7 aparecen clasificadas todas las estrategias. Estos cuatro tipos están reunidos de acuerdo a su objetivo comunicativo. Las argumentativas buscan convencer mediante argumentos lógicos y razonables sobre los beneficios de las propuestas de cambio de política, aquí podemos incluir, la viabilidad técnica y financiera (contenido cognitivo), la aceptabilidad de valores (contenido normativo). A este grupo de estrategias se suma la ininteligibilidad deliberada, estrategia que hace parte de mi aporte teórico. Por su parte, el enmarcado es un proceso dinámico por el cual el proceso discursivo (producir e interpretar) transforma información en un todo con sentido, a través de un conjunto de conceptos, axiomas, principios de tipo social, sociológico y cultural (Fischer 2003, 144). De tal forma, los marcos seleccionan ciertas partes de la realidad, mientras descartan otras, por lo cual, algunos elementos son más significativos que otros, y más fáciles de notar. En este apartado, vamos a describir tres tipos de enmarcado: los conceptos nirvana, las narraciones y modelos (historias de éxito) y anti modelos.

Sobre las estrategias dialógicas, éstas se fundamentan en la interacción conversacional, para explicar, describir, convencer o simplemente para interactuar, y se desarrollan en secuencias de turnos de palabra que se usan en últimas para llevar a cabo acciones sociales. En este punto describiremos dos estrategias: la escucha activa y pasiva. En relación a las estrategias hermenéuticas, éstas hacen referencia a la decodificación de un texto para extraer su significado. En el caso que nos atañe, sería la interpretación de una política pública a partir de su texto (ley, decreto, etc.), dicho proceso de comprensión puede generar diversos significados o espacios de interpretación que a su vez, llevan a distintas implementaciones, todo ello, dependiendo de la redacción

del texto, y de la discrecionalidad permitida por las instituciones. En este tipo, abordaremos la ambigüedad constructiva y el espacio interpretativo.

Finalmente, quisiera resaltar mi aporte teórico consistente en la definición de una estrategia en cada tipo macro, las cuales reúno a continuación: la ininteligibilidad deliberada, las narraciones maniqueas, la escucha activa y pasiva y la ambigüedad constructiva.

Tabla 1.7 Tipología de estrategias discursivas

Macro estrategias discursivas	Estrategias
Argumentativas	<ul style="list-style-type: none"> ● Viabilidad (contenido cognitivo) ● Aceptabilidad (Contenido Normativo). ● Ininteligibilidad deliberada
Enmarcado	<ul style="list-style-type: none"> ● Conceptos nirvana ● Narraciones (maniquea) ● Modelos - antimodelos
Dialógicas	<ul style="list-style-type: none"> ● Escucha activa ● Escucha pasiva
Hermenéuticas	<ul style="list-style-type: none"> ● Ambigüedad constructiva ● Espacio interpretativo

Fuente: Información obtenida de entrevistas realizadas entre enero de 2014 y diciembre de 2016.

Estrategias argumentativas

Como ya se mencionó en este grupo encontramos las pruebas descritas en la corriente de la solución, es decir el contenido cognitivo y el normativo, descritas previamente. También vamos a sumar la inteligibilidad deliberada en este grupo.

La inteligibilidad deliberada es una estrategia que busca argumentar a través de un alto contenido técnico-cuantitativo de gran complejidad y especialización léxica y enunciarlo de la manera más opaca e inescrutable que sea posible para dificultar su comprensión y por esto, la argumentación exhibe como pruebas, todo tipo de estadísticas, fórmulas, tablas, datos cuantitativos, etc. Se suele usar una jerga profesional, para intencionalmente excluir de la comunicación a quienes no la

manejan. De hecho y de acuerdo a Fischer “El lenguaje técnico constituye una barrera intimidante para los ciudadanos que buscan expresar sus desacuerdos en el lenguaje de la vida cotidiana. Hablar el lenguaje de la ciencia, así como la jerga de las comunidades políticas particulares, se convierte en una credencial esencial para la participación”(2000, 58). Además, esta estrategia aporta una carga de neutralidad ideológica, pues es un discurso supuestamente apolítico que no obedece a ninguna tendencia, sino que está basado en razonamientos científicos y cuantitativos. Los expertos que formulan sus soluciones con base en este razonamiento tecnocrático, el cual a su vez se fundamenta en los principios del positivismo o "neopositivismo", promueven la verificación empírica, la precisión analítica y el concepto de "sistema". Por lo tanto, se trata de un enfoque práctico, operacional, instrumental y lógico, supuestamente aséptico e incuestionable para resolver problemas y alcanzar metas (Fischer 2000). Como lo plantea Fischer “en la búsqueda de las estrategias de resolución de problemas más eficientes, expresadas típicamente en los símbolos exactos pero abstractos de las matemáticas, los expertos parecen trascender objetivamente los intereses partidistas. Se dice que sus metodologías, técnicas y modos de tomar decisiones son “neutros en cuanto al valor” (2000, 17).

La inteligibilidad deliberada se basa en el poder experto. La figura del experto en política ha cobrado un protagonismo creciente al convertirse en el asesor por excelencia que le habla al oído al decisor. Los expertos se aglutinan en redes nacionales e internacionales útiles para el intercambio de ideas y para el desplazamiento entre diferentes instituciones. En ese sentido, la inteligibilidad deliberada se fundamenta en la tecnocracia, es decir, en el poder que han ganado los expertos y el contenido y modo en que formulan sus recomendaciones; puntualmente, se puede definir como "la dominación administrativa y política por parte de una élite estatal y de instituciones aliadas que buscan imponer un paradigma de política único y exclusivo basado en la aplicación de técnicas racionales e instrumentales" (Centeno 1993, 314). En el razonamiento político, la epistemología neopositivista se manifiesta en argumentos derivados de la economía (especialmente de la teoría de la acción racional), el análisis costo-beneficio, las formas de planificación estratégica, el monitoreo estadístico de los resultados y la revisión por pares de los paneles de revisión, prácticas todas ya comunes en las instituciones (Fischer 2000). Es un discurso que se ha alzado arrogante sobre otras formas epistémicas y formula leyes

universales basadas en regularidades empíricas fácilmente extrapolables. De ahí que se diseñen paquetes de soluciones abstractas y técnicas (con base en problemas igualmente abstractos) a partir de análisis racionales que se aplican indiferentes a los contextos culturales, sociales y lingüísticos de las comunidades. A su vez, Putnam (1977, 383–410) atribuyó a la mentalidad tecnocrática las siguientes características, y que en su opinión, configuran la identidad del tecnócrata:

- El tecnócrata cree que la técnica debe sustituir a la política, por ello, se autodefine como apolítico. Un tecnócrata rechaza cualquier negociación política y debate considerando que la resolución de problemas requiere un enfoque estrictamente racional.
- El tecnócrata es escéptico e incluso hostil hacia los políticos y las instituciones políticas (1977, 386) porque cree que la visión de los políticos es parcializada y orientada por intereses creados, por lo cual, optan por soluciones subóptimas e ineficaces.
- Al tecnócrata le molesta la participación pluralista y la apertura e igualdad de la democracia política (1977, 386), ya que los ciudadanos carecen de los conocimientos y en realidad, pueden aportar muy poco o casi nada a la formulación de políticas.
- El tecnócrata cree que el conflicto social y político es, en el mejor de los casos, equivocado y, en el peor, artificial (1977, 386), por ello, no se debe perder tiempo en negociaciones infructuosas e ineficaces.
- El tecnócrata rechaza los criterios ideológicos o moralistas, pues prefiere debatir los asuntos públicos en términos prácticos y "pragmáticos" (1977, 387). En ese sentido, descarta criterios como lo bueno o lo justo para evaluar una política, privilegiando la cuestión de si la política funciona de manera efectiva.
- El tecnócrata está fuertemente comprometido con el progreso tecnológico y la productividad material (1977, 387). Así las cosas, los objetivos centrales son la eficacia y la eficiencia, mientras rechazan los objetivos normativos.

En sintonía con el razonamiento tecnocrático, en la actualidad se exige a los organismos estatales, un tipo de gestión basado en el estilo gerencial, lo cual ha derivado en el desplazamiento de la categoría de ciudadano por la de cliente, así como en el uso de baterías de indicadores cuantitativos para medir el impacto de los programas y políticas públicas. Esto a su vez, desestima cualquier beneficio social que

no sea cuantificable, pues no sólo son difíciles o imposibles de medir, sino que suelen implicar largos lapsos de tiempo.

Enmarcado

La capacidad de enmarcar un programa de política de una manera política y culturalmente aceptable y deseable, es un factor clave que puede ayudar a explicar por qué algunas alternativas de política triunfan sobre otras y por qué los funcionarios elegidos deciden "hacer algo" en primer lugar. Un marco político, citando a Schön y Rein (1994) es un guión normativo prescriptivo que establece un problema de política pública y un curso de acción para manejar la situación problemática. El marco político, además de construir socialmente la situación problemática, proporciona coherencia conceptual, una dirección para actuar, una base para la persuasión y un escenario para recoger e interpretar los datos. A continuación, se describen los siguientes tipos de enmarcados: conceptos nirvana, narraciones, modelos y antimodelos.

Conceptos nirvana

François Molle propone una trilogía discursiva que influye en la formulación de política pública: los conceptos nirvana, las narraciones y los modelos; los cuales son un conjunto de objetos ideológicos e ideacionales interrelacionados y que surgen en un momento específico para cristalizar un determinado enfoque o solución, “con el tiempo, tales objetos conceptuales tienden a adquirir una vida propia; pueden ser reificados, o reelaborados y re-apropiados” (Molle 131, 2008). Por lo tanto, son un paquete discursivo que emplean los actores como parte de sus estrategias para enmarcar, difundir, argumentar y comunicar sus ideas.

Los tres tipos discursivos suelen funcionar en conjunto: “los conceptos de nirvana sustentan marcos generales que promueven o fortalecen narraciones o argumentos particulares, es decir creencias simples, causales y explicativas, y legitiman planos o modelos específicos tanto de políticas como de intervenciones de desarrollo”. En concreto, los conceptos nirvana

encarnan una imagen ideal a la que el mundo debería tender. Representan una visión de un "horizonte" que los individuos y las sociedades deberían esforzarse por alcanzar.

Aunque, al igual que con el nirvana, la probabilidad de que podamos llegar a ellos es

ciertamente baja, la mera posibilidad de alcanzarlos y el sentido de "progreso" asociado a cualquier cambio en su dirección bastan para convertirlos en un punto focal atractivo y útil (Molle 2008, 132).

Narraciones

Las narraciones son “historias que dan una interpretación a algunos fenómenos físicos y sociales”, y como estructuras cotidianas, ayudan a “hacer legible un programa o propuesta en relación a sus objetivos, diagnósticos e instrumentos para cambiar la situación problemática [...] Por naturaleza, simplifican y ofrecen una visión e interpretación estable de la realidad y son capaces de reunir a gente diversa en torno a líneas de historia particulares” (Molle 2008). Por mi parte, sostengo que en la política pública una de las narraciones más frecuentes es la narración maniquea, la cual se estructura principalmente en una visión bipolar, es decir, fragmentando la realidad entre lo bueno y lo malo, exagerando las cualidades de ambos polos. Tal sobredimensión oscurece la complejidad del fenómeno en cuestión, simplifica el problema y la solución, y se basa claramente en un tipo de relato dicotómico clásico de organización narrativa. Cabe resaltar que este es solo uno de los tipos de narración, pues Deborah Stone (2002) ha establecido otros tipos de relato en política pública¹³. El tipo de narración que propongo se denomina *historia maniquea*, la cual está basada en el pensamiento dicotómico, con base en este se define y clasifica la realidad en dos polos extremos y absolutos sin considerar puntos medios, matices o tonos grises. Es decir, de forma categórica divide la realidad entre buenos y malos, pero en este caso, lo que se retrata como antagonico es la gestión pública y privada. Se puede leer esta historia como la satanización de lo público, derivado de las ideas y concepciones

¹³ Según Stone, en política pública se destaca la historia de la decadencia, muy similar a la historia bíblica de la expulsión de paraíso, que se evoca con coros de ángeles cantando: al inicio, las cosas iban muy, muy bien, pero entonces la situación empezó a ponerse mal, de hecho, en la actualidad, la situación ha empeorado tanto que ya es intolerable y debe hacerse algo al respecto. Este tipo de historia suele finalizar con el anuncio que profetiza la crisis (colapso, hecatombe o ruina) junto con algunas propuestas para evitarla. Las historias de decadencia se diversifican de muchas maneras, como *la historia del progreso obstaculizado* la cual se narra de la siguiente manera: “al inicio la situación era terrible, entonces, las cosas empezaron a mejorar, gracias a alguien, pero ahora, alguien o algo interfiere con nuestro héroe, y así, todo volverá a su terrorífico estado inicial”; o *la historia de la impotencia y el control*, que se relata así: “la situación es mala, tenemos que aceptar que está fuera de control y que no se puede hacer nada al respecto; ahora bien, la buena noticia, es que nosotros, a diferencia de usted, si podemos controlar la situación”. Otra variedad es la *culpa la tiene la victima*, historia derivada de la idea del libre albedrío a partir del cual, se toman todas las decisiones; subrayando que la libertad de elección esta al alcance de la sociedad entera, en consecuencia, se asigna el control y la responsabilidad a la gente que padece el problema; y así con muchos otros tipos de historias (2002, 157-182).

socialistas, que alguna vez estuvieron de moda, pero que desde principio de los ochentas han sido desplazadas por las ideas del libre mercado y la propiedad privada.

La narración maniquea se incorpora al discurso político como un argumento para iniciar un proceso de reforma, enmarcando la discusión sobre las dificultades de financiamiento y el aumento de costos (por la inflación, la mala gestión, la corrupción, etc.). La narración se basa en la necesidad de racionalizar los recursos escasos, contener costos, aumentar la eficiencia y la calidad. De tal modo, el concepto central es la ineficiencia debido a múltiples causas: poblaciones cautivas, falta de competencia, ausencia de una administración de tipo gerencial y moderna, falta de estándares de calidad y control de costos. Es claro que en este relato se exageran las virtudes del sector privado, y a la vez se resalta que la única vía para lograr la eficiencia y calidad son la libertad de elección y la competencia.

La narración maniquea de la política pública inicia describiendo a las empresas estatales como ineficientes, corruptas, poco competitivas, en contraste con las privadas que serían justamente todo lo contrario: eficaces, competentes, e incorruptibles, y por lo tanto, su gestión se evalúa como superior y deseable. Prosigue la historia señalando que es inevitable un cambio pues la crisis de dichas empresas es insostenible. Luego, se enfatiza en un atributo puntual que supuestamente hace resaltar a la gestión privada: la eficiencia. Este énfasis es reiterativo, y se establece como autoevidente pues no es necesario aportar ninguna prueba de esta afirmación. El relato continúa, reiterando los beneficios de las prácticas privadas, especialmente enfatizando en las consecuencias de la ineficiencia. Finaliza la historia advirtiendo que el único camino es incorporar al sector privado, vendiendo empresas estatales, o al menos, logrando la participación de los privados de algún modo, para que finalmente, se gestionen bien los recursos escasos.

La narración maniquea se fundamenta en la creencia de que la empresa privada es más eficiente, en contraste con la pública, lo cual es un mito muy difundido y está basado en las teorías de la elección pública y los derechos de propiedad (Letza, Smallman, y Xiuping 2004). De acuerdo a dichas teorías, el sector privado cuenta con incentivos para buscar beneficios y por ello monitorean rigurosamente la gestión;

igualmente, gracias al peso del control del mercado, los menores costos de transacción y los incentivos para la búsqueda de beneficios, se establece una relación "simple" del principal agente, y junto con la gobernanza jerárquica, redundan en mayor eficiencia. En contraste, los burócratas del sector público buscan su propio interés al buscar el poder o mantenerse en sus puestos, por lo tanto, no es el interés público lo que los motiva. Asimismo los burócratas tienen ventajas de información, y la gobernanza estatal tiene capas de agencia lo que hace difícil ejercer un efectivo control. La razón de este credo es que los directivos del sector privado son más sensibles a los incentivos y la disciplina que sus contrapartes del sector público, para lograr una eficiencia asignativa, esto significa que una empresa privada responderá automáticamente a las señales del mercado (en un mercado de productos competitivo) lo que a su vez redundará en la asignación óptima de recursos que refleje las preferencias de los consumidores; mientras que un monopolio público insensible a las señales del mercado asignará mal los recursos y los desperdiciará (Letza, Smallman, y Xiuping 2004).

Contrario a la suposición común de que la privatización tiene una base teórica sólida como el teorema de la eficiencia económica, la privatización es un proceso de ajuste de políticas “en busca de una razón, que está carente de un análisis claro de propósito o efectos; y por lo tanto cualquier objetivo que parece alcanzable es tomado como justificación” (Kay y Thompson 1986, 18- 19). Teorías aparentemente sólidas como los derechos de propiedad y las teorías de la elección, no son verdades universales y autoevidentes, como se afirma comúnmente, pues son sobre todo, una ideología, pero se ha concebido como una panacea para curar los males económicos (Letza, Smallman, y Xiuping 2004).

Modelos

Se puede identificar un tercer tipo de objeto conceptual, denominado modelos; “Los modelos se basan en casos concretos de reformas de políticas o intervenciones de desarrollo que, aparentemente, encarnan una dimensión de "éxito" y califican como "historias de éxito" (Molle 2008, 132). Además, están aceptados por la experiencia de haber sido aplicados, ser aprobados por expertos e instituciones poderosas, y aparentemente usarlos minimiza el riesgo. También es posible encontrar alusiones al anti-modelo, es decir “historia de fracaso” que muestran programas o políticas

públicas cuyos resultados no fueron los esperados o crearon más problemas de lo que solucionaron, por lo tanto, serían casos que muestran lo que no debería hacerse.

Estrategias dialógicas

Desde hace algunas décadas, se ha reconocido la importancia y complejidad de la estructura conversacional, y su rol primordial en las relaciones sociales. Defino las estrategias dialógicas como aquellas que implican la conversación o el diálogo, con base en la atención y sensibilidad en relación con otras personas (Sennet 2012, 30). La conversación implica un conjunto de habilidades, desde prestar cuidadosa atención a lo que los demás dicen, hasta la sensibilidad y reconocimiento del otro, así como la capacidad de abrir un espacio mutuo indeterminado.

La estructura conversacional se caracteriza por la participación cara a cara (compartiendo el mismo espacio y momento), desarrollada en pares o turnos de toma de palabra, con diversos fines comunicativos, y que los actores construyen y negocian a partir de características interpersonales (edad, estatus, etc.), pero sobre todo para mantener las relaciones sociales (Calsamiglia y Tuson 1999, 29). Las estrategias dialógicas están basadas en la capacidad de escuchar. Por lo tanto, tenemos dos tipos de escucha, la pasiva y la activa. La pasiva es una habilidad que exige atención, sensibilidad hacia el otro, y simpatía, con el fin de que las personas reciben un reconocimiento, en un intercambio de tipo consultivo. La escucha activa, en contraste, además de la sensibilidad y la atención, implica la capacidad de interpretar, incorporar y negociar contenidos para llegar a consensos o para cooperar en busca de determinados fines. Claramente el segundo tipo es más complejo y mucho más difícil que el primero, en cuanto exige habilidades y estrategias para superar los egos desmedidos, los malentendidos, la inflexibilidad ideológica, las ambiciones personales, etc. La cooperación, fin último de la escucha activa, es más exigente al obligarnos a movernos de manera incómoda, más allá de nuestras convicciones, e intentar intercambios intersubjetivos con personas muy diferentes a nosotros en muchos sentidos: étnico, clase social, etarias, conocimientos, profesional, etc. La escucha pasiva puede ser el primer paso para llegar a la escucha activa, pero a veces, los procesos políticos optan por implementar solamente la primera, ya sea por razones de tiempo, ideológicas, institucionales etc. Lo ideal, por supuesto, sería la escucha activa, en la cual, la construcción de una política pública se tengan en cuenta tantas

voces como sea posible. Este proceso de toma de decisiones contribuye al carácter deliberante y polifónico de las democracias liberales, lo cual a su vez, cimienta la legitimidad y la estabilidad de un gobierno. Por lo anterior y como lo ha propuesto Habermas (1998), la argumentación pública, la construcción de consensos, la inclusión de todos, son compromisos irrenunciables y básicos para la democracia misma.

Estrategias hermenéuticas

Este tipo de estrategias hace alusión a la distancia entre el programa y las acciones que se implementan; y cómo dicha distancia determina la elasticidad de las interpretaciones. En las estrategias hermenéuticas encontramos dos: la ambigüedad constructiva y el espacio interpretativo. En cuanto al espacio interpretativo (siguiendo a Mahoney y Streeck), es una característica de las instituciones que señala la distancia entre la regla y su interpretación e implementación, debido a la discrecionalidad de las instituciones y a la misma formulación de la norma.

En ese sentido, Vivien Schmidt (2002), señala que es necesario diferenciar el discurso (cuando se discute y se aprueba la política pública), de esa política una vez ha sido implementada. De ahí la diferenciación que hace Schmidt entre discurso, la ley, programa o política pública que permanece en el reino de las palabras, y la política pública en acción, es decir cuando se implemente o se pone en práctica. Tales desconexiones ocurren, por ejemplo, cuando un programa se desarrolla de maneras que difieren de su discurso original. Esta diferenciación es clave, porque muchas políticas nunca se implementan o no se reglamentan por lo tanto parecen quedar en el ámbito de las palabras, o difieren de lo que se planteó en la norma inicialmente.

Así las cosas, se debe distinguir entre el discurso previo (ex ante) a la aprobación de un programa de política y el discurso una vez se implementa (ex post), pues como afirman Schmidt y Radaelli “una cosa es que un discurso parezca relevante, aplicable y coherente cuando se sitúa principalmente en el reino de las ideas, lo cual puede ser natural e incluso necesario para asegurar la continuación del programa. Pero otra cosa es cuando se pone en práctica, y se empieza a evidenciar una cierta incoherencia en el discurso o la vaguedad en la descripción, o las áreas que no encajan en el discurso” (2004, 202). Se trata entonces de analizar la influencia del discurso no sólo durante la

formulación sino también en la implementación de la política, una vez se ha tomado una decisión. Como ya se ha descrito en la etapa comunicativa, a veces el discurso es más importante en la etapa de implementación que durante su formulación, pues en la implementación se legitima ante la ciudadanía, de tal forma que se garantice la supervivencia del programa o política. Asimismo, el discurso ex post, es importante para institucionalizar ideas, desarrollar identidades políticas o colectivas, reinterpretar la historia, enmarcar la discusión nacional y transformar las ideas y valores de una nación.

Streeck y Thelen también se enfocan en esa dirección cuando describen la reorientación de los recursos institucionales asociados con la conversión, que puede ocurrir a través de la lucha política sobre a qué funciones, y propósitos una institución deben servir. La lucha política conduce al cambio a través de la conversión gracias a las brechas que existen en el diseño o surgen entre la emisión de las normas institucionalizadas y su promulgación local. Cuatro fuentes de estos vacíos son de especial relevancia: el primero se refiere a las consecuencias no deseadas del diseño institucional pueden ofrecer oportunidades para la lucha política. En segundo lugar, la creación de instituciones producto de la negociación política, pues esto por lo general implica un compromiso; de hecho, muchas reformas se basan en acuerdos muy ambiguos, en el que todas las partes aceptan la necesidad de una reforma en general, mientras que en temas puntuales existen grandes discrepancias. Un tercer vacío se presenta cuando los actores son estratégicos y aquellos que no participaron en el diseño de una institución, hacen todo lo que esté a su alcance para interpretar las reglas a favor de su propio interés (o eludir o subvertir las reglas que chocan con sus intereses). Cuarto: el tiempo importa (Pierson 2004). Esto significa que muchas instituciones han existido el tiempo suficiente como para haber sobrevivido, no sólo a sus diseñadores y a la coalición que la crearon, sino también a las condiciones externas de la época de su fundación. Los cambios en la naturaleza de los desafíos que enfrentan los actores, o que se presentan en el equilibrio de poder permiten a las instituciones creadas, servir a ciertos intereses para ser redirigidas a metas muy diferentes e incluso diametralmente opuestas a las originalmente establecidas (Streeck y Thelen 2005, 26-28).

Finalmente, propongo una estrategia hermenéutica adicional, denominada ambigüedad constructiva. Se emplea esta estrategia cuando, al redactar un programa o política pública, deliberadamente se plantea un contenido abierto, es decir dejando frases lo suficientemente indeterminadas o poco precisas de manera que puedan ser interpretadas de múltiples formas posteriormente. Por ejemplo, si se formula una Ley, se espera que en la reglamentación se construya la interpretación deseada por quienes redactaron y promovieron la Ley. La ambigüedad también se manifiesta en el uso de conceptos, lo cuales se definen de un modo pero se desarrollan de otro, de manera que incluso pueden ser abiertamente contradictorios. Se trata entonces de usar conceptos de forma tan flexible que pierdan los límites de su significado, abarcando multitud de sentidos.

Capítulo 2

Caso Colombia

En este capítulo se aborda la descripción y análisis del caso colombiano. En primer lugar, se describe el contexto político, económico y los factores externos; segundo, se realiza una caracterización del sistema de protección social en salud vigente; tercero, se reconstruye los eventos a partir del punto A, que es inicios de los noventa con la discusión de la reforma; este punto es un proceso político importante y visible de toma de decisiones, y es analizado a partir de las Corrientes múltiples y el Institucionalismo discursivo. Además, se hace la reconstrucción de los eventos que llevan del punto A hasta el punto B (la Ley Estatutaria), se analiza con la propuesta de cambios incrementales de Mahoney y Thelen.

2.1 Contexto político, económico y factores externos (1990 - 2015)

En el escenario de guerra civil que ha vivido Colombia desde hace más de 50 años, esta involucrado un claro componente político: por un lado, las guerrillas, forjadas a la sombra del Frente Nacional¹⁴, coalición que le impidió a grupos alternativos competir en el juego político. Cabe señalar que en algunas regiones, ejercer los derechos políticos (léase ser elegido o votar) implicaba una inminente violencia, especialmente contra los partidos de izquierda.

En 1990 se realizaron negociaciones de paz con el grupo guerrillero M-19. Una de las condiciones para dejar las armas fue la instauración de una Asamblea Nacional Constituyente para cambiar las reglas del juego político, pues como ya se mencionó, excluía cualquier alternativa al bipartidismo liberal-conservador. En marzo de 1990, el grupo oficialmente entregó las armas y empezó a participar como el partido político Alianza Democrática M-19. Su éxito inicial se evidenció en los más de 700 mil votos que obtuvo para hacer parte de la Asamblea Nacional Constituyente y en las curules que ganaron durante las elecciones de 1992 (nueve para Senado y trece en la Cámara de Representantes). No obstante, luego de la euforia electoral inicial, este grupo fracasó y finalmente desapareció de la escena política.

¹⁴ El Frente Nacional fue un pacto bipartidista, entre los partidos Liberal y Conservador, que se dio entre 1958 y 1974. Básicamente repartía el poder entre estos partidos, excluyendo de la posibilidad de llegar al poder a otros grupos.

En 1991, se promulgó una nueva Constitución para Colombia, cuyo primer artículo establece que el país es un Estado Social de Derecho, con una forma de organización basada en la república descentralizada, democrática, pluralista, participativa y que brinda autonomía a sus entidades territoriales. Cabe agregar que con la nueva Carta Magna también se realizaron importantes transformaciones en el sistema político: se limitaron las facultades legislativas que habían sido otorgadas al presidente a través de la declaración del Estado de Sitio, el cual era un régimen de excepción en casos de conmoción extrema o tiempos de guerra, pero de cuya figura se abusó, dando lugar a un estado de sitio permanente¹⁵. Así, en la Constitución de 1991, esta figura se modificó dando lugar al Estado de Excepción, el cual está limitado a tres circunstancias excepcionales (guerra exterior, conmoción interior y emergencia económica y social), condicionando la respuesta a dichas situaciones y con lapsos de tiempos limitados.

Además, con la Constitución del 91 se mejoró la formulación de las políticas al orientarlas “hacia el interés público”. Específicamente, este hecho puede atribuirse por lo menos a cuatro factores: 1) el aumento de los frenos y contrapesos, 2) una mayor participación en el ámbito nacional y subnacional, 3) mejor control de las prácticas clientelistas de los políticos, y 4) más control sobre la discrecionalidad del Poder Ejecutivo para distribuir subsidios y créditos a ciertos sectores de la población (Tommasi, Stein, Echebarría, Lora, y Payne 2006, 180).

En Colombia, en particular durante el gobierno de César Gaviria (1990-1994), se dio paso a un conjunto de reformas bajo el lema “Apertura económica y modernización del Estado”, orientadas a profundizar un proyecto liberalizador que si bien, ya se venía implementando desde administraciones anteriores, se impulsó con fuerza arrolladora en ese Gobierno.

En sintonía con lo anterior, se buscó liberalizar el mercado de capitales, el de bienes y

¹⁵ A partir del Estado de Sitio se legislaron sobre cuestiones como la administración pública, la administración de justicia y la Procuraduría General de la Nación, medidas relacionadas con el funcionamiento del Congreso, las Asambleas Departamentales y los Consejos Municipales, surgieron modificaciones en el derecho civil o procesal civil, medidas fiscales tendientes a modificar el régimen impositivo y el pago de la deuda pública, medidas económicas y monetarias y medidas relativas a la legislación laboral (Gallón, 1991).

servicios y el laboral (Estrada, 2004). En el mercado de bienes y servicios, se eliminaron las licencias de importación y se disminuyó el gravamen arancelario manteniendo algunos niveles de protección para ciertos bienes. Aunque, supuestamente sería un proceso gradual, finalmente se resolvió hacer un proceso expedito y abandonar el gradualismo¹⁶. El resultado fue el crecimiento de las importaciones durante 1990 y 1996, mientras caían las exportaciones. El mercado de trabajo se orientó hacia la flexibilización y la reducción del precio del contrato laboral. Finalmente, en el mercado de capitales se estableció un régimen de banca múltiple así como nuevas condiciones para la rentabilidad financiera. Se inició la privatización del mercado de divisas, se desreguló el mercado de capitales (para que la apertura de mercados garantizara el libre flujo de capitales especulativos) y se levantaron las restricciones existentes a la inversión extranjera (Estrada 2004, 77-78).

Desde una mirada optimista, Kalmanovitz señala que el país:

Respondió favorablemente a la apertura de los años noventa: el hallazgo de petróleo en Cusiana, atrajo capitales y sirvió de garantía al endeudamiento externo tanto del sector privado como del sector público. El crecimiento se aceleró, hasta alcanzar un promedio del 5% anual entre 1993 y 1995. El peso comenzó a revaluarse, lo cual incentivó aún más el endeudamiento externo, que combinaba bajas tasas de interés y una caída en el valor real de la deuda, financiando incrementos de la inversión privada – que volvió a tocar costas superiores al 25% del PIB – y un auge inusitado de la construcción (2010, 296-297).

No obstante, para otros el crecimiento de la década del noventa fue realmente producto “del endeudamiento de los hogares debido a los créditos de consumo y vivienda, de los empresarios y sus inversiones o movimientos especulativos y del Estado, por el financiamiento del déficit fiscal, todo lo cual se sintetiza en una prosperidad al debe” (Estrada 2004,104).

¹⁶Según Jorge Garay: “La administración Gaviria abandonó los conceptos gradualistas dada la postergación de los flujos de importaciones como resultado de la expectativa generada a los importadores frente a futuras liberaciones arancelarias (Documento Conpes 2492, octubre 29,1990). Ello condujo a una acumulación innecesaria y perversa de divisas que a mediano plazo podría producir inestabilidad en la balanza de pagos. Con base en la coyuntura que atravesaba la economía, el gobierno decidió dejar de lado el gradualismo en la apertura comercial”.

Para finales de la década del noventa, la prosperidad había terminado y se desató una dura crisis como resultado de un conjunto de factores acumulados¹⁷ que crearon burbujas especulativas en los mercados de finca raíz, en el sector financiero y en el crédito externo. Los resultados fueron desastrosos: El crecimiento se desaceleró: para 1996 fue del 2%, en 1998 del 0,5% y para 1999 cayó al -4,2%. La apertura llevó al país a exponerse a los ciclos económicos globales, lo cual hizo a su economía altamente vulnerable, como se evidenció durante la crisis que azotó al mundo y que “encontró a la economía colombiana en estado de indefensión entre 1998 y 2002” (Kalmanovitz 2010, 295). La crisis afectó al sistema financiero, por lo cual, fue necesario rescatar varios bancos a través del gravamen a las Transacciones Financieras (en sus inicios llamado coloquialmente “Dos por mil”). De la misma manera, aumentó significativamente la pobreza, que alcanzó al 57.5% de la población en 1999.

Para salir de la crisis se optó por acordar un programa de ajuste con el FMI para recibir préstamos. También, a través del Acto Legislativo 01 de 2001¹⁸, se planteó la reforma al régimen de descentralización para realizar un mejor ajuste fiscal, la cual redujo las transferencias de la Nación a los Entes Territoriales¹⁹. Dicho Acto Legislativo debió regir hasta 2008, año a partir del cual se debía volver a las transferencias con un porcentaje de los Ingresos Corrientes de la Nación (ICN) es decir, como debería hacerse según el artículo 357 de la Constitución Política. Para evitar aplicar la regla constitucional nuevamente, en septiembre de 2006 el Congreso aprobó el Acto Legislativo 4 de 2007, modificatorio de los artículos 356 y 357 de la

¹⁷ Según Kalmanovitz (2010), la crisis obedeció a una revaluación de la tasa de cambio (por la masiva entrada de capitales), al excesivo gasto público y al endeudamiento privado, junto a la gran crisis rusa, cerrando la inversión y el crédito internacional.

¹⁸ Allí se estableció que por unos años, las transferencias ya no crecerían al ritmo de los ingresos de la Nación, como lo establecía la Constitución, sino que aumentarían apenas un poco por encima de la inflación.

¹⁹ Las transferencias son recursos que el gobierno central gira a las entidades territoriales. En la Constitución de 1991 se estableció que la Nación giraría una porción cada vez mayor de sus ingresos a los gobiernos regionales, para que estos prestaran directamente servicios como educación y salud, hasta entonces centralizados. La idea era que el Gobierno nacional se redujera y gastara menos y, al mismo tiempo, consolidara la descentralización; pero ocurrió lo contrario. El Gobierno central incrementó su gasto propio al mismo tiempo que transfería más recursos a las regiones. Los mandatarios locales, por su parte, también gastaron mucho más de lo que recibían, sin que hubiera claridad sobre cuáles eran las responsabilidades administrativas y fiscales de cada uno de los actores.

Constitución Política, por el cual la nación dejó de girar a los departamentos, distritos y municipios, durante el período 2008 - 2016, la suma de \$ 49.8 billones²⁰ a precios de 2006 (18.9 billones a los departamentos y 30.9 billones a los municipios y distritos). Los sectores más afectados con estos recortes fueron salud, educación y saneamiento básico.

Estos dos aspectos eran de la mayor relevancia, pues se requería definir un sistema que, de un lado, fuera financieramente viable al moderar su impacto sobre las finanzas de la Nación y, de otro, permitiera una mejor asignación de los recursos públicos.²¹ De esta forma se creó con el Acto Legislativo 01 de 2001 y la Ley 715 de 2001 el Sistema General de Participaciones, una bolsa de recursos que unificaba las transferencias por situado fiscal y las participaciones municipales para financiar salud, educación y otros gastos sociales, y por lo cual, estas políticas sociales se debían someter a una estricta política de ajuste fiscal. En resumen, la crisis se aprovechó para empezar un proceso de recorte a las transferencias, un incremento del control directo sobre el uso de los recursos de la política social y un debilitamiento del sector público local.

Por otro lado, Kalmanovitz afirma que el país tardó más en recuperarse debido a la percepción de inseguridad producto del incremento de la violencia ejercida por las FARC entre 1996 y 1998. Desde el inicio de su presidencia en el 2002, Álvaro Uribe Vélez fortaleció las Fuerzas Armadas, razón por la cual logró recuperar la seguridad en algunas zonas del país y, gracias a este avance en la seguridad, iniciar un importante crecimiento económico derivado de atraer inversiones extranjeras con generosas prebendas.

Cabe agregar que este panorama de crecimiento no fue exclusivo de Colombia. Desde 2003 hasta 2011 se originó un gran crecimiento en la región (4% en ese lapso de tiempo) fruto del llamado *boom de los commodities*: un aumento en los precios de las materias primas en un promedio de 5,5% al año; un aumento histórico extraordinario. No obstante, el país no se benefició de este *boom* pues durante los ocho años del

²⁰ Comunicado de Prensa, 21 de febrero de 2007. Polo Democrático Alternativo.

²¹ Borradores de Economía. Implicaciones Fiscales y Sectoriales de la Reforma a las Transferencias Territoriales en Colombia. Banco de la República. Nro. 437. 2007

mandato de Uribe, se aprobó una serie de exenciones tributarias dirigidas a las empresas que realizaran inversiones de capital, de tal forma, se les eximió del 40% del impuesto a la renta. Como resultado, a pesar del auge de los precios del petróleo y de otras materias primas, el país no logró aumentar sus ingresos vía tributaria, ni mejorar sustancialmente los indicadores del mercado laboral (debido a que las industrias no intensivas en mano de obra fueron las que más invirtieron, como la minería). Como lo plantea Kalmanovitz (2014), todavía se está sufriendo el hueco fiscal que dejaron dichas exenciones y prebendas ya que en 2010, el costo de estos incentivos equivalía a 1,6% del PIB, lo que se ha venido disminuyendo al 1% del PIB en 2013, pero es todavía un monto de \$6,3 billones, equivalente al 14% del impuesto a la renta.

Para finales del 2007, Estados Unidos entró en una grave recesión, lo cual naturalmente, repercutió en el país. Aunque esta crisis internacional no tuvo un impacto tan fuerte en Latinoamérica, especialmente porque tras la crisis del 1999, la región impuso fuertes regulaciones al sistema financiero, fue una crisis cuyas consecuencias se han sentido de manera más fuerte en los países desarrollados (Kalmanovitz 2010).

En cuanto a los factores externos, es imposible abordar las reformas a los sistemas de protección social en salud, sin hacer referencia a la Organización Mundial de la Salud, la cual ha sido reconocida como la autoridad mundial en temas de salud. Hasta la década del setenta del siglo veinte, la entidad se caracterizó por su experticia técnica en el campo de la medicina, y posteriormente desarrolló un rol mucho más político (Schiller, Hensen y Kuhnle 2009, 219). No obstante, en términos de políticas públicas de salud, la OMS ha perdido terreno. Las razones de su debilitamiento son varias: por un lado, se encuentran sus recursos financieros limitados, sus débiles canales de interacción con los gobiernos (a menudo su principal canal son los ministros de salud, quienes suelen tener poco prestigio y son relativamente débiles en comparación con otros ministros), y por último, la inmensa mayoría de su personal profesional son aún los médicos, quienes no están bien preparados en términos de manejo político (Schiller, Hensen y Kuhnle 2009, 220-221).

Ahora bien, mientras la OMS se debilitaba, la banca internacional comenzó a asumir

el liderazgo en el tema. Desde la década del ochenta, el Banco Mundial ha tenido un papel relevante en la asesoría técnica a los países latinoamericanos, hecho evidente en el sector de salud. El primer documento que se concentra en el tema de la salud pública es *Financing Health Care: An Agenda for Reform* (1988). La “Agenda para la Reforma” proponía aliviar el peso del presupuesto estatal en salud, aumentando el cobro por los servicios curativos en la red pública de acuerdo a la capacidad de pago (en otras palabras, eliminando la atención gratuita). Además, incentivando el aseguramiento, lo que estimularía la inversión de capital privado, disminuiría el gasto público y promovería la competencia (entre aseguradoras y prestadores de servicios tanto públicos como privados), lo cual mejoraría la eficiencia y la calidad de esos servicios (BM, 1988: 15). Finalmente, recomendaba la descentralización de los servicios de salud, con lo cual ganarían independencia las regiones, empleando los incentivos del mercado en la asignación de los recursos (BM 1987a, 699 - 704).

Al respecto, a comienzos de la década de 1990 se aprobó la Ley 10 cuyo eje fundamental fue la descentralización. Sin embargo:

No podría afirmarse de manera mecánica que los criterios que planteaba en ese momento el BM, fueron incorporados en la Ley 10 por la vía de los expertos vinculados al proyecto de consolidación. Pero sí se puede afirmar que la teoría neoclásica [en la que se fundamentaba el banco] comenzó a ser utilizada para entender y organizar de otra forma los servicios de salud [...] así, el discurso del derecho universal a la salud comenzaba a cuestionarse con base en un nuevo recurso, la teoría neoclásica de los bienes (Hernández y Obregón 2002, 256).

Durante la misma época y con financiación del BM, en Colombia se realizó el proyecto “Consolidación del Sistema Nacional de Salud” (Hernández y Obregón, 2002), el cual estaba orientado principalmente hacia la descentralización. Dicho informe fue un insumo directo para la Ley 10 de 1990²². Por otro lado, con recursos del BM también se realizó el Estudio Sectorial de Salud, un diagnóstico del panorama de la salud en el país (Yepes, 1990: I, 37-39) y que resalta el vínculo evidente entre el proceso de descentralización de la salud y el Banco Mundial; específicamente, por su

²² La cual entre otras cosas, establecía como ya se mencionó, la descentralización de los servicios públicos de salud.

financiamiento²³ y la asesoría directa de sus funcionarios.

Las ideas ya esbozadas en la Agenda para la Reforma, reaparecieron en el “Informe sobre el Desarrollo Mundial. Invertir en Salud” publicado en 1993 (BM, 1993). Se señala en dicho informe, que los gobiernos debían financiar ciertas medidas de salud pública (aquellas que afectaban a la mayoría de la población y que las personas no estarían dispuestas a pagar, como fumigaciones contra mosquitos), dejando para los actores privados el resto de servicios a través de un mercado de seguros. El Estado tendría la tarea de reglamentar este mercado para fomentar la competencia y la participación del sector privado, estimular el aumento de la cobertura y el control de costos. El informe también recomendaba ofrecer un paquete mínimo de servicios cubierto por un subsidio a la demanda, que se entregaría a quienes no pudieran costearse un seguro, es decir para los más pobres (BM, 1993). En síntesis, la descentralización y la participación de los actores privados en un mercado de aseguramiento (llámese proveedor de servicios o aseguradora), eran los dos ejes centrales de las recomendaciones del Banco.

Los argumentos de quienes defendían la descentralización en Latinoamérica se pueden sintetizar en tres puntos: 1) los decisores locales conocen y responden mejor a las necesidades de la comunidad y evitan los costosos errores cometidos por burócratas distantes quienes tienden a ignorar las condiciones de salud locales. 2) Involucrar la comunidad en la planificación y supervisión de los servicios locales incrementa su participación, lo cual promueve la democracia. 3) Los controles locales y la adecuación de servicios al nivel de las necesidades locales contribuyen a un uso más eficiente de los recursos y produce una mayor satisfacción en el usuario.

²³ Al respecto cabe resaltar que “Con todo, las diferencias de la OPS con las propuestas del BM estaban en el fundamento conceptual y ético-político. No era por azar que los economistas neoclásicos estuvieran vinculados al Banco y no a la OPS. A medida que avanzaba la década se hacía más evidente el distanciamiento entre los dos organismos. Este es uno de los motivos, si no el más importante, de la escasa presencia de la OPS/OMS en la primera fase de las reformas sanitarias, en general, y de la colombiana, en particular. Tampoco debe olvidarse que el flujo de recursos para estas reformas provenía de los créditos del BM, mientras que otros importantes organismos internacionales del sistema de Naciones Unidas comenzaban a tener problemas de recursos por los escasos aportes de los países, en medio de la crisis de finales de los ochenta y comienzos de los noventa.” (Hernández y Obregón, 2002).

En cuanto a la privatización, ésta se promovió bajo el supuesto de que el sector privado es más eficiente que el sector público, por lo cual, se debía reducir al gobierno al papel de regulador mientras la provisión de los servicios de salud debía ser asumida por el sector privado (Ugalde y Homedes 2005).

Para concluir este apartado, cabe resaltar un conjunto de factores internacionales que contribuyeron al auge del aseguramiento y al apoyo efusivo que recibieron las ideas del BM. Por un lado, con la caída del Muro de Berlín en 1989, finalizó la división antagónica entre capitalismo y socialismo (este último representado por la Unión Soviética), y se consolidó el capitalismo globalizado. Este evento produjo que “las concesiones” que representaban las políticas sociales ante la amenaza de la “invasión comunista”, perdieran todo sentido. En este contexto, las afirmaciones del Banco parecían obvias: “los derechos sociales y económicos universales son inviables económicamente y los subsidios estatales deben dedicarse a la incorporación de los pobres al ventajoso ámbito de la economía globalizada” (Hernández y Obregón 2002, 291). Por este motivo, la búsqueda para ampliar la participación del sector privado en salud, también hacía parte del crecimiento de empresas transnacionales que exploraban nuevos nichos de mercado.

2.2 Sistema de Protección social en salud

La Constitución del 91 estableció una cultura de derechos exigibles al determinar a Colombia como Estado Social de Derecho, en el cual:

Además del respeto a los derechos civiles y sociales de todos los miembros de la sociedad, garantiza y materializa los derechos sociales, económicos y culturales de su pueblo. Este Estado, al contrario de los Estados de derecho que buscan exclusivamente la igualdad legal, busca también la igualdad real (Díaz 1993, 142).

Considerando esta cultura de derechos exigibles, en lo relacionado a la salud, el artículo 49 de la Constitución señala²⁴:

La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a

²⁴ Artículo modificado por el Acto legislativo 2 de 2009.

cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria (Constitución Política de Colombia: Artículo 49, 78).

Se evidencia en el párrafo anterior, que más que un derecho, la salud constituía un servicio público a cargo del Estado. Vale la pena aclarar que para el Ejecutivo de aquella época, la salud era un derecho prestacional²⁵, es decir, que dependía de la disponibilidad presupuestal y debía regirse por criterios de eficiencia y desarrollarse paulatinamente. En contraste, para los jueces y la Corte Constitucional la salud ha sido un derecho fundamental que por conexidad, se vincula con el derecho a la vida, a la dignidad, y por lo tanto, debe prestarse en el marco de la igualdad, la solidaridad, con calidad y con protección inmediata e integral.

Ahora bien, a pesar de plantearse en la Carta y mediante Sentencia de la Corte Constitucional que los derechos sociales son obligaciones del Estado, de acuerdo a Quintero:

La misma Constitución permite la generalización de las concesiones para que los particulares exploten las actividades presentadas por los servicios públicos, así como la privatización de las empresas monopolísticas del estado [...], es decir, se plantea una verdadera contradicción, muy difícil de conciliar, entre el estado social de derecho y el estado liberal (2011, 34).

²⁵ La salud, entonces, se enmarcó como derecho prestacional, es decir programático, “puesto que necesita la realización de políticas públicas que permitan al estado prestar el servicio de salud. Estas políticas se concretan a través de distintas actuaciones en el tiempo por parte de los órganos del estado y con base en el dinero que se pueda disponer para dichas políticas” (Durán, 2010: 211).

En relación a la normatividad vigente, la Ley 100 de 1993 en el segundo libro, reglamenta el sistema de salud colombiano y establece la existencia de un sistema de aseguramiento compuesto por dos subsistemas: el contributivo y el subsidiado. El primero financiado por las cotizaciones que realizan los empleados, un porcentaje aportado por los empleadores y una Unidad de Pago por Capitación (UPC), aportada por el Estado de manera anual. El modelo contributivo pues, constituye un sistema basado en la condición de trabajador. Este régimen es administrado por Entidades Prestadoras de Salud (EPS) que afilian a los empleados, gestionan los recursos y contratan o son dueñas de Instituciones Prestadoras de Salud (IPS): clínicas, consultorios, laboratorios, médicos particulares, ambulancias, etc., las cuales, finalmente, brindan el servicio. Los empleados y los trabajadores independientes eligen la EPS de su preferencia, estimulando la competencia entre estas para, en teoría, mejorar los servicios que prestan.

El régimen subsidiado, por su parte, es financiado por el Estado (ingresos corrientes de la nación, situado fiscal y otros impuestos) y por los aportes solidarios de las cotizaciones de los afiliados al modelo contributivo. Este régimen afilia a través del Sisben (Sistema de identificación y clasificación de potenciales beneficiarios para programas sociales) a todas las personas que, por diversas razones (desempleo, pobreza extrema, informalidad, etc.), no hacen parte del modelo contributivo. Los recursos son gestionados en este caso por EPS, las cuales también contratan a IPS para prestar el servicio. Este modelo supone un subsidio de parte del Estado para la población vulnerable y más pobre que no puede acceder al régimen contributivo.

En el artículo 162 de la Ley 100, se establecía un paquete de servicios o POS (Plan Obligatorio de Salud)²⁶:

El sistema general de seguridad social de salud crea las condiciones de acceso a un plan obligatorio de salud para todos habitantes del territorio nacional antes del año 2001. Este plan permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad

²⁶ El POS quedó eliminado con la Ley Estatutaria.

de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan.

Sin embargo, aquellas enfermedades que por su naturaleza especial o por su baja incidencia en la población no se cubren, son asumidas por recobros al Fosyga (Fondo de Seguridad y Garantías). Este fondo administra la totalidad de los dineros de la salud y es gestionado por un consorcio privado. Por su parte, el Estado es el responsable de vigilar, regular y coordinar el sistema a través del Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud y la Comisión de Regulación en Salud (que funcionó solamente entre 2007 y 2012).

2.3 Reconstrucción de los eventos: del punto A al punto B

2.3.1. Punto A: Coyuntura crítica y apertura de una nueva trayectoria

El inicio de la década de los noventa se caracterizaba por un panorama enmarañado: un ambiente de terror que asolaba al país, fruto de las bombas del narcotráfico, el asesinato de líderes políticos, jueces, periodistas y policías, así como la acumulación de la violencia de varios grupos guerrilleros; una tremenda crisis institucional, junto con una desacreditada clase política, su corrupción descarada y los mecanismos cerrados de participación en el juego político; y finalmente, un malestar social producto de décadas de pobreza y exclusión. En resumen, una situación caótica de degradación moral, política y social, que mostraba a Colombia como un estado fallido. Este escenario de crisis se presentó como una coyuntura crítica y fue aprovechado como una gran oportunidad por César Gaviria, presidente en el poder desde 1990 hasta 1994, quien prometió romper con el pasado y abrir nuevas rutas de cambio significativo (*path departure*) en varios frentes. Recordemos que a finales de la década del ochenta e inicios del noventa, Colombia vivió una época convulsa: por un lado, una sangrienta ola de violencia de múltiples orígenes (guerrillera, de narcotraficantes y paramilitar)²⁷. Por otro, la demanda ciudadana por modernizar el

²⁷ La década de los ochenta será recordada por los colombianos como una de las más sangrientas y violentas de la historia reciente del país. Al tiempo que grupos insurgentes como las FARC se fortalecían llevando a cabo secuestros, asesinatos y delitos en vastas zonas del país, se llevó a cabo el genocidio político de un partido completo, la Unión Patriótica; se agudizó la guerra entre carteles de la droga y el Estado colombiano dejando una estela de bombas, secuestros y miles muertos (entre estos candidatos a la presidencia, ministros, policías, jueces, periodistas, etc.); germinaron grupos como el MAS (Muerte a Secuestradores), el cual mutó para convertirse en un grupo paramilitar que masacró a líderes de izquierda, sindicalistas y sospechosos de ser guerrilleros, campesinos, etc.; y se desató la llamada guerra verde, un enfrentamiento que dejó alrededor de 6.000 muertos por el control de las minas de esmeraldas de Boyacá. En definitiva: La década de los Ochenta en Colombia se cerraba en medio de un mar de sangre, de una semiguerra civil de inaudita crueldad que hacía retroceder la

estado y abrir a otros actores la posibilidad de participar en el juego político, y finalmente, un proceso de apertura y desregulación económica para ingresar a la dinámica global. Claramente era un escenario sui generis, en el que la conjunción de una serie de problemas muy graves, desbordó la capacidad institucional y alcanzó el umbral de lo tolerable en la sociedad en su conjunto. En medio de esta coyuntura crítica, inició un clamor popular que exigía transformaciones profundas, ejemplo de ello es el caso de la llamada Séptima papeleta; movimiento estudiantil que en las elecciones parlamentarias de 1990, logró que extraoficialmente, se contara una papeleta adicional que reconociera la voluntad popular para convocar una Asamblea Constituyente. La Corte Suprema oficializó y legitimó esta votación, por ello, durante las elecciones presidenciales de mayo de 1990, se sometió a votación esta propuesta, la cual ganó con el respaldo de más del 85% de los electores.

En febrero de 1991, se instaló la Asamblea Constituyente y cinco meses después, se promulgó una nueva Constitución para Colombia. La Constitución del 91 transformó la estructura institucional del país, los procesos participativos en la toma de decisiones y sobre todo, estableció un estado de garantía de derechos. Al mismo tiempo y durante su campaña electoral, César Gaviria prometía un “revolcón”. Efectivamente, al llegar al poder en 1990, efectuó una serie de reformas con el objetivo de liberalizar la economía (tradicionalmente cerrada y proteccionista) y modernizar el Estado. En medio de esta coyuntura, Gaviria tuvo la ventaja de contar con el apoyo popular para alcanzar el anhelado cambio; no se trató simplemente de un eslogan de campaña, en verdad la sociedad estaba a la expectativa de un cambio verdadero, una ruptura con el pasado en muchos niveles.

A pesar de lo anterior, dicho proceso no fue fácil, pues encontró una fuerte oposición desde varios frentes. Nuevas fuerzas políticas estaban presentes en la contienda política, como la recién creada Alianza Democrática M-19, un partido de izquierda

memoria de los colombianos a los peores tiempos de la Violencia desatada tras el asesinato de Gaitán. En esos años el país se situó a la vanguardia mundial por sus tasas de homicidio con índices de impunidad que alcanzarían niveles superiores al 95%. En 1989 el asesinato era la principal causa de muerte entre los varones colombianos con edades de 15 a 44 años y la segunda entre todos los grupos etarios. Casi el 90% de estas muertes eran provocadas por la delincuencia común a lo que ayudaba la ineficacia y corrupción de la judicatura y las fuerzas policiales así como la ausencia o semiausencia del Estado en vastas regiones del territorio nacional. (Sixirei, 2011, 116-117).

que se opuso a muchas iniciativas del gobierno. En síntesis, desde 1991 hasta 1993, se abrió una coyuntura que propició la realización de transformaciones sustanciales y la apertura a nuevos caminos institucionales, uno de estos, la Ley 100 de 1993. En síntesis, esta coyuntura se puede describir como un momento crítico donde de forma inusual, problemas que el país venía acumulando no sólo se agravaron, sino que confluyeron y crearon las condiciones para el cambio. En primer lugar, la Asamblea Constituyente y su objetivo de realizar una reforma institucional global. Segundo: la llegada al poder de un presidente joven como César Gaviria (con apenas 43 años) y con ánimos reformistas. Tercero: una sociedad harta que exigía cambios sustanciales. Cuarto: una tendencia internacional hacia la consolidación del capitalismo globalizado gracias a la caída del Muro de Berlín. En resumen, existía un contexto favorable hacia nuevas ideas, fortalecido por un clima de cambio y de horizonte esperanzador que reclamaba transformaciones sustanciales. En este marco, un viraje hacia un nuevo modelo, era bien recibido.

Corriente política

Como ya se ha esbozado en el anterior apartado, en cuanto a la tendencia ideológica del gobierno, César Gaviria llegó al poder bajo el lema “Bienvenidos al futuro”, frase coherente con los planes del nuevo gobernante para el país. Gaviria será recordado como un hombre que buscaba romper el proteccionismo de la economía y privatizar algunos sectores en aras de la eficiencia. Este modelo de apertura económica es una tendencia de tipo evidentemente neoliberal²⁸, es decir, en sintonía con las políticas de ajuste estructural impulsadas por la banca internacional. Para los neoliberales, el papel del Estado, consiste en garantizar el funcionamiento del mercado a través de la protección a los derechos de propiedad, el cumplimiento de los contratos, la recolección de estadísticas y la provisión limitada de servicios sociales para los más pobres. De tal forma, son los mercados y la no distorsión de precios los que garantizan la eficiencia en la asignación de recursos y la competitividad internacional, asimismo, defienden los conceptos de ventaja comparativa y devaluación del tipo de cambio y propenden por la reducción de los costos laborales (a través de la búsqueda de los salarios reales más bajos, abaratando los despidos, subcontratación, etc.).

²⁸ Quisiera resaltar que empleo el término, sin asumir una connotación peyorativa del mismo.

En relación al equilibrio de fuerzas, se debe señalar que el sindicato del ISS hizo fuerte presencia, con lo cual ganaron condiciones especiales para la institución durante los primeros años de la reforma, mientras se ponía a tono con la nueva dinámica de competencia y para que pudiera sobrevivir, lo cual finalmente no sucedió. De otro lado, los usuarios del sistema, los consumidores, no tuvieron ninguna representación o mostraron ninguna oposición en la discusión, al no estar agrupados en ninguna organización u asociación. Por su parte, las organizaciones médicas como la Asociación de Facultades de Medicina, la Federación Médica Colombiana y la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, le dieron su apoyo a la reforma. En septiembre de 1993 enviaron una carta a la Comisión Séptima 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, constituía un abordaje integral para la salud pública al considerar el problema de la cobertura y la universalidad, lo cual permitiría construir una sociedad solidaria, justa y equitativa. Otra muestra de la aceptación que tenía la propuesta entre el cuerpo médico fue la creación de la Cooperativa de Trabajo Médico Asociado (Femec), en septiembre de 1993, antes incluso, 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, el cual también contaba con el apoyo de 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.

Con relación a los eventos en el gobierno, debemos enfatizar que César Gaviria fue un hombre muy estratégico para garantizar el éxito de la reforma, que supo neutralizar a los opositores dentro del Ejecutivo, apartándolos de posiciones clave. De ahí que, una de sus jugadas maestras, fueron los cambios administrativos que realizó, y con los cuales, dotó de unidad y coherencia a los organismos estatales en torno a la reforma, dado que hasta finales de 1992 hubo enfrentamientos entre entidades estatales, especialmente entre el Departamento Nacional de Planeación (DNP) y el Instituto de Seguros Sociales (ISS). Los cambios fueron:

- El nombramiento de Juan Luis Londoño como Ministro de salud. Se debe recordar que, para 1992, el M-19 tenía adjudicada esa cartera, pero en noviembre de ese mismo año decidió dejarla, por el evidente desacuerdo con las propuestas para la reforma y el manejo que se le daba al sector. El 30 de noviembre de 1992, Londoño fue nombrado Ministro de Salud, quien hasta ese momento había promovido la reforma desde el DNP, además estaba en completa sintonía con la tendencia tecnocrática y neoliberal que promovía Gaviria.
- En 1992, Luis Fernando Ramírez, quien se desempeñaba como viceministro de Hacienda, fue nombrado Ministro de Trabajo.
- En octubre de 1992, se posesionó la nueva directora del ISS, Fanny Santamaría que laboraba en el Ministerio de Hacienda, en reemplazo de Cecilia López, ésta última estaba en desacuerdo no sólo con el diseño la reforma, sino con las políticas de apertura de Gaviria.
- Oscar Emilio Guerra, quien se desempeñaba como superintendente delegado para entidades vigiladas en la Superintendencia de Valores, fue nombrado Superintendente Nacional de Salud en febrero de 1993. Guerra fue una ficha clave para reestructurar la Superintendencia de Salud, una de las entidades más importantes para que el mercado de salud estuviera adecuadamente regulado y vigilado.

La corriente del problema

En marzo de 1992, el gobierno presentó en la legislatura 92/93 de octubre el Proyecto de Ley 155 el cual abordaba únicamente el tema pensional, a pesar de haber considerado y analizado previamente incluir el tema de la salud. Al analizar el proyecto por parte de la Comisión Séptima Constitucional, se le solicitó al gobierno incluir la salud en la reforma para ser discutida junto al tema pensional.

El primer borrador del gobierno fue preparado por Mauricio Perfetti en representación del Ministerio de Trabajo, Iván Jaramillo por parte del Ministerio de Salud, Eliseo Velázquez por el ISS, Nelcy paredes por el DPN con la colaboración de Felicia Knaul, asesora externa de la Unidad de Desarrollo Social del DNP. En noviembre de 1992, este grupo presentó su propuesta, pero el gobierno determinó que la prioridad era presentar un sistema de subsidios para el acceso de la población más pobre a servicios

de salud, descartando una reforma más general, la cual fue entregada al Congreso en diciembre de 1992. Esta última propuesta fue rechazada por el órgano legislativo por considerarla parcial e insuficiente para superar los problemas de la seguridad social. Otra versión de los hechos fue la presentada por uno de mis entrevistados, quien señaló que “El parlamento chantajeó al Ejecutivo, casi diciendo, si usted no nos deja sacar la reforma de salud, no le dejamos sacar la reforma financiera, y el presidente aceptó para que no le entorpecieran sus políticas de reforma económica (Líder de asociación médica, Bogotá, entrevista con la autora, 15/10/2015). Por lo tanto, se podría decir que en parte, incluir el tema de la salud y el sistema de protección social fue producto de la negociación política. Con respecto a los indicadores, en primer lugar, debemos recordar que se decía que Juan Luis Londoño, Ministro de Salud en 1993 e impulsor indiscutible de la reforma, “siempre [estaba] armado de documentos, informes, estudios en su computador portátil, donde guarda el desarrollo, los proyectos, los resultados y el futuro de lo que él denomina el proyecto de salud más ambicioso del país” (El Tiempo, 27 de junio de 1993)²⁹. El entusiasta ministro era además un economista que fundamentaba el grueso de su argumentación en estudios técnicos, estadísticas, proyecciones y tablas de todo tipo. De ahí que a lo largo de la exposición de motivos y durante todo el proceso legislativo, fuera posible encontrar estos indicadores cuantitativos para diagnosticar el problema, aportar más datos sobre algún factor clave o más importante aún, realizar proyecciones económicas para describir el futuro crecimiento económico. Es decir, las estadísticas describían el pasado y el presente, y anunciaban como sería el futuro.

Es importante aclarar que, debido a que el grueso de la discusión giró en torno a la reforma pensional, se utilizaron bastantes estadísticas demográficas (tasa de crecimiento neto de la población, tasa global de fecundidad, evolución de la mortalidad y la esperanza de vida al nacer, esperanza adicional de vida en años al alcanzar determinadas edades, distribución porcentual de la población, etc.), estadísticas del ISS (afiliados y pensionados hasta 1992, afiliados por cada pensionado, proyecciones de afiliados y cotizaciones); también se utilizaron las proyecciones del sistema de reparto simple (proyección de afiliados y pensionados, proyección de tasas de reparto, superávits y déficits proyectados para diferentes

²⁹ <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-149291>

escenarios: comparación de superávits y déficits de sistema vigentes), la proyección del sistema de capitalización individual y la del sistema mixto, estadísticas de mercado de capitales y tasas de interés, y datos internacionales sobre seguridad social.

En cuanto al sistema de salud, los indicadores describían las características del problema: por un lado, falta de cobertura con los siguientes indicadores: 18% seguridad social, 17% práctica privada, 25% desprotegidos y 40% atendido por la red pública (Ministerio de Salud 1994). También se mostraban estadísticas sobre la falta de solidaridad, así “Según la encuesta Nacional de Hogares, el 16,7% de los que ganaban menos de un salario mínimo estaban afiliados al sistema de seguridad social, el 45,9% de los que ganan menos de dos salarios mínimos, y el 66,1% de los que ganaban dos o más salarios mínimos” (Gaceta 254 1993, 4).

Finalmente, los indicadores también presentaban datos sobre la ineficiencia en la asignación del gasto público y la inequidad del sistema, así lo planteaba la exposición de motivos “Los hogares con ingreso de hasta un salario mínimo gastaron en salud en 1985, cerca del 4,9 de sus gastos totales, que según la ponencia era superior al porcentaje que gasta cualquier nivel de ingresos, que se sitúa alrededor del 3.5%” (Gaceta 254 1993, 4).

Sobre los eventos, el más representativo durante la discusión fue la crisis “insostenible” de todo el sistema de salud y del Instituto de Seguros Sociales (ISS). De la red pública, se afirmaba que existía una tremenda crisis financiera, fruto de dinámicas burocratizadas, descoordinadas y monopólicas encabezadas en muchos casos, por personas no idóneas para asumir puestos directivos, pues se trataba de puestos meramente políticos. Por esta razón, el ministro Londoño afirmó en junio de 1993 para el diario El Tiempo, que “se necesitaba una urgente reforma al Ministerio y una transformación en el área social. [...] Aunque reconoce que se deben seguir creando mecanismos para sacar a la salud de la pobreza absoluta con el fin de evitar los septiembreros negros por falta de recursos, tiene claro que el problema, entre otras cosas, es que el sistema de salud es un barril sin fondo”³⁰. Al mismo tiempo, el ISS tampoco se salvó de la lluvia de críticas. De hecho, ya desde las discusiones en la

³⁰ <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-149291>

Asamblea Constituyente lo acusaban de corrupto, ineficiente, monopólico, con baja calidad en sus servicios, etc.

Además, se afirmaba que la gravísima crisis por la que atravesaba el sistema implicaba adicionalmente “que los recursos públicos destinados a la financiación de la salud, tampoco están llegando a los estratos más pobres. Lo anterior justifica la creación de un sistema de subsidios directos a la población de bajos ingresos, de tal forma que sea esta población la que se beneficie del gasto público” (Gaceta 130 1993,3).

Sobre la retroalimentación, debemos considerar que varios programas sirvieron no sólo como insumo sino como antecedente directo de lo que más tarde sería la Ley 100. En este orden de ideas, para finales de la década del ochenta y con financiación del Banco Mundial, se realizó el proyecto “Consolidación del Sistema Nacional de Salud” (Hernández y Obregón 2002) que emitió un informe realizado por consultores expertos. Dicho informe fue un insumo directo para la denominada Ley 10 de 1990, la cual definía la salud como un servicio público a cargo del Estado y gratuito en los servicios básicos para todos los habitantes del territorio nacional. Esta ley además, buscaba organizar el sistema de salud explicitando:

- Los principios básicos por los cuales se regiría el servicio público de salud: universalidad, participación ciudadana y comunitaria, subsidiariedad, complementariedad e integración funcional.
- Las entidades, organizaciones y dependencias que integran el sector salud.
- Las responsabilidades de la nación, los departamentos y municipios en la dirección y prestación de servicios de salud: a los municipios les correspondería el manejo del primer nivel de atención y a los departamentos, la responsabilidad por el segundo y tercer nivel asistencial. El Ministerio de Salud debía producir políticas y normas nacionales y la Superintendencia Nacional de Salud debía ejercer las funciones de inspección, vigilancia y control.
- Establecimiento del valor del situado fiscal para salud.
- Reordenamiento de las fuentes financieras para salud.
- Transformación de hospitales públicos en entidades autónomas patrimonial y

administrativamente.

- Establecimiento del sistema de carrera administrativa para los funcionarios públicos de la salud.

En síntesis, el corazón de la Ley 10 era la descentralización, lo cual permitiría establecer un modelo de salud enfatizando en las competencias de cada ente territorial, distribuyendo el funcionamiento de la red de salud pública y trasladando competencias a departamentos y municipios. Paralelamente y mientras se creaban nuevas fuentes de recursos, esta Ley eliminaba tácitamente la anterior dirección centralizadora que recaía en el Ministerio de Salud. La Ley 10, por lo tanto, constituyó uno de los referentes y precedentes más importantes durante las discusiones de la Ley 100 y en las deliberaciones de la Asamblea Nacional Constituyente. Cabe recordar que la Ley 10 hizo parte de la modernización del Estado y contó con el apoyo del Banco Mundial y el BID (Bossert 2003).

Con respecto a la definición del problema, éste se estructuró en una ausencia tripartita: falta de universalidad, solidaridad y eficiencia del sistema de salud.

- Falta de universalidad: Se acusó al sistema de que su principal problema era la falta cobertura, pues la seguridad social no cobijaba ni al 20% de la población. Por lo tanto, señala la ponencia, de todos los problemas que buscaba remediar el proyecto, el principal era la falta de universalidad.
- Falta de solidaridad: Se manifestaba en las diferencias en la asignación de recursos entre los subsistemas. Así, se afirmaba que existían múltiples entidades sin ninguna conexión entre ellas, constituyendo una barrera para la incorporación de la solidaridad, evidenciando múltiples desigualdades en los niveles de protección. La insolidaridad se manifestaba a través de: a) la exclusión de los sectores más pobres, y b) el otorgamiento de subsidios regresivos y significativamente mayores para quienes tenían una mayor capacidad de aporte. Se aseguraba que “La insolidaridad se ha expresado en el alto gasto que en esta materia deben hacer los hogares de menores ingresos [...] Especialmente en productos medicinales y farmacéuticos, además cuando necesitan servicios médicos recurren a consultas privadas. En resumen, hay falta de cobertura e inequidad en el sistema de salud, poco adecuada

asignación de recursos y baja calidad de los servicios (pues los afiliados del ISS también tienen pólizas con el sector privado)” (Gaceta 130 1993, 3) .

- Falta de eficiencia: Se afirmaba que otro aspecto supremamente grave del sistema era su falta de eficiencia. Este elemento contribuyó a destruir la poca confianza y aumentar la mala fama de las instituciones vinculadas a la seguridad social. Ante un panorama donde más de mil entidades diferentes ofrecían aseguramiento, un grado de fragmentación tan alto arrojaba del mismo modo, una gran heterogeneidad en cotizaciones y beneficios. Este fenómeno produjo un uso ineficiente de recursos que no permitía una economía de escala que ahorrara costos.

La corriente de la solución

Sobre contenido cognitivo, abordaremos en primer lugar la viabilidad técnica y financiera. Por un lado, se argumentaba que la reforma era técnicamente viable porque su implementación se facilitaba por la existencia de un conjunto de instituciones (cajas de compensación, empresas de medicina prepagada, ISS, etc.), que se integrarían en un sistema bien organizado, y que podrían ser utilizadas como plataforma base para alcanzar el principal objetivo: ampliar la cobertura. Así se evidencia cuando se sostenía que:

La propuesta tiene un enorme realismo institucional. Más que partir de cero, o hacer tabla rasa del pasado, el rediseño institucional pretende capturar los elementos esenciales de las diversas instituciones que hoy, de una u otra forma, convergen a la prestación de servicios de salud. Los hospitales públicos y el Instituto de Seguros Sociales salen fortalecidos del nuevo marco global, que les da más flexibilidad y protección. A las cajas y a las empresas de medicina prepagada se las integra en un sistema, coherente y controlado, de seguridad social. Se mejora, en fin, la asignación de recursos de los sistemas locales de salud para llegar de forma más eficaz a las poblaciones más pobres y necesitadas (Gaceta 130 1993, 7).

Pero la reforma no sólo se reducía a emplear la infraestructura de estas instituciones, además buscaba aprovechar la información que poseían: “[se] quería utilizar esas instituciones dentro de la reforma para aprovechar no sólo sus recursos, sino también beneficiarse de su experiencia institucional (Gonzalez-Rossetti y Ramírez 2000, 71).

Por otro lado, la viabilidad financiera fue constantemente cuestionada, por lo cual, el Ministro de Salud reiteraba a lo largo de las sesiones: “Dice el ministro de Hacienda que sí puede el gobierno financiar el gasto de salud programado, por lo tanto no hay ningún problema financiero en el proyecto como está” (Acta de comisión 8 de sesión conjunta 1993). Se argumentaba por tanto, que la reforma era económicamente viable y que el Estado podía tolerar su costo, ya que:

Los expertos estiman que sí es viable la ampliación de cobertura. El problema se centra en el manejo inadecuado de los recursos. El país se está gastando cerca del 4,0 por ciento del Producto Interno Bruto (PIB) en salud, cerca de 1,8 billones de pesos al año y cubre a una mínima parte. En países de desarrollo similar como Costa Rica, el gasto en salud equivale al 6,5 por ciento del PIB y con esos recursos logran protección para el 82% de la población. Las cifras son más dicientes en países como Japón donde se cubre a la totalidad con un gasto no superior al 6,5 por ciento del PIB. (Mazuera Jaime y Hoyos José Fernando. Salud para todos, remedio lejano. *El Tiempo*, 10 de octubre de 1993, <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-239547>)

Específicamente, se afirmaba que la reforma era viable porque: a) permitiría aumentar las cotizaciones tanto de los empresarios como de los trabajadores, pasando del 7 al 13% del salario. b) El aseguramiento, al ser obligatorio, aumentaría sustancialmente el número de cotizantes y por consiguiente, aumentarían los recursos. c) Se crearía un fondo de solidaridad con aportes de trabajadores que ganasen más de cuatro salarios mínimos. d) El Gobierno se comprometía a duplicar su gasto en salud. F) Se recibiría préstamos por 274 millones de dólares por parte del BID y de los gobiernos de Francia y España, destinados a implementar el nuevo sistema.

Por su parte, el Contralor General Manuel Francisco Becerra, quien hizo una larga intervención el 10 de diciembre de 1993 en la Cámara de Representantes, también cuestionaba la viabilidad del proyecto, ya que según argumentaba, el aseguramiento dependía:

Del mercado de trabajo y la distribución de la población en áreas urbanas y rurales. [...] cuanto más grande sea el mercado de trabajo es mayor la cobertura poblacional que

logra un sistema de seguridad social. El tamaño del mercado de trabajo y nivel de desempleo son variables que las predetermina el crecimiento económico, el cambio tecnológico, el ciclo económico y la dinámica demográfica. Si estas variables no guardan estabilidad, la cobertura que logre cualquier sistema de seguridad social no se puede sostener en el largo plazo [...] la encuesta de hogares de 1984 mostró que este sector informal abarcaba el 55% del empleo de cuatro áreas metropolitanas. [...] La mitad del empleo es informal. [...] lograr las metas con los instrumentos definidos en el proyecto de ley es muy difícil (Gaceta 448 1993, 8-9).

En su intervención, se infiere que el Contralor no estaba cuestionando la disponibilidad directa de los fondos de la propuesta, sino algo aún más importante, los supuestos que la hacían sostenible a largo plazo. De ahí que durante las discusiones en el Congreso, surgieron indicadores sobre las proyecciones de crecimiento económico para los años venideros. A partir de las tendencias del rumbo de la economía, el Partido Conservador sustentó su apoyo al proyecto de reforma y aludió a las proyecciones económicas empleadas para argumentar que el proyecto era financieramente viable en el futuro:

Es probable, según la misión Chenery que [haya] un crecimiento del producto superior al 5% anual, durante un lapso de más de una década permitiría disminuir el desempleo por debajo del 6%. No es fácil predecir que nuestra economía vaya a crecer a ese ritmo, aunque se espera que tal sea el resultado de la internacionalización y la apertura. Si a esto se suma un aumento importante en la explotación y venta del crudo descubierto en Los Llanos, es factible pensar en un crecimiento relativamente largo que vaya más allá de los 5 puntos porcentuales [...] Si se cumplen los vaticinios de la exposición de motivos tendríamos un mayor ahorro, necesario para incrementar la inversión en los sectores productivos de la economía y facilitar de esa manera la política de la apertura, toda vez que una de las restricciones de esta es la falta de capitales, ante la baja inversión extranjera (Gaceta 454, 193, 25).

Cabe resaltar entonces, que éstas optimistas proyecciones económicas fueron uno de los puntos centrales para justificar la viabilidad económica de la reforma.

En cuanto al contenido normativo de la propuesta de reforma o aceptabilidad en las categorías kingdonianas, éste involucró en la definición del problema, dos valores: la

libertad y la solidaridad. El primero tuvo preponderancia al reiterar la importancia de permitir la elección por parte del usuario, lejos de la lógica monopólica, corrupta e ineficaz de los servicios estatales y del ISS. La elección individual fue muy importante como mecanismo regulador de la calidad al abrir la competencia entre operadores (EPS, hospitales, etc.), quienes mejorarían sus servicios para atraer y mantener usuarios. Esta dinámica rompería el arcaico, burocrático, ineficiente y corrupto monopolio estatal (sistema nacional e ISS), mejorando la eficiencia administrativa, la contención de costos y per se, el servicio. Por este motivo, se ató implícitamente la libertad de elección a la eficiencia en la utilización de recursos. Se dio por sentado que los operadores limitarían los recursos a la par que ofrecerían mejores servicios, obligados por la competencia y además, que se incrementaría el control y vigilancia del sistema a través de comités de usuarios o representación de usuarios en distintos organismos de control. El papel del Estado sería vigilar, regular y supervisar el funcionamiento del sistema, para garantizar el acceso universal al servicio.

Por su parte, la solidaridad se buscó en los esfuerzos redistributivos entre individuos de diferente nivel de ingreso, entre diferentes generaciones, entre hombres y mujeres y entre regiones. Este procedimiento se realizaría a través de un mecanismo de subsidios cruzados y de la reunión de diversas fuentes de recursos en un fondo denominado Fosyga. Dichos esfuerzos permitirían a todos prestar los mismos servicios, gracias al Plan Obligatorio de Salud, compensando a quienes más necesitaban protección.

No obstante, en La Gaceta 300 que describe la Sesión ordinaria del día martes 24 de agosto de 1993, se afirma en la sustentación del capítulo uno del articulado, que “La dinámica de la solidaridad y la dinámica de la competencia se oponen entre sí y se anulan recíprocamente. Los objetivos de la solidaridad y los de la competencia son contradictorios, el primero busca unificar esfuerzos para el bien social, mientras el otro busca el enriquecimiento individual, aun en contra del bien social”. En consecuencia, la libertad y la competencia constituían dos principios con dinámicas diferentes, pues la solidaridad: “Multiplica al unir personas, valores, esfuerzos porque todos reciben lo de todos y dan a todos, en cambio la competencia divide opone y

destruye. La competencia es la lucha para que sobreviva el más fuerte y genera violencia. La solidaridad rescata al más débil y genera paz” (Gaceta 300, 1993: 7). Paradójicamente, ésta contradicción se convirtió en una fortaleza de la propuesta, pues al parecer la reforma tendría lo mejor de ambos mundos: acabar con el monopolio del sector público, pero disfrutando de las ventajas de la buena gestión privada y a la vez compensando las fallas del mercado.

Debe reconocerse además que se reenmarcó la salud, pasando de ser un asunto asistencial a ser un derecho, lo cual se difundió mediáticamente, tal vez no para dar un amplio apoyo a la reforma, sino para reconceptualizar la discusión, lo cual en efecto cambió drásticamente como se llevaría la discusión en el futuro. De tal forma, se puede afirmar que la construcción del imperativo de cambio contribuyó a impulsar la reforma política cuando los actores modificaron el discurso conceptual de la salud, pasando del asistencialismo al discurso de los derechos. En resumen, se puede señalar que se legitimó la reforma con base en un valor de reciente aparición: la libertad de elección. Acompañado de un valor preexistente: la solidaridad, que estaba enraizado en un conjunto de instituciones de vieja data como la familia tradicional, la religión católica y los valores rurales.

2.3.2 Actores programáticos

Bajo el liderazgo del Ministro Juan Luis Londoño, se reunió a un grupo de personas que trabajó infatigablemente para la aprobación de la reforma. Es necesario mencionar que estas personas coincidían en varias características: a) contaban con preparación académica en el extranjero y experiencia laboral internacional, predominantemente en las áreas de economía, administración y finanzas, b) eran jóvenes y entusiastas, c) creían en la reforma, pues la promocionaron durante la formulación y la siguieron defendiendo durante su implementación, y d) por su pensamiento tecnocrático, se sentían apolíticos y ajenos a ideología alguna (Ex funcionario del Congreso, Bogotá, entrevista con la autora, 15/09/ 2014). Los miembros de la coalición discursiva eran: Nelcy Paredes, María Luisa Escobar, Beatriz Londoño, Oscar Emilio Guerra, Diego Palacios, Teresa Tono, Edgar González, Wolfgang Munar, Eduardo Alvarado, Iván Jaramillo, Ulpiano Ayala y Mauricio

Perfetti. Este equipo contaba con una red amplia, que incluía especialistas, expertos y burócratas en todos los niveles, e incluso alcanzaba el nivel internacional.

Como ya se mencionó, el principal promotor y apasionado defensor de la reforma fue el Ministro de Salud Juan Luis Londoño de la Cuesta, quien estuvo siempre presente en el proceso legislativo y apareció constantemente en los medios para promocionar y defender vehementemente el proyecto de ley. Juan Luis Londoño estudió Administración de negocios en Medellín, luego obtuvo una maestría en Economía en la Universidad de los Andes, y más tarde, en 1988 obtuvo un doctorado en Economía en la Universidad de Harvard. En 1990 fue director de DNP, desde donde impulsó la reforma. Era un tecnócrata entusiasta y laborioso. Como ya se señaló, en 1992 y tras la renuncia del Ministro de Salud Gustavo de Roux (militante del M-19 y a quien no le convenía la reforma), Londoño pasó a dirigir esa cartera; un cambio fundamental que le permitió asumir con total liderazgo y autoridad el proceso de reforma y de paso, eliminar el obstáculo que representaba el anterior ministro. Luego de dejar la cartera por la llegada al poder de Ernesto Samper, trabajó desde 1994 hasta 1997 en el Banco Mundial y en el BID. Más tarde, al llegar a la presidencia Álvaro Uribe Vélez, quien recordemos fue uno de los senadores ponentes de la Ley 100, este lo nombró de nuevo como Ministro de Protección Social (cartera en la que se fusionó el Ministerio de Salud y Trabajo). Sin duda alguna, Londoño fue un ferviente defensor de la propuesta y era capaz de contagiar su entusiasmo a otros actores renuentes o escépticos. Aunque cuando llegó por primera vez al Ministerio de Salud en 1992 contaba con poca experiencia en el área (su principal trayectoria había sido en educación y capital humano). Gracias a su formación como economista, su fama de tecnócrata infatigable, su fe ciega en el mercado con competencia regulada y su optimismo contagioso, se ganó la confianza de Gaviria y más tarde de Uribe.

Nelcy Paredes fue la asistente principal de Londoño durante el proceso de formulación. Era egresada de Economía de la Universidad Javeriana. En el DNP trabajó directamente en el área de salud, con lo que ganó gran conocimiento sobre el sector y por lo que se le consideró un miembro clave de grupo. Se movía con total soltura con los tecnócratas, con los congresistas y otros grupos de interés, pues era consciente de que el proceso de reforma era tanto político como técnico

(González-Rosetti y Ramírez 2000, 61-62). Cabe recordar, que Paredes ya había participado en los debates de salud en la Asamblea Constituyente y en la comisión especial, por lo cual contaba con una importante experiencia previa. Luego de la aprobación de la Ley, Paredes fue la coordinadora del proceso de reglamentación, y a pedido de Londoño permaneció hasta 1998 en el ministerio (González-Rosetti y Ramírez 2000, 69). Más tarde se integró a un alto cargo en Acemi, la organización que reúne a las EPS del país y donde continúa trabajando hasta la actualidad. En resumen:

El papel de Paredes fue crucial durante todo el proceso. Ella habló con mucha gente en el Congreso: los técnicos de alto y medio nivel de trabajo sobre la reforma; miembros del Congreso y sus asistentes; y los grupos de interés. Durante la formulación de la ley secundaria fue principalmente un corredor, que también tenía un impresionante conocimiento del sector. Sus redes con diferentes actores, fueron muy importantes en el aumento de la viabilidad de la reforma del sector de la salud (Gonzalez-Rosetti y Ramírez 2000, 59).

Otro actor clave fue Mauricio Perfetti, quien fue uno de los encargados de apuntalar la reforma. Incluso hay algunos que señalan que “muchas de las ideas de Juan Luis Londoño eran realmente ideas de Perfetti [...] Junto con Ulpiano Ayala fueron los que le dieron todo el bagaje de cifras y soporte econométrico a esa reforma” (Dinero, 2013). En la tabla 2.1 se sintetiza la trayectoria académica y profesional de cada actor. Encabeza la tabla el entonces presidente César Gaviria, pues no sólo fue un apasionado entusiasta de la reforma global de la economía y el Estado, sino que sin sus estrategias y apoyo total a Juan Luis Londoño, la reforma hubiera tenido problemas para ser aprobada.

Tabla 2.1. Trayectoria académica y profesional de actores programáticos.

Actor	Trayectoria académica	Trayectoria profesional hasta 1993	Trayectoria profesional después de 1993
Cesar Gaviria Trujillo	Economista de la Universidad de Los Andes	-Representante a la Cámara en 1974 -Ministro de Hacienda en 1986 -Presidente de Colombia 1990-1994	En 1994, Gaviria fue designado Secretario General de la Organización de Estados Americanos hasta 2004
Juan Luis	-Administración de	-Departamento Nacional de	-Economista principal

Londoño	<p>Negocios</p> <p>-Economía Universidad de los Andes y Universidad de Antioquia</p> <p>-Master y PhD. en Economía, Universidad de Harvard.</p>	<p>Planeación, y Secretario del Consejo de Política Económica y Social (Conpes) entre 1990 y 1992.</p> <p>-En 1992 participó en el diseño de la Ley 60 de 1993</p>	<p>entre 1994 y 1997 del área social en el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo.</p> <p>-Ministro de salud nuevamente 2002.</p>
Nelcy paredes	<p>Economía Universidad Javeriana.</p>	<p>DPN</p>	<p>Vicepresidente Operativa y Financiera de ACEMI</p>
María Luisa Escobar	<p>-Economista</p> <p>-PhD Rice University</p>	<p>Asesora Ministerio de Salud</p>	<p>BID</p> <p>BM</p>
Beatriz Londoño	<p>-Médica de la Pontificia Universidad Bolivariana.</p> <p>-Especialista en Anestesiología y Reanimación de la Universidad de Antioquia</p> <p>-Master en Salud Pública de la Universidad de Harvard.</p>	<p>Asesora de la Dirección del Departamento Nacional de Planeación</p>	<p>-Secretaria de Salud de Bogotá, 1995-1999</p> <p>-Directora General del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2002 – 2006.</p> <p>-Ministra de Salud y de la Protección Social entre enero y septiembre de 2012.</p>
Oscar Emilio Guerra	<p>-Derecho, Universidad Javeriana.</p> <p>-Especialista en derecho financiero.</p>	<p>-Superintendente de Valores delegado para entidades vigiladas, en la Superintendencia de Valores.</p> <p>-Director de banco</p> <p>-Jefe de la oficina jurídica de la Superintendencia Bancaria</p> <p>-Vicepresidente jurídico, vicepresidente de operaciones y secretario general de lo que es hoy el Banco Mercantil.</p>	<p>-Superintendente Nacional de Salud (1993).</p> <p>-Presidente ejecutivo de la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral, Acemi (2001)</p>
Diego Palacios	<p>-Médico del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario</p> <p>-Master en Economía de la Pontificia Universidad Javeriana</p> <p>-Especialización en Gerencia de Mercadeo</p> <p>-Especialización en Administración y Gerencia de Recursos Humanos</p>	<p>-Asesor en dos oportunidades del Ministro Juan Luis Londoño en el Ministerio de Salud de 1993 a 1994. -Asesor del Director del Departamento Nacional de Planeación (DNP) entre 1994 y 1995.</p>	<p>Asesor del Despacho del Ministerio de la Protección Social (2002). -Ministro de Protección Social tras la muerte del ministro Juan Luis Londoño (2003)</p>
Teresa Tono	<p>-Médica Cirujana de la Pontificia Universidad</p>	<p>Asesora MS</p>	<p>-Programa de Apoyo a la Reforma de Salud (Pars) entre 1996 y 2008, cuya directora fue</p>

	<p>Javeriana.</p> <p>- PhD in Health Services, University of California, Los Angeles.</p> <p>-Master of Public Health University of California Los Angeles</p>		<p>Teresa Margarita Tono.</p> <p>-Fundación Para La Educación Superior - Fes</p> <p>-BID</p>
Edgar González	<p>-Administrador Público, especialista en Finanzas públicas</p> <p>.Magíster en Economía</p> <p>-Doctorado en Ciencias Económicas y Administrativas.</p>	Asesor del Ministerio de Salud.	<p>-Viceministro de Salud</p> <p>-Secretario General del Ministerio de Salud</p> <p>-Superintendente Nacional de Salud -Director del Departamento Administrativo de la Función Pública -Presidente de la Comisión Nacional del Servicio Civil, Miembro de la Comisión Mundial de expertos en Administración Pública de UN 2006-2009.</p>
Wolfgang Munar	<p>Médico de la Universidad del Norte de Barranquilla,</p> <p>-Maestría en Política pública y Gestión sanitaria de la Universidad de Harvard.</p>	<p>-Trabajó en la Universidad del Norte donde ocupó cargos administrativos, docentes e investigativos.</p> <p>-Director Ejecutivo de la Fundación Centro Médico del Norte (perteneciente a la Universidad del Norte) (1989)</p> <p>-Jefe del Servicio Seccional de Salud del Atlántico (1990).</p> <p>-Viceministro de Salud durante el gobierno de César Gaviria (1993).</p>	<p>-Consultor del Banco Mundial en Yerevan, capital de la República de Armenia.</p> <p>-Especialista principal en desarrollo en el Banco Interamericano de Desarrollo (1998).</p>
Eduardo Alvarado	Medicina, Universidad de Antioquia	Viceministro de Salud de Gobierno de César Gaviria Trujillo	<p>-Viceministro de Salud y Bienestar, gobierno de Álvaro Uribe Vélez</p> <p>-Vicepresidente de Eps-Iss</p> <p>-Director General de Seguridad Social Ministerio de Salud</p> <p>-Director de Salud Comunitaria Metrosalud Medellín</p> <p>-Consultor del BID, OPS, PNUD, entre otros.</p>
Iván Jaramillo	<p>-Contador Público, Universidad La Salle de México</p> <p>-Magíster en Administración Pública del Centro de Investigación y Docencia Económica</p> <p>-CIDE- de México</p>	Asesor en el diseño de diversas normas en Colombia (Constitución Política de Colombia de 1991 y de las leyes 10 de 1990, 60 y 100 de 1993, 715 de 2001) en aspectos de descentralización, salud y seguridad social.	<p>-Consultor de la CLAD</p> <p>-OPS-OMS. -Consultor del Banco Mundial en Bolivia, del BID en Ecuador, de la USAID en otros países de la región.</p> <p>-Consultor en Colombia de la Federación Colombiana de Municipios y del Ministerio de Salud, Programa Harvard de apoyo a la Reforma.</p>

Ulpiano Ayala	Ingeniero Civil, Universidad de los Andes. -Maestría en planificación económica Stanford University. -Doctorado en ingeniería civil, MIT.	-Comisión nacional de valores (1990-1993) -Superintendencia Bancaria. (1990-1994) -Ministerio de Hacienda y Crédito Público (1990-2002)	-Cafesalud (2001-Julio de 2002). -Departamento Nacional De Planeación (1999-2000) -Banco Interamericano de Desarrollo (1998 -diciembre de 2000) -Banco Mundial (1998)
Mauricio Perfetti	-Economista, Universidad de Medellín -Maestría en economía, Universidad de los Andes -Maestría en Política pública latinoamericana, Oxford -Doctorado en economía de la Universidad de Sussex.	-Ministerio de Trabajo Y Seguridad Social (agosto de 1992-enero de 1994) -Departamento Nacional de Planeación - DNP (1989-1991) -Banco De La República - Bogotá (Noviembre de 1985 - Enero de 1989)	-Asesor en asuntos cafeteros para el Ministerio de Hacienda, (2006-2010) -Viceministerio de Educación y en la subdirección de Planeación (2012). -Centro de Estudios Regionales Cafeteros y Empresariales (Crece). -Director DNP 2016

Fuente: Información obtenida con base en entrevistas realizadas entre enero 2014 y diciembre 2016

Este grupo funcionó como una coalición discursiva que compartían trayectorias profesionales y académicas, así como un programa intelectual distintivo. Sobre el recorrido profesional, todos, a excepción de Nelcy Paredes, tenían posgrados en Estados Unidos, especialmente en Harvard, y casi todos eran egresados de Economía, Administración o Contabilidad. Algunos, con formación en medicina como Diego Paredes y Teresa Tono se incorporaron durante la etapa de reglamentación e implementación de la Ley; ningún profesional de la Medicina fue parte del grupo de actores programáticos durante la formulación de la Ley 100. En cuanto al programa intelectual, estaban convencidos de la importancia de aprovechar el papel que el sector privado podía desempeñar en la provisión de servicios de salud, concibiendo la salud como un elemento central del desarrollo de capital humano. A la par, consideraban que el Estado no debía proveer servicios de manera directa, pues su rol debía ser únicamente regular, controlar y vigilar. Construyeron su programa de reforma del sector salud “teniendo en cuenta las posibilidades que ofrecían dos hechos: la promulgación de la Ley 60 en agosto de 1993, que asignó nuevos recursos para la salud a nivel local; y el proceso de focalización y subsidios a la demanda como mecanismos para aumentar la eficiencia en el gasto social” (González-Rossetti y Ramírez 2000, 65). De acuerdo a lo anterior, la meta era incrementar la participación

del sector privado, alcanzar la cobertura universal y la eficiencia en el gasto público. A su vez, las medidas e instrumentos para lograr estas metas fueron: competencia, libertad de elección, focalización y subsidios a la demanda. El diagnóstico del problema señalaba la falta de eficiencia, la mala calidad del servicio del ISS y de la red pública, la falta de cobertura y solidaridad del sistema en su totalidad. El cambio se justificaba no sólo por la precariedad en los servicios y la ineficiencia generalizada retratada en el diagnóstico, también porque era técnica y financieramente viable al contar con una red base de instituciones ya existentes que facilitaría su implementación. Además, porque a partir de estudios econométricos habían proyectado un crecimiento económico que mejoraría sustancialmente el empleo formal y los aportes al sistema. Gracias a su trayectoria profesional, estos actores construyeron una identidad común, al autodefinirse como tecnócratas pragmáticos, orientados a los resultados y apolíticos. Además, su identidad y cohesión se retroalimentaba gracias a la estima recíproca y la valoración mutua de su experticia técnica. Dado que fundamentaban su propuesta en criterios netamente técnicos, se mostraban como neutrales, y al no estar comprometidos con ningún partido político ni inclinarse a beneficiar a ningún grupo de interés, sentían su proceso transparente y orientado únicamente por un sentido de misión para alcanzar el cambio y tener un país diferente (Gonzalez-Rossetti y Ramírez 2000, 64).

2.3.3 Análisis discursivo

Etapa coordinativa

La Constitución del 91 le otorgó al Congreso un papel importante en la formulación de políticas. De lo anterior se derivó la generación de importantes debates sobre las políticas públicas nacionales y la transformación de las leyes propuestas por el Ejecutivo. La formulación de las políticas públicas produjo un incremento de los actores involucrados: se otorgaron curules a las poblaciones afrodescendientes e indígenas y se determinó que, luego de ser aprobada la ley, esta debe pasar a sanción presidencial y ser evaluada por la Corte Constitucional (también creada por la Constitución de 1991), cuya función es controlar la constitucionalidad de las normas jurídicas. Por lo tanto, en Colombia, el discurso coordinador fue más elaborado por ser un sistema multiactor con una dispersión del poder, en ese sentido, los políticos debieron negociar y buscar acuerdos sobre las reformas o programas en diversos

escenarios como la Asamblea Nacional Constituyente, la Comisión de Seguridad Social ordenada por la nueva Constitución para establecer las orientaciones fundamentales del proyecto de seguridad social y el Congreso (incluyendo todos los debates en las comisiones, las sesiones plenarias, el proceso de conciliación, la reglamentación, y los decretos de transición). Se describe a continuación el proceso coordinativo. En la discusión sobre la seguridad social de la Asamblea Constituyente de 1991, se redactó un párrafo transitorio que estipulaba:

El gobierno conformará una comisión integrada por representantes del gobierno, los sindicatos, los gremios económicos, los movimientos políticos y sociales, los campesinos y los trabajadores formales, la cual elaborará en un plazo de 180 días a partir de la vigencia de esta Constitución una propuesta para ser sometida por el Gobierno a consideración del órgano legislativo para desarrollar el sistema de seguridad social integrada (Ministerio de Salud 1994, 17).

Para cumplir la orden de la Asamblea Nacional Constituyente, el Gobierno creó una Comisión Transitoria que estudiaría el tema de la seguridad social, y que posteriormente debería ser tramitado en el Congreso³¹. Dicha Comisión daría orientación y bases para el proyecto de ley que debía preparar el gobierno y debería tramitarse en el Congreso.

La Comisión contaba con representantes del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el Ministerio de Salud, el Departamento Nacional de Planeación (DNP), el Instituto de Seguros Sociales (ISS), la Superintendencia de Subsidio Familiar, el Director de Cajanal, el Presidente de la CUT, el delegado de la Confederación de Trabajadores Democráticos de Colombia (CTDC), el presidente de la Confederación Trabajadores de Colombia, el presidente de la Confederación General de Trabajadores (CGT), el presidente de la Confederación Nacional de Pensionados de Colombia, el presidente de Asociación Bancaria, el presidente de Acopi, un delegado de Fenalco, un delegado de la ANDI, un representante de la Unión Patriótica, un representante de la Alianza Democrática

³¹ No obstante, en La Gaceta 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).

M-19, el Movimiento de Salvación Nacional, un representante del Partido Conservador, uno del Partido Liberal, un representante de los trabajadores informales y un representante del sector de los campesinos. En este marco, se estableció la Subcomisión Segunda de Salud conformada por León Darío Montoya por la Sociedad de Agricultores de Colombia, Efrén Escobar por la Confederación General de Trabajadores (CGT), Apecides Alvis por la Confederación de Trabajadores de Colombia (CTC), Germán Bula Escobar por la Asociación Colombiana de Pequeños Industriales (Acopi), Antonio Yepes Parra por el Partido Liberal, Guillermo Olano por el Ministerio de Salud y Nelcy Paredes por el Departamento Nacional de Planeación. La comisión sesionó durante cuatro meses (septiembre 1991 - enero de 1992), discutiendo las propuestas con otros actores, como de la Federación Médica Colombiana, la CUT, etc.

Al finalizar, la comisión llegó a las siguientes conclusiones: a) El modelo colombiano adolecía de muchos problemas: era centralista, jerarquizado, monopólico, estaba basado en una concepción biológica de la salud que lo hacía excesivamente medicalizado y reparativo, descuidando los aspectos sociales y psicológicos relacionados directamente con el proceso salud-enfermedad. b) Era necesario “separar tanto la administración como la prestación de servicios entre los seguros económicos y los servicios de salud” (Ministerio de Salud 1994, 21). c) Sus principales problemas eran la baja cobertura, calidad y eficiencia. d) Era necesario formar un modelo de atención flexible, descentralizado y auto gestionado. e) Se necesitaba implementar la lógica y gestión empresarial en las entidades prestadoras de los servicios, las cuales deberían obtener recursos de acuerdo a la demanda generada y no a través de subsidios a la oferta. f) Era indispensable que los usuarios tuvieran libertad de elección. g) Se necesitaba reglamentar la participación de la empresa privada para que compitieran en igualdad de condiciones con la red pública. h) Era urgente crear estímulos para la organización de instituciones pertenecientes a la economía solidaria. i) Era importante crear un seguro obligatorio de salud administrado por los fondos municipales de salud. j) Era preciso garantizar aportes estatales para subsidiar los servicios de aquellos grupos con ninguna capacidad de pago. k) Finalmente, era necesario contar con una Superintendencia de Salud que ejerciera control y vigilancia (Ministerio de Salud 1994, 140-148).

Pero, el Legislativo estaba inconforme con el proyecto de Ley 155, por sólo abarcar lo concerniente a pensiones, por lo cual pidió plantear una reforma más integral. De esta manera, en marzo de 1993 se constituyó un grupo coordinado por el Ministerio de Salud para discutir y preparar una propuesta. Dicho grupo estaba conformado por representantes del Ministerio de Salud, del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, del Instituto de Seguros Sociales, un representante de la Asociación de Cajas de Compensación, un representante de una Caja de Compensación, un representante de la Asociación de Compañías de Medicina Integral Prepagada, un representante de los servicios locales de salud de Medellín (Metrosalud) y los coordinadores ponentes del Congreso (Álvaro Uribe y la representante María del Socorro Bustamante).

Posteriormente, a inicios de 1993, diversas instituciones presentaron otras alternativas de reforma a la subcomisión de ponentes encargados del análisis del Proyecto de Ley 155. En la tabla 2.2 aparecen las propuestas y quienes las impulsaban:

Tabla 2.2 Propuestas disponibles al comenzar la preparación del proyecto de reforma.

Actor	Propuesta
Departamento Nacional de Planeación, Proyecto de Ley 155/92	<ul style="list-style-type: none"> -Aseguramiento individual -Subsidios a la demanda para la población de menores recursos y la instauración de la libre competencia entre aseguradores y entre prestadores, estatales y privados -Fondos privados de pensiones como flexibilización laboral
Instituto de Seguros Sociales	<ul style="list-style-type: none"> -Conservar el Instituto de Seguros Sociales -Separar salud de pensiones, aumentar cotizaciones y mejorar la gestión -Seguro universal administrado bajo la lógica institucional del Seguro Social -Aceptar cierto nivel de competencia, siempre y cuando se mantenga el monopolio de esta institución en el sistema de afiliación y de recaudación de las cuotas
Ministerio de Salud (AD-M19)	<ul style="list-style-type: none"> -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 -Proyecto de seguro universal de salud, Seguro Nacional de Salud, administrado por el Estado
Sindicatos	<ul style="list-style-type: none"> -Incluir salud en la reforma -Conservar el ISS -Rechazar fondos privados de pensiones

	-Ampliar la seguridad social e incluir educación, vivienda, empleo, recreación
Empresarios	-Privatización mediante mecanismos de seguros -Rechazo a aumentar las cotizaciones
Grupo Conservador	-Incluir la salud en la reforma -Separar las pensiones de salud -Privatizar la salud con sistema de seguros o medicina prepagada
Asociación de Empresas de Medicina Prepagada	Privatización de salud con seguros privados, al estilo chileno
Asociación Colombiana de Facultades (Asmedas)	-Conservar el Instituto de Seguros Sociales -Separar la salud de pensiones -Mejorar eficiencia -Ampliar coberturas mediante la contratación con sector privado
Asociación Colombiana de Facultades	-Mejorar eficiencia del Instituto de Seguros Sociales o acabarlo -Ampliar contratación de Medicina (Ascofame) como prestadores privados
Sindicatos de trabajadores de salud	-Crear un Sistema nacional de salud basado en una red hospitalaria pública (similar al sistema inglés). -Ampliar coberturas del subsector oficial e incorporar al Instituto de Seguros Sociales y al subsector privado en un servicio único.
Grupos étnicos	Régimen especial según etnias y culturas
Parlamentarios AD-M19	Sistema único de aseguramiento
Grupo Hatogrande	-Aseguramiento -Mercado regulado con participación público-privado -Subsidios a la demanda

Fuente: Información obtenida del documento del Ministerio de Salud (1994)

Luego de analizar las propuestas disponibles (Tabla 2.2.), la Subcomisión elaboró el articulado con base en el consenso del grupo (Ministerio de Salud, 1994: 157) de la siguiente manera:

Después de intensas jornadas de trabajo se produjo una nueva versión de la ley, la cual se sometió al análisis de varios expertos en el tema y se envió a los jefes de los servicios seccionales de salud, a las facultades de salud pública del país y a las más importantes asociaciones médicas. La versión enriquecida con los aportes presentados en todos estos foros se convirtió en el libro segundo Sistema General de Seguridad Social en salud de la ponencia que reforma el proyecto de ley 155 (Ministerio de Salud 1994,157-158).

En febrero de 1992, se evidenció la pugna entre las dos opciones más atractivas para el Ejecutivo: la del Departamento de Planeación Nacional (DPN) con su esquema de libre competencia entre compañías de seguro prepagado y la del Instituto de Seguros Sociales (ISS), cuya fórmula de competencia se reducía a las entidades que prestaban los servicios de salud, pues los recursos, sostenían, debían controlarse de manera centralizada en un fondo común estatal manejado por el ISS. Esta disputa la ganó de manera contundente el DPN, pues como ya se mencionó, uno de sus más destacados funcionarios, Juan Luis Londoño, fue nombrado Ministro de Salud en 1993, inclinando la balanza a favor de la propuesta del DPN.

A finales de enero de 1993 en Carmen de Viboral, Antioquia, se reunieron numerosos expertos convocados por el Instituto FES de Liderazgo, quienes redactaron la Declaración de Quirama. Esta planteaba que:

- La reforma de la seguridad social en salud en Colombia es una necesidad inaplazable.
- Dicha reforma debe enmarcarse en el mandato constitucional de la finalidad social del Estado y en los principios de solidaridad, universalidad y eficiencia.
- Es necesario aplicar y desarrollar la Ley 10 de 1990.
- Se deben diseñar propuestas audaces, con amplia participación social, dando opción a la experimentación de diferentes alternativas de prestación de servicios de salud.
- El diseño de las propuestas debe partir de reconocer los aspectos positivos de las instituciones y de la reglamentación existentes.
- Cualquier sistema que se propusiera debe ser de alcance familiar y evitar la duplicidad de coberturas.

Firmaban la declaración 21 expertos en el tema de seguridad social entre quienes se destacaban: Rodrigo Guerrero, alcalde de Cali; Jorge Gómez, rector de la Universidad Industrial de Santander; Carlos Alberto Naranjo, presidente de la Asociación Colombiana de Actuarios; Antonio Yepes Parra, Director Nacional de Metrosalud; David Bersh, director científico de Fundesco; Oscar Rojas, vicepresidente social de la Fundación para la Educación Superior (FES), y Francisco Yepes, director del programa de gestión de salud del Instituto FES de Liderazgo. Algunos expertos

sostienen, que el conjunto de ideas que formaban la Ley 100, realmente nació de este encuentro convocado por la FES (Líder de asociación médica, Bogotá, entrevista con la autora, 18/10/ 2015).

En mayo de 1993, el Proyecto de Reforma de Seguridad Social no iniciaba su discusión en el Congreso. Por un lado, existían diversas confrontaciones entre defensores y los opositores, por otro, los ponentes del Senado y Cámara no llegaban a ningún acuerdo con respecto al texto definitivo de la ponencia, elaborada por la subcomisión redactora 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 manifestaron en contra de la reforma. Así se plasmaba la grieta que surgía en el Congreso pues “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 (“Se enreda el trámite de Seguridad Social”. *El Tiempo*, 12 de mayo de 1993, <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-123631>).

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 Partido Conservador y la Nueva Fuerza Democrática para concretar y firmar la ponencia del proyecto de ley. Este pacto no sólo logró que la discusión en el Congreso se iniciara en la tercera semana de mayo, también garantizó los votos suficientes para que fuera aprobada.

De otro lado, un punto interesante en la etapa coordinativa, fueron las respuestas a las críticas y objeciones de los opositores en el proceso deliberativo. Desde el inicio de la discusión legislativa, la Alianza Democrática M-19, la Unión Patriótica (UP), los congresistas de grupos cristianos y un pequeño sector del liberalismo se mostraron como opositores y manifestaron que votarían en contra del proyecto de Ley. Manuel Cepeda, senador de la UP se manifestaba en contra de la reforma de la siguiente manera:

Pues es necesario producir una reforma a fondo del Seguro Social colombiano. Es tan ineficaz como se ha dicho y quizá más. El eje de nuestra divergencia radica en el hecho de saber si el Estado va a cumplir las obligaciones que tiene por mandato constitucional o, si por el contrario, se va a lavar las manos dejándole a trabajadores y empleadores el incremento en las cotizaciones del 8,5 al 13,5 por ciento en pensiones de invalidez, vejez y muerte, más el 12 por ciento en el sistema de salud, lo cual suma un 25 por ciento, que es una verdadera enormidad. [...] Por eso se empieza a perfilar la posibilidad de un gran paro nacional contra esta política neoliberal del presidente Gaviria (Gaceta 448, 1993).

Otra de las grandes detractoras fue la Representante a la Cámara María Cristina Ocampo, quien incluso publicó una fuerte réplica contra el llamado Pacto Social convocado por el presidente Gaviria, y en las plenarias se manifestó en repetidas ocasiones contra la reforma. Para la representante, la propuesta no era la más adecuada porque favorecía claramente a los grupos financieros privados interesados en crear fondos de pensiones. Las intervenciones de la representante a la Cámara eran implacables: “Voy a intentar, contra toda previsión y contra lo que muchos hubiesen pensado de ver a María Cristina Ocampo como francotiradora contra el proyecto de Ley de Seguridad Social, exaltada y violenta, hacer un análisis lo más académico posible de lo que creo y pienso” (Gaceta 448 1993, 13). Así iniciaba el 23 de noviembre una larga intervención, donde entre otras cosas, cuestionaba fuertemente el Pacto Social. Además, acusaba al proyecto de ser inconstitucional, pues la Ley debía ser sancionada como una ley estatutaria; también criticaba la falta de pluralismo para convocar a la sociedad civil para el análisis la ley, entre otras. Especialmente resaltaba:

La gran falla del sistema de seguridad social en salud radica en dejar en libertad al sector privado para participar como EPS, sin ninguna penalización. Las empresas no tienen consideraciones sociales sino por rendimientos privados. [...] se elevan los costos artificialmente por la ausencia real de controles en los precios y porque el mercado de la salud, a diferencia de otros bienes y servicios no es un mercado transparente [...] cuando uno va atenderse en salud no puede escoger si le hacen o no una diálisis, porque lo que va por medio es la vida [...] por eso no podemos considerar el mercado de la salud como si fuera cualquier mercado [...] si Fecode, Ecopetrol, el Ejército se han excluido del sistema de compensación y solidaridad, que son

trabajadores de más altos ingresos, lo que queda por distribuir, es la pobreza (Gaceta 448 1993, 16).

En dicha sesión, cuando la congresista Dilia Estrada de Gómez, le solicitó al Ministro Londoño responder a los cuestionamientos hechos por la Representante María Cristina Ocampo, esta fue su respuesta:

Descontando por supuesto las exageraciones a las que normalmente caemos en nuestro lenguaje de ancestro paisa, en realidad había algunas discrepancias con la forma como estaba redactado el artículo de beneficios, del plan de salud, el artículo sobre las formas como se definían las preexistencias. En realidad yo como paisa soy exagerado, y como paisas quienes intervinieron exageraron en esta interpretación, pero esas diferencias se han limitado yo diría que casi totalmente en la presentación de hoy (Gaceta 454 1993, 9).

De esta forma, el Ministro evitó dar respuestas directas a cada una de las fuertes críticas de la representante a la Cámara, y se salió por la tangente, al señalar que era básicamente un uso hiperbólico del lenguaje, propio de los paisas. También Cecilia López, exdirectora del Instituto de Seguros Sociales (ISS), y el exministro Guillermo Perry, fueron duros críticos de la reforma, tanto en lo relacionado con salud como con pensiones. Respecto a la salud, en una carta manifestaron que el proyecto requería un análisis más profundo, detenido y con un debate público más amplio.

En medio de este panorama, las empresas de medicina prepagada fueron, en ocasiones, entusiastas de la reforma y en otras, unos fieros contradictores. Por un lado, veían la posibilidad de participar en el negocio y aumentar la cantidad de afiliados para sus empresas, como lo manifestaba el entonces presidente de la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (Acemi), el gerente de Colsanitas, Roberto Cochetteux, 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 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, aseguró Cochetteux (“Salud prepagada se quedó esperando”. El

Tiempo, 5 de diciembre de 1993).

No obstante, el interés de estas empresas coincidió con una grave crisis que atravesaban. En septiembre de 1993 se reveló que la mayoría de ellas tenían pérdidas por el orden de 4.390 millones, y mantenían altos niveles de endeudamiento. De acuerdo con evaluaciones de la Superintendencia Nacional de Salud, las razones del aumento de costos eran

Los abusos de los usuarios y los hospitales y empresas de salud con las cuales contratan los servicios para sus afiliados. Como ha sucedido durante años con el ISS, los usuarios en muchos casos sobreutilizan el seguro médico privado y las entidades han fallado en los sistemas de control. [...] las empresas han enfrentado aumentos muy elevados en los pagos a las entidades con las cuales contratan los servicios. A pesar de que se ha reajustado el valor de las primas que le cobran a sus afiliados, las empresas no han logrado el punto de equilibrio. Como si esto fuera poco, la competencia desleal ha sido otro enemigo del sistema. Como en cualquier mercado, hace un par de años el negocio era muy atractivo, pero como muchos empezaron a entrar, la rentabilidad empezó a caer. Ante esta situación surgieron prácticas inadecuadas como disminuir las tarifas a niveles que ni siquiera cubren los costos o vender paquetes de servicios que no se pueden garantizar después. (Mejía, Jaime y Riaño Jorge. “Está enferma la salud prepaga” El Tiempo, 12 de septiembre de 1993)

Ahora bien, a pesar de su entusiasmo inicial por participar como EPS, las empresas de medicina prepagada rápidamente empezaron a manifestar reparos sobre su participación, especialmente en lo referido al Plan Obligatorio de Salud, sosteniendo que no había claridad sobre su contenido y pocas garantías de que el negocio fuera rentable. La polémica surgía porque en el Proyecto de ley, las EPS debían ofrecer el mismo plan del ISS, el cual incluía todos los niveles de atención, cobertura al núcleo familiar, sin preexistencias, ni periodos de carencias o tiempos de espera, y que virtualmente cubría todas las enfermedades. Las preexistencias especialmente, les resultaban un punto engorroso, pues afirmaban que resultaría excesivamente costoso atender a un usuario con enfermedades como cáncer o SIDA. Así las cosas, los empresarios de la salud prepagada no estaban de acuerdo en ofrecer el mismo plan del ISS, por ello señalaban que:

Su participación en el nuevo sistema de salud dependerá de qué incluya el plan y que se pueda cubrir con el costo que estima el Gobierno. Esto significa claramente que el programa debería tener limitaciones. En otras palabras, en las condiciones en que está planteada la ley existe el gran riesgo de que ninguna empresa de medicina prepagada entre al sistema tal como están operando hoy (Mejía, Jaime y Riaño Jorge. “Está enferma la salud prepaga” El Tiempo, 12 de septiembre de 1993).

En síntesis, para muchos congresistas y para las empresas de medicina prepagada interesadas en entrar al negocio, era absolutamente descabellado ofrecer el mismo plan que ofrecía el ISS. Señalaban entonces en tales condiciones, sería difícil o imposible la financiación. Teniendo en cuenta que estas empresas eran un interlocutor importante para el equipo de la reforma, ante su insistencia en la insostenibilidad de ofrecer un paquete tan generoso de servicios, casi al final del proceso se volvieron a incluir las preexistencias hasta el año 2000. Posteriormente y luego de fuertes críticas, se eliminaron, determinando que su atención estaría sujeta a un mínimo de semanas de cotización.

De otro lado, estas empresas coincidían con el Ministro en señalar a los mismos culpables de su déficit financiero: el abuso de los usuarios y de los médicos y los altos costos de contratación de los servicios médicos. Consultado el ministro, sostenía que: “el modelo de atención no es adecuado ya que está presentando los mismos problemas del Instituto de Seguros Sociales (ISS): costos excesivos, abuso de los usuarios del servicio y de los contratistas que reciben los mayores ingresos”. De la misma manera, para el Ministro de Salud resultaba muy claro que:

El dinero que las empresas de medicina prepagada pierden se convierte en utilidades de los prestadores de servicios: las clínicas, los hospitales y los médicos. Por otro lado, el plan de salud, que no puede ser inferior a lo que ofrece el ISS, no garantiza la viabilidad del sistema. Para Londoño, este será el punto de mayor discusión en el Congreso y será necesario reducir los beneficios para que el sistema no nazca descompensado (“Costos que matan”. El Tiempo, 12 de septiembre de 1993).

De ahí que, no sobra reiterar que otro de los cuestionamientos constantes, como ya se había señalado, era la viabilidad financiera. Cabe recordar que, un grueso de la sustentación del proyecto se basó en proyecciones estadísticas sobre el comportamiento de la economía. Con base en estos patrones estadísticos se justificó la viabilidad financiera del sistema, pues además se pronosticó un patrón de crecimiento de la economía que elevaría el empleo formal y en consecuencia, un aumento en los aportes al sistema.

A parte de los diversos gremios, sindicatos, representantes de los pensionados y voceros del sector privado que fueron convocados reiteradamente para escuchar su opinión en el Congreso, también se realizaron numerosos foros y encuentros para socializar la propuesta. A continuación se describen:

- En el eje cafetero se realizó un foro sobre la reforma a la seguridad social, en que se presentó el ponente principal Álvaro Uribe Vélez y participaron delegados de Caldas, Risaralda, Valle y Quindío. Este foro fue solicitado por el senador Javier Ramírez Mejía, para socializar en el eje cafetero el proyecto de reforma y escuchar las opiniones y aportes de los empleados y empresarios de esta región.
- El 17 de marzo de 1992 se realizó en Bogotá el Primer Seminario Internacional de Seguridad Social, el cual socializó por parte del ministro de Trabajo Francisco Posada de la Peña las bases que había sentado el Gobierno para la reforma a la salud y las pensiones. Además se discutieron los modelos de seguridad social presentes en otros países, de tal forma que se pudieran considerar las diversas propuestas. Las entidades organizadoras del certamen eran el ISS, la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS). En el seminario se presentaron expertos como Colin Guillon, director del departamento de Seguridad Social de la OIT, Brian Abel Smith, profesor de administración social del London School of Economics se referirá a los sistemas de seguridad social en el financiamiento de los servicios de salud en los países en vía de desarrollo. Otros concedores del tema como Alfredo Conte Grand, Alejandro Bonilla, de la OIT, Hugo López, de la Universidad de Antioquia, Jorge Castellanos, asesor del convenio

Andino de Seguridad Social, Jorge Arriza, experto argentino y Michael Cichon de la OIT.

- En febrero de 1992 se realizó un foro sobre cesantías y pensiones organizado por ANIF, en el cual se presentó el ex ministro chileno José Piñera, donde promocionó el modelo de seguridad social chileno.
- En septiembre de 1993 se realizó un foro organizado por la Cámara de Representantes, donde se pronunciaron los empresarios, trabajadores, centrales obreras, pensionados en relación con la reforma. Allí, sobre todo, el gobierno solicitó que comenzará inmediatamente la votación del articulado, dado que ya había existido suficiente espacio para escuchar a las partes interesadas, para el análisis y el debate. “El presidente de la Cámara, al defender la participación de todos los sectores en la discusión de la iniciativa, dijo que lo importante es poner de acuerdo a todos los estamentos del país”.
- En agosto de 1993 se organizó un foro en las comisiones séptimas de Senado y Cámara, que contó con la participación de Gobierno, sindicatos, congresistas, sector privado, pensionados y trabajadores, el cual fue propuesto por el entonces precandidato liberal Ernesto Samper para poder contar con la opinión y punto de vista de los diferentes actores y gremios. En el foro, participaron los presidentes de la Asociación Nacional de Industriales (ANDI), Carlos Arturo Angel, de la Asociación Nacional de Instituciones Financieras (ANIF), Javier Fernández Riva, de la Asociación Colombiana Popular de Industrias (Acopi), Germán Bula Escobar y de la Federación Nacional de Comerciantes (Fenalco), Sabas Pretelt de la Vega, en representación del sector privado.
- Por parte de los trabajadores estarán presentes Orlando Obregón, presidente de la Central Unitaria de Trabajadores (CUT), Mario de J. Valderrama de la Confederación General de Trabajadores Democráticos (CGTD), y Apecides Alvis de la Central de Trabajadores de Colombia (CTC).
- En ese mismo mes, se realizó una conferencia organizada por el Instituto Colombiano de Administración Pública (Incolda) y el Instituto de Ciencia Política. Allí, el Ministro de Trabajo presentó el proyecto de reforma a la seguridad social.

Dado que la etapa coordinativa fue la más elaborada en Colombia, y siguiendo a Schmidt, en este caso, la influencia causal del discurso debe buscarse en relación a si

los actores alcanzaron o no algún tipo de acuerdo. Cabe destacar el liderazgo de César Gaviria y cómo logró consolidar el Pacto social como una alianza para aprobación de la reforma. Por lo tanto, los actores políticos fueron capaces de utilizar de manera efectiva el discurso para construir una coalición discursiva para la reforma, y negociar y deliberar para alcanzar un acuerdo. A continuación se describirán los principales puntos de negociación antes de alcanzar un acuerdo entre los actores, lo cual confirma la influencia causal del discurso.

En mayo de 1993 comenzó el debate en las comisiones séptimas de Senado y Cámara. Inicialmente se tornó bastante denso al discutirse prolijamente la definición de la seguridad social, cuestiones filosóficas y jurídicas de los derechos sociales y los principios básicos de la seguridad social en Colombia. Si bien para algunos resultaba benéfico y necesario el debate detallado y extendido, “otros parlamentarios consideran que se trata de una técnica dilatoria que sólo busca fatigar a las comisiones para que al final aprueben en forma apresurada, es decir, a pupitrazo” (Lento debate de reforma a la seguridad social. *El Tiempo*, 20 de mayo de 1993).

Las sesiones ordinarias del Congreso finalizaron el 16 de junio de 1993 a partir de estos, se contarían sólo dieciocho días para discutir, analizar y aprobar la ley, y sus 254 artículos. Con premura por los plazos apretados, se reunieron los congresistas incluso durante los fines de semana para lograr aprobar la reforma antes del 20 de junio. Tanto esfuerzo y compromiso permitió que, para la segunda semana de junio ya se hubiera aprobado en su totalidad lo relacionado a la salud. Así, a partir del 13 de junio las comisiones reanudarían

La discusión de la parte del proyecto relacionada con pensiones, que habían suspendido para aprobar la reforma de salud, sobre la cual hubo mayor acuerdo [...] Hasta hace tres días, la reforma estaba desahuciada, pues sólo se había logrado la aprobación de 10 artículos de los 254 que componen el proyecto de ley. Sin embargo, entre el viernes y ayer [12 de junio], el Congreso evacuó cerca de 98 artículos, lo que garantiza que el proyecto haga tránsito para que en la próxima legislatura sea discutido en las plenarias de Senado y Cámara. (A flote, reforma de seguridad social. *El Tiempo*, 13 de junio de 1993).

En la segunda semana de septiembre de 1993, durante los debates simultáneos en las plenarias de Cámara y de Senado, se aprobaron 93 artículos referidos a temas administrativos. Para octubre, en la plenaria del Senado, ya se había aprobado lo concerniente a la salud y casi el 80% de la reforma de seguridad social. Entre los acuerdos más importantes a lo que llegaron fueron: la gradualidad en los beneficios que se otorgarían al núcleo familiar, un elemento que ya había sido eliminado en las sesiones conjuntas de las comisiones séptimas de Senado y Cámara. En cuanto a las preexistencias, se eliminarían a partir del año 2000. En noviembre, el proyecto pasó a la Cámara de Representantes, luego de que el texto fuera aprobado por el Senado.

Finalmente, el primero de diciembre de 1993, el proyecto se aprobó en la Cámara. Cabe agregar que el cierre de este proceso se dio, citando a Guevara (El Tiempo 2 de diciembre de 1993):

En medio del caos total y de protestas de parlamentarios de diferentes partidos políticos [...] La plenaria de la Cámara también aprobó a pupitrazo y en bloque todo el articulado del régimen de salud. [...] No obstante, ante las protestas del M-19, la Unión Patriótica y algunos conservadores, se reabrió el debate de 10 artículos que serán evacuados hoy (Guevara, Jackeline. “Seguridad social, a pupitrazo”. *El Tiempo*, 2 de diciembre de 1993).

Tan caótica y desordenada fue esta jornada final, que 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. (Un episodio. *El Tiempo*, 13 de diciembre de 1993).

Luego de ser aprobado en la Cámara y antes de pasar a sanción presidencial, 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. La Comisión de Conciliación estaba compuesta por treinta senadores y representantes, además del ministro de salud Juan Luis Londoño y el ministro de trabajo Luis Fernando Ramírez. La comisión presentó ante la plenaria del Senado y Cámara el acta que evidenciaba las mejoras en redacción y los acuerdos conseguidos. 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 ley.

Al día siguiente, satisfecho por sacar adelante la reforma, el presidente agradeció el trabajo del Congreso de la República y destacó la misión de los ponentes del proyecto, el senador Álvaro Uribe Vélez y la Representante a la Cámara, María del Socorro Bustamante. Resaltó el papel de los ministros de Trabajo y Salud, Luis Fernando Ramírez y Juan Luis Londoño, y finalizó su felicitación 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” (“Gaviria garantiza seguridad social”. *El Tiempo*, 24 de diciembre 1993).

A pesar de las discusiones, desacuerdos, críticas, y debates, los siguientes fueron algunos puntos de gran consenso: a) separación de la administración de pensiones y salud; b) separación de aseguradores y prestadores del servicio; c) introducción de mecanismos de competencia (entre prestadores y aseguradores) y libertad de elección; d) introducción de la cobertura familiar, f) aseguramiento obligatorio; g) autonomía administrativa; y h) como meta prioritaria, alcanzar la cobertura universal.

Recordemos que entre los miembros participantes se evidenció de manera clara la existencia de dos grandes grupos: quienes estaban a favor de la reforma gubernamental: el Liberal y Conservador (quienes conformaban el Pacto Social), las empresas de medicina prepagada, las cajas de compensación y la banca internacional; y quienes estaban en contra: los sindicatos, los movimientos políticos de izquierda y algunos congresistas. Aunque el gobierno había logrado sacar adelante su reforma, la pugna entre ambos grupos suscitó importantes modificaciones durante el proceso legislativo. Los siguientes fueron los puntos más álgidos de la discusión:

- Como ya se mencionó, las preexistencias y el paquete de servicios fueron objeto de largo debate, y en realidad, gracias a la presión de los representantes del ISS y otros congresistas, se logró que se eliminaran las primeras, y se ofreciera un paquete de beneficios unificado para ambos regímenes, e idéntico al que ya ofrecía el ISS en ese momento.
- Otro punto polémico fue la pugna entre las ideas del ISS y las del DNP; el ISS buscaba un monopolio estatal en la recaudación de los recursos, promovía una base solidaria para el sistema y una sola aseguradora, aunque aceptaba que hubiera prestadores privados. En contraste, el DNP buscaba un mayor protagonismo para los actores privados que permitiera aumentar la calidad de los servicios y la eficiencia.
- Otros temas de debate fueron la autonomía de las EPS, el manejo de los recursos y la integración vertical.
- Como se señaló previamente, la viabilidad financiera de la reforma y sus fuentes de ingresos, fue un punto de discusión permanente.
- Cabe mencionar que durante la negociación política, fue necesario hacer algunas concesiones como mantener los regímenes especiales de Ecopetrol, las Fuerzas Militares y el Magisterio, lo cual se justificó bajo la idea de derechos adquiridos que no podían tocarse.

Cabe resaltar que durante las discusiones, numerosos actores fueron consultados, e incluso participaron de modo diverso en el debate parlamentario. A continuación se reseñan algunos de los actores consultados: el equipo de trabajo del Ministerio de Salud, el ministro de Hacienda y Trabajo, el Contralor General, autoridades sanitarias territoriales, las instituciones privadas de salud, Ascofame, la Federación Médica Colombiana, la Asociación Colombiana de Hospitales, la Academia Nacional de Medicina, empresas de medicina prepagada, representantes del sector de los seguros, las asociaciones productivas, industriales y financieras (Consejo Gremial, Andí, Asobancaria), las organizaciones de trabajadores y sindicatos (Asmedas, Anea, Sintraiss), Cajas de Compensación, algunas ONG y fundaciones (Corona, Fundación FES de Liderazgo) y centros de reflexión (Fescol, Consenso, Fedesarrollo y Metrosalud. En el anexo 1, se encontrarán otros actores e instituciones que enviaron ideas, comentarios y aportes al Congreso.

Ahora bien, al ser más fuerte la dimensión coordinativa, la etapa comunicativa fue más débil y menos elaborada. De hecho, como menciona Schmidt, es posible que el éxito de un programa se alcance distrayendo la atención pública, exactamente lo que sucedió en Colombia. Para ello, se aceleró el ritmo del proceso legislativo para que éste finalizara en la víspera de navidad, es decir el 23 de diciembre de 1993, de tal modo que pasara desapercibido gracias a la distracción del bullicio y la parafernalia decembrina. En segundo lugar, la reforma parecía bastante inofensiva, pues aunque se consultaron médicos, estos nunca sospecharon los alcances reales de la reforma. Así lo manifestó uno de los entrevistados:

No se entendían las cosas esas que estaban haciendo en el Ministerio... Juan Luis Londoño me llamó, y me dijo: mira estamos estudiando una nueva ley de la atención a la salud, buenísima, de Harvard. Yo no tenía tiempo, tenía que ir a operar, y pensé, que me voy ir al ministerio a escuchar las cosas de ese señor, no le paré bolas, y a las discusiones no asistieron sino unos poquitos de Asmedas, y los demás no asistimos. Pero es que nadie se imaginó que estaban creando eso, todos pensamos que estaban haciendo lo que hacían siempre que era fortalecer el sistema. En cierta forma tuvimos la culpa por no haber estado allá, nunca se nos ocurrió que en el Ministerio de Salud se pudiera concebir una cosa tan perniciosa como esta (Líder de Asociación médica, Bogotá, entrevista con la autora, 21/05/ 2015).

Otro entrevistado reiteraba este punto:

Sí hubo un proceso muy veloz que no involucró a la gente. El colocar una agenda de discusión política, fue muy sorpresivo, estábamos hablando del estado, de la descentralización, la promoción de la salud, y aparece esto del aseguramiento, del manejo financiero, gestión de riesgos; un discurso totalmente diferente a lo que se venía haciendo. Ahí no existió participación de la gente, la gente no entendía qué pasaba. La Ley 100 se concibió como una propuesta para ordenar la estructura financiera del sector y se presentó como una Ley que no modificaría mucho el sistema de salud en últimas, pero esa propuesta trastocaba todo, y parecía que no era una gran transformación (Experto académico, Bogotá, entrevista con la autora, 11/06/ 2015).

Queda claro que el cambio fue impuesto sin un esfuerzo por establecer un discurso comunicativo, sin embargo, éste ha sido clave para fomentar el debate en la sociedad,

lo que ha servido como una retroalimentación para el Gobierno sobre las demandas ciudadanas; este tema que será abordado con más adelante.

Estrategias discursivas

Ya hemos descrito en la corriente de la solución las estrategias argumentativas referidas al contenido cognitivo y normativo de la reforma. Ahora bien, para complementar este conjunto de estrategias discursivas, faltaría agregar la inteligibilidad deliberada. Se debe señalar que mucho del contenido y la discusión se explicaba con base a estadísticas, fórmulas, tablas, datos cuantitativos, y proyecciones. De tal forma que para los actores programáticos de la coalición discursiva “El conocimiento técnico era visto como superior y con más legitimidad que el papel de los políticos tradicionales [...] También hubo debates internos sobre la escasa calidad de la información técnica de que disponían que necesitaban para la reforma, a fin de tomar mejores decisiones” (González-Rossetti y Ramírez 2000, 66).

El uso del contenido técnico logró varios objetivos: primero, lo dotó de neutralidad ideológica, legitimándolo como apolítico y ajeno a intereses económicos o a partido político alguno; lo cual a su vez, estableció una ruta de trabajo supuestamente guiada única y exclusivamente por razonamientos técnicos y científicos. Segundo, “fue una estrategia de negociación que utilizaron con personas que no tenían el mismo nivel de formación y reconocieron cierta legitimidad en este tipo de conocimiento” (González-Rossetti y Ramírez 2000). Tercero, facilitó el apoyo de entidades internacionales al proceso. Cuarto, ayudó a excluir de la discusión a los participantes e interesados que no dominaba ese contenido. Al respecto se refiere uno de los actores programáticos: “La gente que no entendía no podía discutir los aspectos principales de la reforma, y Juan Luis Londoño no se enfrentó a muchos argumentos técnicos contra la reforma” (Gonzalez-Rossetti y Ramírez 2000, 75).

En cuanto al enmarcado, vamos a referirnos primero a los conceptos nirvana, y aquí debemos señalar que estos conceptos fueron introducidos inicialmente en la Asamblea Constituyente de 1991. En la Comisión Quinta encargada de los asuntos económicos, sociales y ecológicos, se enfrentaron dos posiciones: la del M-19, el ISS y otros miembros de la Asamblea, quienes buscaban que la base fundamental del sistema de seguridad social y salud fuera la solidaridad y la universalidad y contara

con una fuerte presencia estatal; y la posición del gobierno era a favor de la competencia, la eficiencia y el rol protagónico de los actores privados. Finalmente, y ante la imposibilidad de establecer un solo criterio, se optó por mantener ambas posturas. Por este motivo, en la Constitución de 1991 se definió la seguridad social (que incluye la salud) como un servicio público de carácter obligatorio que se prestaría bajo la dirección, coordinación y control estatal, con servicios básicos gratuitos y obligatorios. Sus principios orientadores serían la eficiencia, universalidad y solidaridad. La Constitución había dejado abierto el contenido de éstos conceptos, para que fueran llenados explícitamente por los legisladores, ya que cuestiones como las siguientes, debían ser resueltas “en los términos que establezca la ley”: los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, la ampliación y prestación de servicios, la prestación de la seguridad social por entidades públicas o privadas, el establecimiento de las competencias de la nación (así como de las entidades territoriales, particulares), los aportes, así como los términos en los cuales la atención básica sería gratuita y obligatoria. Así, la Ley 100 vino a definir los conceptos nirvana en su artículo 2, de la siguiente manera:

- a) Eficiencia. Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente;
- b) Universalidad. Es la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida;
- c) Solidaridad. Es la práctica de la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades bajo el principio del más fuerte hacia el más débil. Es deber del Estado garantizar la solidaridad en el sistema de seguridad social mediante su participación, control y dirección del mismo. Los recursos provenientes del erario público en el sistema de seguridad se aplicarán siempre a los grupos de población más vulnerables;
- d) Integralidad. Es la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población. Para este efecto cada quien contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender sus contingencias amparadas por esta ley;

e) Unidad. Es la articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar los fines de la seguridad social, y

f) Participación. Es la intervención de la comunidad a través de los beneficiarios de la seguridad social en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto.

Como se evidencia, a la solidaridad y la eficiencia, se le sumó la participación de la comunidad que había aparecido también en la Ley 10 de 1990, y luego sería reiterado por la Ley Estatutaria.

Así las cosas, la triada que forma el nirvana son la eficiencia, la solidaridad y la participación de la comunidad, dado que son conceptos que representan un escenario ideal hacia donde debemos llegar. Estos son conceptos atractivos, persuasivos, sonoros, y cuentan con un peso moral incuestionable. No obstante, como señala Molle, al igual que el Nirvana, la probabilidad de que se alcancen al unísono, es bastante baja y en verdad, son difíciles de lograr, ya que siempre se necesita alcanzar un equilibrio entre dos características deseables pero incompatibles. Así, vemos que se ofrece garantía de protección para todos, sin distinción alguna, pero más adelante en la definición de solidaridad se resalta que los recursos públicos se destinarán no a todos, sino a los grupos más vulnerables (léase los más pobres), y además se afirma que se cubrirá todas las contingencias que afectan la salud, cuando claramente, usar mejor recursos escasos implica limitar y priorizar ciertas contingencias que es justamente lo que se hace cuando se establece un paquete de servicios y se excluyen otros.

En cuanto a la participación de la comunidad, es claro que la formulación, implementación y regulación del sistema es de arriba hacia abajo. Por lo tanto, establecer la participación como principio refleja las asimetrías de poder en lugar de disminuirlas. El empoderamiento de la comunidad en las decisiones de las EPS, IPS, u otras organizaciones es mínimo. Por lo tanto, todos son conceptos que al igual que con el nirvana alcanzarlos es siempre una cuestión de acercarse gradualmente a ellos, porque siempre están un paso más allá (Molle 2008, 133).

Sobre las narraciones, el relato maniqueo inicia describiendo a las empresas estatales como ineficientes, corruptas y poco competitivas. Así, encontramos que durante las

discusiones de la Ley 100 se aludía constantemente a la total ineficiencia y corrupción del ISS y de la red pública. Dicha ineficiencia se manifestaba de varias maneras: 1) Las condiciones de monopolio en que funcionaban el ISS convertían a sus usuarios en clientela cautiva. De ahí que la asignación de los recursos y la cultura organizacional no obedecían a las necesidades de los usuarios ni promovía las condiciones de calidad. De lo anterior era evidencia, la constante insatisfacción de los usuarios sobre la atención que recibían, pues no había compromiso frente al cliente (Ministerio de Salud 1994, 18). 2) La corrupción y la falta de transparencia en la asignación de funcionarios directivos de las entidades públicas, por lo cual primaban los intereses sobre la idoneidad del funcionario. 3) La ya mencionada alta fragmentación institucional, que implicaba el desperdicio de recursos e infraestructura. 4) La gestión de gasto también adolecía de problemas, pues la inadecuada organización privilegiaba la asignación de gasto hacia la atención especializada y de mayor costo, descuidando la atención de primer nivel, la promoción y la prevención. 5) En las instituciones no existían incentivos para que los servicios se prestaran con mayor calidad y a menor costo. Todo el sistema, tanto la red pública como la privada, funcionaba con incentivos perversos que hacían onerosa e ineficiente la prestación de servicios. 6) Otra manifestación del mal uso de los recursos consistía en dirigir la inversión hacia infraestructura y no al adecuado funcionamiento de los servicios que se prestaban. 7) Por la falta de gestión y organización, había congestión innecesaria e indeseable en los hospitales de mayor capacidad tecnológica y falta de desarrollo de los servicios de nivel intermedio. 8) Se evidenciaba un gasto desordenado y relativamente ineficaz. 9) Se reconocía que no todas las ineficiencias del sistema público se debían a una gestión deficiente, pues en ocasiones, el problema había sido la falta de recursos en cantidad y oportunidad adecuada (Ministerio de Salud 1994, 16-18). Todo este escenario, en opinión del Ministerio de Salud:

[Condujo] a promover situaciones deficitarias en la ejecución financiera de las instituciones de servicios antes que a promover la eficiencia: así, los criterios para asignar los recursos no han sido el desarrollo de mejores y mayores servicios sino la situación de caja de cada entidad, los directores de las instituciones se preocupaban, en consecuencia, por gastar más y no por gastar mejor (1994, 17-18).

Luego de reiterar los problemas de ineficiencia del ISS y la red pública, se resaltan los beneficios de las prácticas privadas, especialmente conseguir una gestión eficiente, con la consiguiente moraleja que advierte que la única opción es incorporar al sector privado. Así las cosas, la relación entre eficiencia, libertad de elección y empresa privada se presentaba

como autoevidente, pues para superar la ineficiencia del anterior sistema, se afirmaba que en su conjunción de entidades promotoras de salud y entidades prestadoras directas garantizan la eficiencia. Los sistemas de pagos por capitación a las entidades promotoras de salud es una innovación fundamental para el logro de la eficiencia en su manejo. Y, además, las garantiza porque tienen en su fundamento la posibilidad de elección de los usuarios, y la competencia de los promotores y los prestadores por proveer el mejor servicio. Con mejores instituciones, mejor interrelacionadas, más competitivas y con más posibilidad de elección libre por los usuarios (Gaceta 130, 7).

Por ello, se propuso que existiera libre competencia entre particulares en la prestación y administración de los recursos, lo cual brindaría parámetros de comparación y obligaría a los operadores “a ser rigurosos en los controles de los contratistas, la diversidad de opciones es inherente a la eficacia en el control de la contratación” (Gaceta 130 1993,4). La narración maniquea continuaba exaltando que la libre competencia y la eficiencia eran inherentes a las empresas privadas. En consecuencia, se argumentaba durante la discusión parlamentaria que empresas privadas como las Cajas de Compensación Familiar, tenían enorme éxito en la consecución de objetivos, la gestión y capacidad administrativa y el óptimo manejo de recursos, por ello fueron señaladas constantemente como referentes de una buena gestión que debía emularse (Gaceta 454, 1993).

Se debe resaltar como la historia maniquea fue identificada prontamente por algunos actores. En estas palabras lo expresó un representante del Partido Conservador:

Se viene hablando de la profunda crisis del ISS, la pésima administración, ineficiencia, la falta de respaldo de pagos, la mínima cobertura, la corrupción, la burocracia, las colas la baja calidad de los servicios [...] pero siendo justos hemos de admitir [...] que el ISS tiene una buena cantidad de consultas, cirugías

hospitalizaciones, y exámenes [...] era esta la “supuesta” crisis del ISS (Gaceta 454 1993, 24).

En esa misma dirección se manifestaba el congresista Carlos Corssi Otálora cuando señalaba que se había exagerado la situación de la entidad:

Parto de las cifras que en un principio presentaron sobre las deudas del ISS. Creímos en ello, pero posteriormente hicimos estudios cuidadosos con expertos conocedores de la materia y comprobamos que los datos no eran ciertos. Había errores de más de seis billones de pesos, que no es poco decir. Investigamos el porqué de este error y encontramos que se utilizó una fórmula diferente y por lo mismo los resultados eran erróneos. Si analizamos estos cuadros que exhibo y que elaboramos con sumo cuidado, concluimos que el ISS no tiene problemas en el momento ni los tendrá en el futuro (Actas de comisión No. 14, 1993).

Pero ya era tarde para rectificaciones, y peor aún, ya nadie las escuchaba. La construcción constante de esta mala imagen y la exageración de los problemas de ISS, terminaron por consolidar el imaginario de una situación insostenible y de una reforma indispensable e imperativa. Así las cosas, finaliza la historia maniquea anunciando que la única manera de alcanzar la tan anhelada eficiencia, universalidad y calidad, es a través de la impecable gestión privada.

En relación a los modelos, se debe señalar que inicialmente, Chile fue tomado como referente. En 1992 en el seminario “Perspectivas de la Salud en Seguridad Social”, el ministro de Salud Camilo González Posso anunció que presentaría al Congreso un proyecto de Ley para garantizar la cobertura universal, especialmente de los más pobres. En dicho seminario se presentaron representantes de varios países, incluyendo a Rafael Caviedes, Carlos Muñizaga y Hernán Buchi, de Chile, país que se consideraba modelo para la región en materia de seguridad social. Así, y de acuerdo a lo relatado en el diario El Tiempo:

El proyecto que prepara actualmente el Ministerio, con la asesoría de los expertos chilenos y de diferentes instituciones del país, busca fortalecer el sistema de salud actual y permitir que todos los colombianos tengan acceso a los servicios de seguridad social del Estado [...] El propósito es cumplir con la nueva Constitución en el sentido

de garantizar atención igualitaria para todas las familias colombianas [...] dijo González Posso. (Hacia una reforma de la seguridad social. *El Tiempo*, 26 de febrero de 1992, <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-46605>)

Pero, un año después, en la ponencia para primer debate se describe a Chile como el antimodelo en cuestión de política de salud pública pues este país “carece de solidaridad en salud y en pensiones la limita a la garantía de pensión mínima ofrecida por el Estado. El esquema privado de salud es discriminante: bueno para el 20% de los asalariados con recursos suficientes para pagar sus costos, pero inaccesible para el 80% restante” (Gaceta 130,2). Es probable que Chile fuera tomado como modelo para las pensiones, mientras que para la salud se constituyera en antimodelo. Por lo tanto, quedó claro que ni el modelo chileno ni el norteamericano serían referentes, por considerarse sus sistemas antisolidarios e ineficientes; de ahí que se reiterara que no se cometerían los mismos errores, y se insistía en la necesidad de construir un sistema específicamente diseñado para los problemas del país, como efectivamente sucedió, pues se planteó “una experimentación social [...] en la forma de un mecanismo heurístico basado en el ensayo y error” (Lamprea 2011, 74).

En relación a las estrategias dialógicas, como ya se describió extensamente, durante el proceso legislativo los miembros de la coalición consultaron a muchos grupos y actores (sindicatos, asociaciones de médicos, médicos, etc.), con el fin de recopilar información y realizar el proceso de consulta. Pero dichas consultas en realidad estuvieron basadas en la escucha pasiva, pues no buscaban debatir, deliberar o incorporar cambios sustantivos a la propuesta (Ex funcionario del Congreso de la República, Medellín, entrevista con la autora, 15/09/2015), sino simplemente consultar a todos los interesados para que se sintieran como invitados al proceso. Esto se debía a que las cuestiones centrales de la reforma ya estaban definidas, por lo tanto, estos aspectos no serían objeto de modificación por parte de actores ajenos a la coalición discursiva. De ahí que una queja frecuente del gremio médico y otros grupos, ha sido que fueron ignorados en la formulación de la Ley 100. Además, como se abordará más adelante, se asumía que las cuestiones clave del diseño eran altamente técnicas y difíciles de explicar o debatir por personas que no tuvieran los conocimientos especializados necesarios.

En cuanto a las estrategias hermenéuticas, el contenido de la propuesta durante la etapa legislativa fue redactado en algunos apartes siguiendo la ambigüedad constructiva, al establecer líneas muy generales de acción, es decir, formulando la ley en términos tan amplios como fuera posible y de esta forma facilitar su aprobación sin mayores objeciones en el Congreso; Además, se esperaba que durante la reglamentación se pudieran puntualizar los aspectos que se habían dejado abiertos a la interpretación, no obstante, esta estrategia probó ser un arma de doble filo, puesto que al cambiar de gobierno, los nuevos funcionarios interpretaron y aplicaron la Ley de acuerdo a sus propios criterios:

El equipo de cambio [...] decidió formular una ley con principios generales que después podría desarrollar con más precisión el Ejecutivo, durante la formulación del cuerpo regulatorio. Esta estrategia facilitó la aprobación de la Ley y, al mismo tiempo, dio bastante espacio de maniobra para el equipo de cambio durante la expedición de los decretos. Sin embargo, este mismo espacio creado por los términos generales de la Ley se ha utilizado en contra de su principio fundamental, una vez que la nueva administración tomó poder y el equipo de cambio ya no estaba en control (González-Rossetti y Bossert 2000, 20).

En cuanto al espacio interpretativo, éste tendrá un gran protagonismo durante la implementación de la Ley 100 y será abordado en el siguiente acápite. Para terminar este apartado, se puede señalar que la promulgación de la Ley 100 de 1993 fue claramente un cambio por desplazamiento (Mahoney y Thelen, 2010), dado que surgió una nueva norma que reemplazó al cuerpo de leyes que regían la seguridad social en salud. Cabe agregar que este fue cambio rápido y radical. Como se recordará este tipo de cambio es promovido por los agentes denominados insurrectos. En el caso colombiano, el grupo de actores programáticos encabezados por el presidente César Gaviria y el ministro de salud de la época, Juan Luis Londoño, eran insurrectos pues rechazaban las normas existentes, y en consecuencia buscaron activamente reemplazarlas, lográndolo con éxito. Estos actores fueron capaces de identificar la coyuntura crítica que se vivía en 1991, aprovechando la oportunidad de cambios rápidos para crear la norma. Efectivamente, durante la coyuntura crítica que se abrió en 1991, enmarcada dentro de la gran tendencia de modernización del Estado y apertura económica de César Gaviria, ocurrió un cambio abrupto y rápido de sendero para la seguridad social y las políticas de salud en Colombia.

2.3.4 El proceso de cambio gradual: la implementación de la Ley 100

Durante los casi veinte años que la Ley 100 lleva aplicándose en el país, se han establecido varias etapas de su implementación (Vega, Eslava, Arruba y Hernández 2012) que se pueden reunir en la siguiente síntesis:

Primera fase de implementación (1995-1997)

Bajo el gobierno de Ernesto Samper (1994-1998), se buscó implementar de manera paulatina la reforma y en sintonía con este propósito, se avanzaron algunos pasos hacia la reglamentación de la Ley: así, se creó el Reglamento del Consejo Nacional de Seguridad Social de Salud (Cnsss), máxima institución en la dirección del sistema y quien determinó el alcance del plan subsidiado y la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para esta modalidad. También mediante el Decreto 2375 de 1995 se buscó regular la focalización y la competencia. Se crearon Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), y se fortaleció la descentralización. Para finales de 1996, los hospitales públicos dejaron de recibir parte de los recursos por subsidios a la oferta,³² para empezar a funcionar con subsidios a la demanda, lo cual involucraba perder el 50% del monto que recibían, con lo cual, los hospitales se convirtieron en Empresas Sociales del Estado. Este periodo se caracteriza por una dinámica de freno-actividad-retraso (Vega, Eslava, Arruba y Hernández 2012), es decir, inactividad, reinicio y retrocesos en el proceso de reglamentación e implementación debido a la crisis política, al déficit fiscal³³ y la llegada al Ministerio de Salud de opositores o promotores de la reforma. Como balance sobre la cobertura, se puede señalar que para 1997, los resultados en este aspecto eran bastante desalentadores: el 41% de la población total seguía sin estar bajo ningún régimen (Encuesta de calidad de vida DANE, 1997).

Otra característica de esta fase es la temprana manifestación de descontento por parte del gremio de trabajadores de la salud en relación a la carencia de suministros y tecnología, y la precariedad laboral que empezaba a manifestarse en los centros hospitalarios. Igualmente, se realizaron diversas protestas, paros de trabajadores de

³² Lo cual venía el gobierno haciendo paulatinamente.

³³ La crisis fiscal perjudicó la ampliación de la cobertura pues el gobierno dejó de aportar a través del “pari passu” establecido en la Ley 100, asimismo se dejó de destinar el 25% a la salud como lo había establecido la Ley 10.

hospitales públicos y del Instituto de Seguros Sociales (ISS)³⁴. Cabe resaltar cómo tempranamente, se presentaron tres situaciones que serían constantes durante los años posteriores de implementación: por un lado, el ineficiente flujo de recursos, es decir, la retención del dinero por parte de las diversas entidades: para 1996 las entidades territoriales no le giraban a las EPS un monto de 40.000 millones de pesos, mientras las EPS y ARS (Aseguradoras del Régimen Subsidiado de aquella época) a su vez, les adeudaban 89.000 millones de pesos a las clínicas y hospitales, o como en el caso de Caprecom, que dejó de girar 435.972.754 millones de pesos al Fondo de Solidaridad y Garantía (“Lío de plata con la salud”. *El Tiempo*, 9 de junio de 1997.

<http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-686259>). La segunda constante que se manifestó y luego se agudizó, fue el litigio del derecho a la salud, esto es, el reclamo vía tutela de servicios o medicamentos no incluidos en el POS o que, incluidos, las EPS se negaban a autorizar (como análisis especializados, cirugías, etc.). Por último, la tercera práctica que se evidenció durante esta primera fase de implementación, fue el desvío de recursos de la salud hacia otras actividades o áreas. Tal fue el caso de Saludcoop, la EPS obligada por la Contraloría a devolver cerca de 1,4 billones de pesos; recursos públicos que habían sido utilizados para ampliar su propia red hospitalaria, crear toda suerte de empresas relacionadas con el sector salud y hasta patrocinar equipos de fútbol, baloncesto y golf, construir colegios y condominios campestres entre otros.

Ante tal panorama, era necesario darle un gran impulso a la reforma. Por este motivo, en 1994 el Gobierno colombiano contrató a la Escuela de Salud Pública de Harvard para realizar estudios técnicos que sirvieran de apoyo para implementarla exitosamente. Como parte de las recomendaciones de esta universidad, en marzo de 1996, el Gobierno colombiano suscribió con el Banco Interamericano de Desarrollo un contrato de préstamo para apoyar el proceso de implantación de la reforma del sector de la salud a través del Programa de Apoyo a la Reforma de Salud (PARS).

Segunda fase de implementación: 1998-2000

Si la primera fase estuvo llena de obstáculos y percances, la segunda fue igualmente

³⁴ Un aspecto laboral importante, es que con la Ley 100 en funcionamiento el gremio de la salud fue uno de los grandes perjudicados, pues se vieron expuestos a la precariedad laboral con contrataciones inestables, menores salarios, mayores presiones por atender más pacientes, etc.

tortuosa. La crisis fiscal redujo “en términos reales el situado fiscal correspondiente al sector salud para la vigencia de 1998” (Salud Colombia, 1997); además la profunda crisis económica (que se convirtió en recesión en 1999 al llegar el decrecimiento económico al -4%), generó un aumento dramático del desempleo (22%), lo cual derivó en la disminución de las afiliaciones al régimen contributivo³⁵ (y por consiguiente de los aportes), y un aumento en el régimen subsidiado. A esto se sumaban otros problemas: la morosidad de las empresas y los afiliados, el fraude, la evasión y la “mala fe de los usuarios”³⁶. Además, el presupuesto del régimen subsidiado se vio afectado, ya que buena parte del dinero que recibía dependía del uno por ciento del salario descontado a los trabajadores formales, y que había mermado considerablemente dado el nuevo panorama de desempleo en el país.

A esta crisis, se sumó la crisis hospitalaria que estalló totalmente a mitad de 1998, cuando los hospitales públicos revelaron el tremendo déficit que padecían, debido a que la Ley 100 había obligado a los hospitales a depender de los servicios que vendían a EPS, ARS y SOAT, reduciendo los aportes fiscales para los subsidios a la oferta. Como ya se mencionó en el apartado anterior, estas entidades no giraban sus pagos y mantenían altas deudas con los hospitales, además, estos últimos no habían logrado ponerse a tono prontamente con las nuevas dinámicas empresariales del sector y por ello, no contaban con recursos y mecanismos eficientes de recaudación de los pagos morosos, lo cual los estaba llevando masivamente a la quiebra:

La Superintendencia de Salud concluye que los hospitales públicos sólo pueden recaudar el 50 por ciento de lo que les facturan a las Empresas Promotoras de Salud (EPS), el 56% a las Administradoras de Régimen Subsidiado (ARS) y el 39 por ciento al Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT). Los otros 250.000 millones

³⁵ Ese año, las EPS dejaron de recibir 140 mil millones de pesos por cotizaciones, lo que constituye una caída del 17 por ciento con respecto al año anterior. (A las EPS se les dañó la cartera. *El Tiempo*, 27 de noviembre de 1998). <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-829129>

³⁶ Según Oscar Emilio Guerra, afirmó Oscar Emilio Guerra, presidente de Acemi en 1998 (que agrupa a las EPS privadas) “Es preocupante observar que en el régimen contributivo, de 17 millones de personas que deberían estar cancelando, apenas 11 millones lo están haciendo, y agregó que hay por lo menos un millón de trabajadores independientes pagando mucho menos de lo que deberían. Se calcula que más del 30 por ciento del gasto médico lo causan personas que llevan menos de dos meses en el sistema, afirmó Guerra, para explicar que buena parte de los independientes se afilian apenas cuando se ven enfermos y dejan de pagar una vez que han utilizado los servicios (A las EPS se les dañó la cartera. *El Tiempo*, 27 de noviembre de 1998). <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-829129>

del faltante resultan de los acuerdos a los que llegó el gobierno con los sindicatos médicos y hospitalarios y que según algunos directivos de instituciones se hizo sin contar con su consentimiento (“Deficit hospitalario es de \$500.000 millones”. *El Tiempo*, 9 abril de 1998.

<http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-807671>”).

Mientras tanto, el panorama de las EPS era variopinto: mientras algunas como Saludcoop, Susalud eran catalogadas entre las empresas más rentables del país, otras, sobre todo EPS públicas mostraban saldos en rojo (Seguro Social, Cajanal, Unimec, Risaralda EPS, etc.) y otras fueron liquidadas (Bonsalud). Un triste ejemplo de esta crisis, lo constituye el cierre del hospital universitario más grande del país, el San Juan de Dios. Este escenario encendió el debate nacional y pese los llamados de diversos sectores para reformar el sistema, la aplicación de la Ley 100 siguió su curso, pues sus defensores argumentaban que era necesario aplicarla en su totalidad para que funcionara y posteriormente, realizar algunos pequeños ajustes y una mejor regulación.

Tercera fase de implementación: 2000-2003

Para el año 2000 la cobertura no alcanzó la meta planteada por la Ley 100, pues solamente llegaba al 56% del total de la población. Además, lejos de realizarse la contención de costos y racionalizar los recursos, sucedió justamente lo contrario, pues el dinero público dirigido a la salud no paró de crecer: En 1994, el 6,3% del PIB se gastaba en salud, mientras que en el año 2000 se asignaba el 9,3%. Otra tendencia que se continuaba acentuándose era el litigio por el derecho a la salud: se habían incrementado las tutelas para exigir judicialmente servicios y medicamentos incluidos en el POS. Baste mencionar como muestra, que para el 2003 se presentaron 51.944 tutelas en relación a la salud, mientras en 1991 fueron 21.301 (Defensoría del Pueblo 2014). De manera simultánea, el Ejecutivo decidió fusionar el Ministerio de Salud y el de Trabajo, pasando a una sola cartera denominada Ministerio de Protección Social. Es necesario agregar que las acciones y programas de este nuevo Ministerio estaban fundamentadas en el concepto de Manejo Social del Riesgo, promovido por el Banco Mundial (Holzmann y Jørgensen 2000). De otro lado, se aprobó la Ley 715 que reemplazaba a la Ley 60 de 1993, con el fin de modificar las competencias y reducir las transferencias territoriales (Uribe 2009, 59).

Un dato interesante es que durante este periodo, dos de los más grandes defensores de la Ley 100, Álvaro Uribe como ponente y Juan Luis Londoño (quien fue Ministro de Salud en 1993, y volvió a la cartera en el 2002), ambos expresaron su apoyo a la aplicación de la ley 100 y a la necesidad de superar los vicios y fallas las cuales obedecían a “falta de voluntad política y decisiones inapropiadas” (Uribe 2009, 61). Las EPS, por su parte, al contar con el 72% de los usuarios, lograban alta rentabilidad y superávit. Sin embargo, empezaron a visibilizarse prácticas que atentaban contra la competencia como la integración vertical, que consistía en que las EPS fueran dueñas de hospitales e IPS, lo cual les permitía disminuir costos de operación.

Finalmente, cabe resaltar la pérdida de respaldo gubernamental al Cnsss dado que la presencia de representantes de los trabajadores y profesionales de la salud entre otros “lo había convertido en un interlocutor incómodo para el gobierno [...] por lo cual se buscó disminuir su incidencia en las decisiones” (Uribe 2009, 65).

Cuarta fase de implementación: 2004-2010

De acuerdo al Informe del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud 2005-2006, en el 2005 el 37,66% de la población se encontraba afiliada al régimen contributivo, 4,89% a los regímenes exceptuados y 41,05% al régimen subsidiado, lo cual arroja como resultado que la cobertura total de afiliación en Colombia era 87,6%, lo que mostraba que la cobertura había incrementado. Recordemos que la Ley 100 se basó en el ideal de que habría más gente cotizando, y, en consecuencia, habría también menos afiliados en el régimen subsidiado, no obstante, empezaba a suceder justamente lo contrario, pues el régimen subsidiado para el 2005 empezaba a superar al contributivo. Esta tendencia siguió incrementándose: así para el 2012 en el régimen subsidiado había 23,2 millones de usuarios, y en el contributivo 18,9 millones (“Estos son los retos de la unificación del Plan Obligatorio de Salud”. *El Tiempo*, 2 de julio de 2012, <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-11990418>).

A pesar de estos avances en la cobertura, se manifestaban tantos problemas, crisis, descontentos, retrocesos y dificultades acumuladas, que fue necesario abrir un debate nacional sobre la Ley 100, especialmente en el 2003, año en el que se cumplieron diez

años de su promulgación. En el Congreso se creó una comisión accidental para analizar la reforma y estudiar posibles propuestas de modificación. Igualmente, en 2004 y 2005 de acuerdo a Restrepo:

El Gobierno Nacional, el Congreso de la República, los partidos, los gremios, los medios de comunicación, las entidades territoriales y sus federaciones, los aseguradores, los prestadores de servicios de salud y, en general, tanto el sector de la salud como otros interesados en la problemática —incluidos varios actores del sector académico, de la rama legislativa y de la sociedad civil, a lo largo y ancho del país— desarrollaron una amplia discusión acerca del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sus logros y dificultades y sus posibles reformas. Así lo comprueban la cantidad y variedad de proyectos de ley que circularon, se debatieron, se subsumieron en otros (en los de origen oficial) y se archivaron, hasta que al fin, el 9 de enero del 2007 se sancionó la mencionada Ley 1122 (Tomo V 2007,45).

Con ésta ley, se establecieron los siguientes cambios importantes: a) Se creó la Comisión de Regulación en Salud (CRES), definida como unidad administrativa especial, con personería jurídica, autonomía administrativa, técnica y patrimonial, adscrita al Ministerio de la Protección Social. El CRES tenía importantes funciones³⁷: buscaba cumplir algunos de los roles que se le habían asignado al Cnsss, (reguladores, administrativos, consultores) pero que este no había asumido porque carecía de músculo, al no contar con secretaría técnica para realizar análisis, ni recursos propios. Además, hubo un fuerte protagonismo de algunos miembros debido a su posición de poder en detrimento de la voz de otros miembros (Restrepo, 2007). b) Se buscó mejorar el financiamiento, especialmente del régimen subsidiado, por medio del incremento de la cotización en medio punto porcentual (del 12 al 12,5%). El 50% de estos nuevos recursos se asignarían a la financiación del régimen subsidiado. c) Se buscó controlar la integración vertical³⁸ limitando al 30% las contrataciones con

³⁷ La Comisión de Regulación en Salud (CRES) tenía entre sus funciones la definición y modificación de los planes de salud (POS) y la actualización anual del valor de la UPC, que es el dinero que el sistema entrega cada año a las EPS, por cada afiliado. La CRES también se encargaba de definir los criterios para establecer las cuotas moderadoras y el establecimiento de un sistema tarifario para regular el mercado, además de presentar informes a las comisiones séptimas de Senado y Cámara sobre la evolución del sistema de salud. Cuando la CRES fue creada se esperaba que se convirtiera en el regulador por excelencia del sistema; de hecho, su junta directiva estaba encabezada por los ministros de Hacienda y de Salud, que terminaron firmando, también, el decreto de supresión.

³⁸ La integración vertical es la práctica de las EPS de poseer hospitales, IPS, o proveedores de insumos, lo cual implica barreras a la competencia, dado que por un lado, el usuario no tiene opción

instituciones propiedad de las EPS. d) Se homologó el periodo de los gerentes de las Empresas Sociales del Estado (léase los anteriores hospitales públicos) con el de los alcaldes, para disminuir la posibilidad de conflictos políticos. f) Se estableció la evaluación y medición a través de “indicadores de gestión y resultados en salud y bienestar”, con el fin de establecer incentivos y sanciones para las EPS, en el marco de objetivos relacionados con la salud de la población. g) Se buscaba también derribar las barreras de acceso de tipo geográfico: “se garantizarán los servicios de baja complejidad de manera permanente en el municipio de residencia de los afiliados” (Corte Constitucional, Sentencia C-869/10), y de tipo económico al eliminar los copagos para los afiliados de nivel uno del Sisben.

A pesar de este rosario de buenas intenciones, a la nueva ley se le criticó que no propusiera cambios estructurales sobre el Sistema de Seguridad Social en Salud, sino que realizara ajustes meramente relativos a su funcionamiento y operación (Restrepo, 2007). Igualmente, con el pasar del tiempo, “fue evidente que la Ley 1122 y otras de las reformas realizadas al sistema de salud en 2007, estaban en el limbo, pues muchos de sus artículos nunca fueron reglamentados” (“Dos caras de la salud”. *El Espectador*, 17 de mayo 2011. <https://www.elespectador.com/content/dos-caras-de-la-salud>). Durante ese mismo año, se privatizaron todas las IPS del Instituto de Seguro Social (ISS), con lo cual se daban por terminados más de 60 años de brindar servicios de salud a sus asegurados. Este fue el final de una larga agonía que comenzó en 1993, y que terminó de manera irrevocable con el ISS³⁹.

En el 2007, finalizó el PARS (Programa de Apoyo a la Reforma), el cual se había implementado durante once años. El balance al término de este programa, que publicó el entonces Ministerio de Protección Social, señalaba que había sido una gran contribución a “la generación de conocimiento y capacidad técnica institucional, mediante la realización de más de 100 estudios [...], asistencia técnica, generación sistemática de conocimiento y de evidencia para la toma de decisiones” (Boletín de prensa N. 38). También especificaba que se ejecutaron 66.8 millones de dólares, de

de escoger, y por otro condiciona las tarifas, lo cual distorsiona el mercado.

³⁹ En el 2007 y con el cierre de sus servicios de salud, el ISS solamente manejaba las pensiones de prima media. En 2012, el Instituto de Seguro Social dejaría definitivamente de existir, al ser sustituido por Colpensiones.

los cuales 38 corresponden a un crédito del BID y 28.8 millones a recursos de contrapartida nacional. Entre sus proyectos desarrollados se enumeraban: El desarrollo del Sistema Integral de Información de la Protección Social (Sispro), el ajuste de Planes de Beneficios y la Unidad de Pago por Capitación, la implementación del Sistema de Garantía de Calidad y de la Competencia por Calidad, el desarrollo de Asistencia Técnica para el Ajuste Institucional y Operativo en el Régimen Subsidiado, el apoyo al fortalecimiento Institucional del Ministerio de Protección Social y las Entidades Territoriales, la implantación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC), el desarrollo de normas para la creación de incentivos para la afiliación y mecanismos para el control del recaudo y control de la evasión y elusión, la asistencia técnica para el mejoramiento de los procesos del Régimen Subsidiado a nivel territorial así como el apoyo para la expedición de la Ley 1122 de 2007, la Ley 1167 de Talento Humano y la reglamentación de artículos de la Ley 100 de 1993 y de la Ley 715 de 2001.

En esta fase también se publicaron estudios sobre el deterioro de los indicadores de salud pública: a partir de 1996 aumentó la tasa de mortalidad materna por 100 mil nacidos vivos y se registró un aumento de casos y mortalidad de malaria. Se evidenció la mala calidad de los programas de control de la tuberculosis, la reincidencia de enfermedades que se habían erradicado antes de la reforma (como el sarampión y la fiebre amarilla), se registró una disminución de la cobertura de programas de inmunización y un aumento en la frecuencia de complicaciones de enfermedad diarreica aguda y enfermedad respiratoria aguda, todo lo cual evidenciaba “El deterioro de la capacidad de los entes territoriales para conducir los programas de salud pública [...] que se ha visto reflejado en las condiciones de diversas enfermedades transmitidas por vector, y ha sido objeto de amplio debate en los medios de comunicación y en el Congreso de la República” (Yepes 2010, 120-121, 122). En años recientes, luego de grandes debates y de la evidencia de nuevos riesgos, se presentó una nueva recuperación en estos indicadores (Restrepo 2007, 85).

De otro lado, empezaron a ser más notorios los problemas en materia de rectoría y control por parte del Estado, dado que el sistema de competencia regulada necesitaba una fuerte vigilancia, la cual se estaba ausente o excesivamente débil (Yepes 2010, 122). De esta manera se reveló que ni el nuevo Ministerio de Protección Social, ni la

Superintendencia de Salud habían impedido que las operadoras obstaculizaran la prestación de servicios a través de diversas barreras de acceso para la contención de costos (Procuraduría 2008). Y ante dichas barreras, los usuarios siguieron apelando a la acción de tutela, pues para 2008, las tutelas habían ascendido a 142.957 muchas de ellas por servicios y medicamentos que estaban incluidos en el POS.

En 2010, el presidente Uribe intentó promulgar sin éxito la declaratoria de emergencia social para el sector salud, como un estado de excepcionalidad para solucionar el grave déficit financiero del sistema, el cual se desangraba por los recobros al Fosyga y por los altos precios de los medicamentos que se habían desregularizado a principios de su mandato, beneficiando directamente a la gran industria farmacéutica.

Quinta fase de implementación: 2011-2015

En diciembre del 2012, el Ejecutivo liquidó a través del Decreto 2560, la Comisión de Regulación en Salud (CRES), cuyas funciones pasaron al Ministerio de Salud y Protección Social. No obstante, y de acuerdo a una noticia publicada en el diario El Tiempo (“La muerte de tercera de la Cres”. *El Tiempo*, 19 de diciembre de 2012, <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-12463711>), este organismo “no sólo empezó a funcionar tarde, el 26 de mayo del 2009, sino también con una enorme debilidad, que no superó nunca, pese a haber desplazado a un rincón al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (Cnsss), que en ese momento era el ente rector del sistema”.

En 2011, se expidió la Ley 1438, que buscaba solventar los fallos del sistema. Los temas objeto de modificación fueron la portabilidad nacional, la eliminación de multas por inasistencia en las citas médicas, la desconcentración, la atención primaria en salud enfocada en la prevención, la protección a mujeres víctimas de violencia física y sexual, el fortalecimiento de las funciones de la Superintendencia de Salud como ente de vigilancia, el incremento de la financiación del régimen subsidiado, la creación de nuevos organismos (Observatorio Nacional de la Salud, el Instituto Nacional de Evaluación Tecnológica [Fonasaet]), un énfasis en las redes integradas de servicios de salud, el fortalecimiento de la rectoría del sistema con la Superintendencia Nacional de Salud y las acciones de vigilancia y control, el diseño de nuevos mecanismos para la gestión financiera, la unificación y actualización del

POS y un énfasis en la universalización del aseguramiento. A pesar del nuevo esfuerzo de modificación para superar los problemas del sistema, la apreciación general fue, como lo retrata Franco-Giraldo (2012), que quedó “mucho trecho por recorrer en la reglamentación y muchísimo más en la implementación, sin que se logre efectivamente jugar un papel reformador en la práctica subsanando las falencias y críticas que se ciernen sobre el sector salud provenientes de los más disímiles actores y sectores socio-sanitarios”. Tristemente, esta ley siguió el mismo camino que la Ley 1122, pues de igual manera, se quedó en gran parte sin reglamentar. Así, los beneficios, cambios y propuestos que hubieran podido mejorar el sistema quedaron en letra muerta.

En julio 16 de 2012 se dio un paso importante: dada la diferenciación en el pago por UPC y entre los planes entre el régimen contributivo y el subsidiado⁴⁰, se unificaron los Planes de Beneficios de Salud o Plan Obligatorio de Salud, estableciendo que los usuarios de ambos regímenes accedieran a los mismos medicamentos, servicios y tratamientos⁴¹. No obstante, a pesar de estas buenas intenciones “la UPC (Unidad de Pago por Capitación) seguiría siendo menor en el régimen subsidiado. Para cumplir con la unificación, el valor de la UPC del subsidiado sube de 378.760 a 433.666 pesos, mientras en el régimen contributivo, la UPC es de 547.639 pesos. (“Estos son los retos de la unificación del Plan Obligatorio de Salud” *El Tiempo*, 1 de julio de 2012)”.

Paradójicamente, la buena noticia de la unificación supuso una preocupación adicional a todo el entramado de problemas del sistema, pues “Se convierte en una carga extra para un sistema ya en crisis. Un sistema en el que de las 72 EPS, 26 han sido intervenidas. En el que el Gobierno y las EPS tienen deudas con los hospitales que según las cuentas de estos últimos ascienden a \$4 billones. Es decir, la tercera parte de todo el presupuesto de un año para la salud” (“Unificación del POS ¿Todos en el suelo?” *El Espectador*, 30 de junio de 2012)”.

⁴⁰ Al régimen subsidiado se le pagaba inicialmente un 40% menos en la UPC, y por lo tanto los usuarios en este régimen recibían menos servicios y medicamentos que los del contributivo. El valor de la UPC entre ambos regímenes fue igualándose por etapas, pero la meta inicial propuesta por la ley 100 para igualar ambos planes era el 2001. El POS estaba unificado desde el 2009 para niños de 0-12 años, desde el 2010 para niños y adolescentes menores de 18, y desde el 2011 para los adultos mayores de 60 y más años del régimen subsidiado.

⁴¹ Todo en cumplimiento de las órdenes que la Corte Constitucional en su sentencia T-760 del 2008, más conocida como la 'Supertutela de la salud'.

De manera análoga, una vez más, el ineficiente flujo de recursos y la corrupción eran noticia:

Hoy, las EPS del régimen subsidiado son las principales deudoras de la red pública hospitalaria. Según la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC), las obligaciones del Gobierno y las EPS con las IPS sobrepasan los 4 billones de pesos. Solo en Bogotá, de acuerdo con el secretario de Salud del Distrito, Guillermo Alfonso Jaramillo, las EPS les deben 240.000 millones de pesos a los hospitales públicos, de los cuales 180 mil millones corresponden a EPS intervenidas por el Gobierno o bajo medidas de vigilancia especial. "Esa es una cartera prácticamente perdida" (Estos son los retos de la unificación del Plan Obligatorio de Salud. El Tiempo, 2 de julio de 2012, <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-11990418>).

En mayo del 2012, supuso la intervención estatal a varias EPS que fueron acusadas de desfalcos a los dineros públicos:

La Contraloría General de la República detalló ante el Senado, las movidas financieras y contables que habrían realizado las EPS para inflar los cobros de medicamentos POS, los estados financieros y la apropiación de recursos parafiscales que no fueron destinados al sector salud sino que entraron en el rubro de utilidades a repartir entre socios y accionistas (Algunas EPS cobran drogas como Isodine de \$255 a \$2 millones. El Espectador, 24 de mayo de 2012, <https://www.elespectador.com/noticias/salud/algunas-eps-cobran-drogas-isodine-de-255-2-millones-articulo-348343>).

La llegada al poder de Juan Manuel Santos en 2010, ha dado lugar a tres hechos importantes en el sector salud. Primero, en el 2011 fueron reabiertos los Ministerios de Salud y el de Trabajo. Segundo, gracias al ministro de salud Alejandro Gaviria, se reintrodujo el control de precios a los medicamentos que el anterior gobierno había liberado. Lo anterior produjo un ahorro sustancial al sistema que se calculaba en 1,6 billones hasta el 2015 y que frenó un verdadero desangre para las finanzas públicas que amenazó con quebrar el sistema. Y tercero, al cumplirse veinte años de la promulgación de la Ley 100, y con las reiteradas crisis y problemas manifestados en su implementación, junto con un prominente cuerpo de sentencias emitidas por la

Corte Constitucional que señalaban a la salud como un derecho fundamental, conllevó a la necesidad imperiosa de regular este hecho mediante una Ley estatutaria⁴². A continuación profundizaremos un poco en el proceso de formulación de esta ley.

2.3.5 Punto B: La Ley Estatutaria de 2015

Para el primer semestre del 2012, se habían radicado cuatro Proyectos estatutarios para regular el derecho fundamental a la salud. Según el académico Mario Hernández “A lo largo del proceso no se dio un debate democrático, aunque el gobierno diga lo contrario. Es más: en el Congreso se presentaron proyectos con orientaciones muy diferentes sobre el derecho a la salud y sobre la responsabilidad del Estado, aunque los medios de comunicación, el Gobierno nacional y el Congreso mismo se encargaran de ocultar estas diferencias⁴³”

Lo señalado por el doctor Hernández, se evidencia al comprobar que el 6 de diciembre, en la Comisión Primera de Constitucional Permanente del Senado de la República, se expusieron todas estas propuestas en el foro de Leyes Estatutarias de la Salud. Los cuatro proyectos, aunque tenían coincidencias sobre todo a lo referente a la salud como derecho fundamental, tenían marcadas diferencias sobre la organización del sistema y el rol del mercado y el Estado. Roy Barreras, ponente del proyecto 048 de 2012, en su propuesta incluía un pagador único, cambiar el rol de las EPS, entre otras cosas. El senador Luis Carlos Avellaneda presentó el 112 del 2012 que proponía instituciones sin ánimo de lucro en la prestación de servicios. El proyecto 105 de 2012, propuesto por la bancada del Polo Democrático buscaba un cambio de fondo en el sistema, eliminado las EPS, financiado en su totalidad por el erario público, y garantizando la recepción de servicios independientemente de la capacidad de pago. Por su parte, el proyecto 059 de 2012 insistía en la necesidad de profundizar en la inspección, vigilancia, control y la rectoría en cabeza de MS, fortalecimiento además

⁴² Las leyes estatutarias regulan derechos y deberes fundamentales y tienen trámite diferente a las leyes ordinarias: a) Su trámite debe hacerse en una sola legislatura. b) Debe ser votada por la mitad más uno en el Senado de la República y en la Cámara de Representantes. c) Las comisiones constitucionales se encargan de las leyes estatutarias. d) La Corte Constitucional hace una revisión de tres a seis meses para pronunciarse con relación a la constitucionalidad del contenido de la ley.

⁴³

<http://www.razonpublica.com/index.php/politica-y-gobierno-temas-27/8232-la-novela-de-la-ley-estatutaria-en-salud.html>

la Atención Primaria en Salud (APS), y la participación ciudadana. Finalmente, el proyecto No. 112/12, establecía que el Estado debía responsabilizarse de los determinantes sociales de la salud, y reemplazar las EPS por organismos públicos descentralizados y sin ánimo de lucro.

En marzo de 2012 fue presentada en el Senado el proyecto de ley 209 que se convertiría en la Ley 1751 o Ley Estatutaria de Salud. Esta propuesta fue radicada junto al proyecto de ley 210, que se trataba de una ley ordinaria para modificar el sistema de salud, que, en apariencia, iba en concordancia y desarrollaba los postulados de la Ley estatutaria. No obstante, este proyecto de Ley Ordinaria fue archivado por falta de trámite cuando estaba por el tercer debate en la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes. En marzo de 2012, fue presentado en el Senado el proyecto de Ley 209, que posteriormente se convertiría en la Ley 1751 o Ley Estatutaria de Salud. En abril de 2013, el Ministro de Salud y Protección Social, Alejandro Gaviria Uribe, solicitó que se le diera trámite de urgencia al proyecto y se realizara la deliberación conjunta de las Comisiones Primeras de Senado y Cámara para llevar a cabo el primer debate⁴⁴.

En Mayo, la Mesa Directiva de las Sesiones Conjuntas de las Comisiones Primeras del Senado de la República y de la Cámara de Representantes convocó una audiencia pública para escuchar las sugerencias, opiniones y observaciones de los actores involucrados en el tema. La audiencia se llevó a cabo el 14 de mayo de 2013 con la participación de: Los miembros de las Comisiones Primeras de Senado y Cámara, de la Gran Junta Médica, Representantes de las Asociaciones de Pacientes de Alto Costo, Representantes de la Central de Trabajadores, el grupo jurídico de la ANDI, la Directora de Gestarsalud, el Director General de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC), la Presidenta de Asociación Nacional de Internos y Residentes ANIR, el Presidente Ejecutivo de ACEMI, y el Ministro de Salud y Protección Social. En dicha audiencia se destacaron los siguientes puntos:

⁴⁴ Durante el trámite en el Senado de la República, como ponente coordinadora se asignó a la senadora Karime Motta, junto con los otros ponentes: Juan Manuel Corzo, Luis Fernando Velasco, Hemel Hurtado, Jorge Eduardo Londoño, Luis Carlos Avellaneda. En la Cámara de Representantes, los ponentes fueron: Adriana Franco Castaño, Alfredo Deluque, Carlos Augusto Rojas, Fernando de la Peña, Gustavo Hernán Puentes, José Enrique Roso, Roosevelt Rodríguez y Rubén Darío Rodríguez.

- a) La necesidad del trámite de una ley estatutaria que garantice el derecho a la salud y sus mecanismos de protección.
- b) Explicitar que el derecho a la salud es un derecho fundamental constitucional, el cual debe protegerse y garantizarse.
- c) No limitar la acción de tutela.
- d) No restringir el alcance del derecho fundamental a la salud a un Plan de Beneficios de Salud.
- e) La importancia de los determinantes sociales en salud.

En la Ponencia para el primer debate del Proyecto de Ley, se especifica que la promulgación de la Ley se justifica dada la crisis del sistema de salud, puesto que se hace necesario una ley estatutaria que “Regule, proteja, garantice, establezca el marco y cualifique el derecho fundamental a la salud, para luego sí poder reglamentar la prestación del servicio y el modelo que se acogerá para ello. Es apenas lógico que primero se necesite tener el derecho para luego sí poder acceder al servicio (2013: 5)”. Además, señala la ponencia que:

No contar con una delimitación clara de este derecho fundamental ha facilitado la creación dispersa y segmentada de normatividad al respecto, que no ha logrado solventar los problemas estructurales del mismo ni garantizar su accesibilidad y goce efectivo por parte de la comunidad. Adicionalmente, si se sigue entendiendo la salud como un simple servicio de carácter prestacional basado en la retribución económica, su violación sistemática no acarreará grandes consecuencias (como ha ocurrido hasta ahora), mientras que, si se consagra como un derecho fundamental, el derechohabiente contará con una mayor cantidad de medios o recursos para hacerlo exigible y así poder acceder al mismo de manera efectiva, oportuna, integral y con alta calidad (2013, 8).

En cuanto a la exposición de motivos, ésta inicia reconociendo los logros de la Ley 100 los cuales incluyen: a) aumento de cobertura que ha llegado al 90-1% según la Encuesta de Calidad de Vida 2011, b) mayor progresividad y equidad en la distribución de los subsidios, c) mayor acceso de la población para prevenir enfermedades, d) protección financiera de la población al disminuir el gasto de bolsillo para salud que pasó del 44% en 1993 al 14% en 2011, y e) mayor equidad en

el acceso a la salud a la población pobre. No obstante, también se plantearon los siguientes problemas en el sistema:

- a) Es un esquema de prestación de servicios orientado hacia la resolutiveidad en la alta complejidad con baja capacidad de ejecución de acciones preventivas en un entorno de transición epidemiológica y alta carga de enfermedad.
- b) El aseguramiento esta centrado en el manejo financiero por encima del objetivo misional de gestión de los riesgos en salud.
- c) Sus resultados negativos se manifiestan sobre los usuarios en forma de barreras de acceso, en particular en la limitada resolutiveidad de aquellos procedimientos que involucran el acceso a tecnología en el entorno de los servicios de alta complejidad. Dichas barreras son de tres tipos: geográficas, de carácter financiero y administrativas: las geográficas se dan cuando a los usuarios se les asigna citas o servicios a gran distancia de su vivienda, pues deben asumir los costos de transporte, tiempo, etc. [...]. La barrera financiera se da en diferentes niveles del sistema. Un ejemplo de este tipo es la fragmentación en la atención, es decir, recurrir a numerosas IPS para recibir atención, buscando el menor precio para cada servicio. Otro ejemplo de la barrera financiera ocurre cuando el desarrollo del sistema conduce “a la consolidación de condiciones ineficientes de competencia entre EPS e IPS. Esto condujo a la generación de monopolios bilaterales en los que tanto el asegurador como el prestador cuentan con poder de mercado” (Exposición de Motivos 2015, 11). Por último, las barreras administrativas ocurren en dos niveles: en la relación asegurador-prestador-afiliado (por los excesivos y dispendiosos trámites para el afiliado) y en la relación entre el Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud (Fosyga) y la EPS (trámites entre ambos organismos que perjudican a los usuarios, como el cambio de régimen). Las barreras de acceso perjudican a los usuarios, pero benefician a las EPS al mantener el ingreso por UPC aun si sus afiliados no usan los servicios.

De acuerdo a la exposición de motivos, los anteriores problemas han producido una crisis sistémica que ha sido imposible superar (a través de las Leyes 1122 y 1438 u otras medidas). Esto debido a “la capacidad de agenciamiento de intereses de los agentes” que ha sobrepasado la capacidad regulatoria del Ministerio de Salud y

Protección Social, y como resultado se evidencia la “limitada capacidad de rectoría y débiles mecanismos regulatorios” de esta entidad. Consecuencia de este panorama de falencias, según la exposición de motivos, es que en el contexto institucional, el sistema tenga poca legitimidad.

El 21 de mayo de 2012, en la Comisión Primera de Senado se presentó la Ponencia para primer debate del proyecto de ley, y el siguiente día se realizó en la Comisión Primera de Cámara. Para inicios de junio, en sesiones conjuntas de las Comisiones Primeras del Senado y de Cámara, llevaron a cabo la discusión y votación de varios artículos. Como se trataba de sesiones conjuntas, la aprobación de Senado y Cámara del primer debate fue el 5 de junio, y el segundo fue el 18 de junio. En las plenarias resaltaron los siguientes temas, que fueron objeto de debate y discusión:

1. Crisis de la salud. Se menciona reiteradamente que el modelo es inviable y debe acabarse, que las reformas no han servido, que es corrupto e ineficiente, que atenta contra la dignidad y vida de los colombianos (por los paseos de la muerte, por negar acceso, etc.), mientras lucra a algunos sectores (EPS, farmacéuticas, etc.). Además, se evidencia el reaparecimiento de enfermedades ya controladas.
2. Control de precios de medicamentos: En este tema, los parlamentarios resaltaban que en otros países de la región e incluso en Europa, los medicamentos tiene precios mucho más bajos que en Colombia, lo cual incluso ha llevado al borde de la quiebra al sector. Por ello, se exigía regular este mercado.
3. Barreras de acceso, sobre todo en lo referido a la exigencia de autorizaciones para recibir tratamientos y servicios.
4. La dicotomía rentabilidad económica versus rentabilidad social.
5. Cuestionamiento constante de las EPS. Un asunto recurrente fue criticar las EPS, señalándolas de malas, ineficientes, corruptas, carteles, criminales, que se apropiaban del 50% de los dineros de la salud, por gastos de intermediación; además que evitan prestar servicios por contención de costos y aumentar sus ganancias, por ello, se habló reiteradamente de acabar con estas empresas.

6. Determinantes sociales de la salud. Se insistió en la importancia de incluir otras dimensiones que afectan la salud de las personas, como el agua, saneamiento, vivienda, educación, etc.
7. Mantener el modelo de aseguramiento. Una pregunta recurrente fue ¿Qué tipo de aseguramiento necesita el país? ¿uno público, o privado? Aquí se abrió un importante debate sobre el rol del estado, sobre el imaginario de que lo estatal por naturaleza es ineficaz e ineficiente. No obstante, se señalaba que a inicios de los noventas, cuando el estado a través de ISS manejaba el aseguramiento, éste se acusaba de ineficiente. Se propuso entonces un aseguramiento social, basado no en la rentabilidad económica, sino en la rentabilidad social.
8. Necesidad de criterio diferencial. Por tratarse de zonas geográficamente alejadas, aisladas, con baja densidad poblacional, o por sus particularidades étnicas, culturales, se solicitaba un criterio diferencial para ofrecer los servicios de salud, pues no se puede aplicar el mismo estándar en relación con las urbes, pues no funciona o no se aplica, por las especificidades ya descritas.
9. La sentencia T-460. Se recuerda que a partir de esta sentencia, la Corte estableció que la salud es un derecho fundamental autónomo.
10. Atención primaria en salud. Se recalcó la importancia de fortalecer la atención primaria en salud, especialmente en lo relacionado con prevención y promoción, pues en el sistema ha predominado el enfoque curativo, que es más costoso e ineficiente.
11. Rol del estado. Este fue un debate muy álgido. Por un lado, la dirección, coordinación, supervisión y control debían estar en manos estatales, pero éste ha sido muy débil cumpliendo su rol, por lo tanto, se han demostrado serias deficiencias y debilidades que llevaron a que diversos operadores se aprovecharan y se lucraran de manera corrupta del sistema. Por otro lado, se resaltaba en el problema de flujo de recursos, el Estado tiene un papel importante, porque no gira los recursos a tiempo, ni en la cantidad exigida por Ley.
12. Finalmente, otro tema polémico fueron los servicios y medicamentos que deberían ser excluidos del POS.

A pesar de que en junio de 2013 el Congreso aprobó la Ley y que la Corte

Constitucional la avaló en mayo de 2014, la sanción presidencial tardó hasta febrero de 2015 para establecer y delimitar claramente el derecho a la salud. En ese sentido, la Ley explícita:

El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado (2015, 34).

2.3.6 Cambio incremental

Durante el periodo que inicia con la reglamentación en 1994 hasta 2015, se puede afirmar que hubo un proceso combinado de cambio gradual, en el cual operó la deriva y la conversión. No obstante, se debe señalar que durante el periodo analizado se efectuaron numerosas modificaciones a través de leyes expedidas por el Congreso de la República como la Ley 1122 de 2007 o la Ley 1438 de 2011. Aunque estas leyes podrían considerarse como un cambio por superposición de capas, al ser capas adicionales (o mejoras) que han modificado paulatinamente a la Ley 100, realmente, y como ya se especificó en el Capítulo II, dichas leyes, a pesar de sus buenas intenciones y al no contar con una plena reglamentación, tuvieron poco efecto en la implementación. Por lo tanto y dado que la implementación de las modificaciones no tuvo un impacto transformador, no se consideran capas que condujeran a un proceso de cambio. Por otra parte, aunque la Ley Estatutaria es un tipo de capa, sin embargo todavía es muy pronto para conocer los alcances de la implementación de esta Ley. En consecuencia, dado que la implementación estas leyes ha sido bastante limitada por la falta de reglamentación, y en el caso de la Ley Estatutaria porque es muy reciente su promulgación, no puede señalarse un cambio por superposición de capas, es decir, el agregarse nuevas normas a la ya existente (léase Ley 100), que lleven a un cambio gradual.

En cuanto al proceso de deriva, se puede afirmar que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) han actuado como agentes simbióticos-parasitarios, dado que estos intermediarios han explotado la Ley 100 para obtener beneficios privados, pero dependen de la existencia y el buen funcionamiento del sistema para lograr estas ganancias. Las EPS obtienen beneficios del sistema, pues para lograr la contención de costos y aumento de ganancias ejecutan las siguientes acciones: a) Ponen barreras de acceso a los pacientes y así les niegan los servicios que por Ley tienen derecho; b) hacen recobros indebidos al FOSYGA; c) practican la integración vertical, y d) en vez de competir las EPS cooperan mutuamente a través de ACEMI⁴⁵. Con estas acciones contradicen el "espíritu" o propósito la Ley 100, que según la norma es "garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten", y se han enfocado en mejorar sus márgenes de ganancias, lo que ha terminado por socavar la legitimidad de la Ley en el largo plazo. Estos parásitos (léase EPS), han surgido en un entorno donde las expectativas sobre la implementación de la Ley 100 han sido muy altas, pero la capacidad real para hacerlas cumplir ha sido también bastante limitada.

Recordemos que los simbióticos de la variedad parasitaria prosperan en ambientes caracterizados por fuertes poderes de veto y con alta discrecionalidad en la implementación de las reglas. Efectivamente ha sido el caso colombiano, donde los simbióticos-parásitos desean conservar el statu quo institucional, pues la existencia de múltiples puntos de veto ayuda a asegurar este resultado, lo cual se evidencia en la dificultad de reemplazar en su totalidad la Ley 100. En síntesis, los simbióticos, al igual que las EPS, buscan la preservación de las instituciones porque en buena medida dependen de éstas. De otro lado, existe una alta discrecionalidad en la interpretación e implementación en la aplicación de la Ley 100, que ha jugado en contra de las EPS, pues al contar con un amplio espacio para interpretar la Ley las Corte Constitucional ha interpretado el derecho a la salud como un derecho fundamental.

⁴⁵ Es la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral cuya misión es promover, apoyar, proteger, representar e integrar la iniciativa privada, es decir, cooperar entre las EPS, violando con ello los postulados de la competencia, pues se ha comprobado que se ponen de acuerdo para lograr beneficios.

De ahí que el segundo tipo de cambio que ha operado en el periodo 1994-2015 ha sido la conversión, la cual sucede cuando las reglas siguen siendo formalmente iguales, pero son interpretadas e implementadas de nuevas maneras (Thelen 2003). La existencia de una brecha entre las reglas y su implementación, significa un espacio de ambigüedad que es aprovechado por los actores, quienes dirigen las instituciones hacia nuevas funciones o propósitos. La conversión ha operado a través de las sentencias de la Corte Constitucional, dado que son interpretaciones de la Ley 100 que han modificado sus fines y propósitos. Por ejemplo, a partir de la sentencia T-406 de 1992, la Alta Corte reconoció a la Tutela como un procedimiento válido para exigir la protección de la salud pública, lo cual no estaba contemplado en la Ley. También ilustra este caso la Sentencia T-571, en la cual se aludía al derecho a la salud por conexidad:

los derechos fundamentales por conexidad son aquellos que no siendo denominados como tales en el texto constitucional, les es comunicada esta calificación en virtud de la íntima e inescindible relación con otros derechos fundamentales, de forma que si no fueron protegidos en forma inmediata los primeros, se ocasionaría la vulneración o amenaza de los segundos. Es el caso de la salud, que no siendo en principio un derecho fundamental, adquiere esta categoría cuando la desatención del enfermo amenaza con poner en peligro su derecho a la vida (Sentencia T-571, 22) .

Otro paso importante que sentó precedente en la jurisprudencia, fue asumir el derecho a la salud como fundamental en el caso por ejemplo, de personas de la tercera edad, niños o sujetos de especial protección constitucional, e insistiendo en el argumento de la conexidad “ha sostenido en forma reiterada esta Corporación que los derechos a la salud y a la seguridad social son fundamentales por conexidad con el derecho fundamental a la vida digna, atendiendo a las circunstancias propias de cada caso” (Sentencia T-540 de 2002).

En la Sentencia T-227 de 2003, la Alta Corte definió el concepto de derecho fundamental, recogiendo los pronunciamientos al respecto, para concluir que la jurisprudencia de la Corte Constitucional sobre derechos fundamentales, tiene “como eje central la dignidad humana, en tanto que valor central del sistema y principio de

principio. Será fundamental todo derecho constitucional que funcionalmente esté dirigido a lograr la dignidad humana y sea traducible en un derecho subjetivo”.

Por lo tanto, progresivamente, la Corte ha reconocido el derecho a la salud como un derecho fundamental en sí mismo, agregando que resultaba innecesario acudir al argumento de la conexidad:

Hoy se muestra artificioso predicar la exigencia de conexidad respecto de derechos fundamentales los cuales tienen todos -unos más que otros- una connotación prestacional innegable. Ese requerimiento debe entenderse en otros términos, es decir, en tanto enlace estrecho entre un conjunto de circunstancias que se presentan en el caso concreto y la necesidad de acudir a la acción de tutela en cuanto vía para hacer efectivo el derecho fundamental (Sentencia T-016 de 2007).

Un paso importante fue la Sentencia T-760 de 2008, en la cual, la Corte analizó el sistema de salud, basados en "veintidós acciones de tutela, en las que se solicitaba proteger el derecho a la salud". A partir de su análisis, señaló que:

El derecho a la salud es un derecho constitucional fundamental. La Corte lo ha protegido por tres vías. La primera ha sido estableciendo su relación de conexidad con el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal y el derecho a la dignidad humana, lo cual le ha permitido a la corte identificar aspectos del núcleo esencial del derecho a la salud y admitir su tutelabilidad (Sentencia T-760 de 2008, 2).

Y a partir de esta afirmación, le ordenó al Estado colombiano:

Primero, la reforma de los planes de beneficios, su actualización periódica y su adecuación para que tanto el POS como el POS respondan a las necesidades de salud de la población. Al respecto impartió las siguientes órdenes: (a) adoptar medidas para eliminar la incertidumbre acerca del contenido de los planes de beneficios y lograr la actualización periódica de los mismos; (b) unificar los planes de beneficios (POS y POS), primero en el caso de los niños y, luego, progresivamente en el caso de los adultos teniendo en cuenta su adecuada financiación; (c) ampliar las competencias del Comité Técnico Científico de cada EPS para que también se pronuncie sobre si aprueba o niega solicitudes de servicios médicos diferentes a medicamentos en cualquiera de los regímenes y; (d) adoptar las medidas para evitar que se rechace o se demore la prestación de los servicios médicos que sí se encuentran incluidos en el

POS. [...] asegurar el flujo de recursos al Sistema de salud; (e) agilizar la ejecución de las sentencias de tutela; (f) adoptar un plan de contingencia para asegurar los pagos de los recobros atrasados en el Fosyga; y (g) corregir las trabas en el sistema de recobros, como la definición del momento de ejecutoria de las sentencias de tutela y las llamadas “glosas” (Sentencia T-760 de 2008).

Adicionalmente:

Como medidas complementarias para asegurar el goce efectivo del derecho a la salud, se ordenó, (i) proteger el derecho a la información, mediante la distribución a las personas afiliadas de una carta de derechos de los usuarios y una carta de desempeño de las entidades del sector de la salud y (ii) adoptar medidas para que progresivamente se alcance la cobertura universal del Sistema antes de enero de 2010 (Sentencia T-760 de 2008).

La evolución de la jurisprudencia de la Corte Constitucional, evidencia las interpretaciones que han hecho los jueces de la Ley 100, que han llevado superar el concepto de salud como derecho prestacional, dándole un giro a las funciones inicialmente propuestas por la Ley. Esta interpretación, en efecto, ha producido una transformación importante, pero la introducción de estos elementos no ha representado un reemplazo de la Ley 100, sino que ha operado un cambio gradual. Es decir, gracias a que la norma es lo suficientemente ambigua, ha dado lugar diversas interpretaciones que han permitido el cambio por conversión.

Se debe resaltar que durante la formulación de la Ley 100, el cambio fue impuesto sin un esfuerzo por establecer un discurso comunicativo muy robusto; sin embargo, el aspecto legitimador del discurso comunicativo ha sido clave para el gran debate que en los últimos veinte años ha venido con la reforma. De ahí que en esta etapa comunicativa, se ha presentado un importante elemento deliberativo, pues la Ley 100 ha sido sometida a intenso debate por parte de actores que no tuvieron una participación muy importante durante su formulación. Asimismo, la opinión pública ha tenido una respuesta muy crítica frente a la Ley 100, por lo tanto, para asegurar la aceptación pública, el gobierno ha debido trabajar a través de su discurso comunicativo para enfrentar el debate permanente en que se ha convertido la salud. Es evidente que líderes de opinión, periodistas, ejecutivos de empresas, miembros de

partidos de oposición, movimientos sociales, académicos, líderes de grupos de interés, activistas de partidos, iglesias, etc. constantemente están cuestionando el actual sistema o convocando foros y actividades de discusión. La discusión pública en el contexto del discurso comunicativo ha logrado difundir información sobre cómo funciona la Ley, y lo que es más importante, todo este debate ha posibilitado que la Ley pueda ser modificada en respuesta a las reacciones de la ciudadanía.

Por otro lado, el proceso de conversión se reforzó cuando las asociaciones médicas empezaron a participar en la discusión de la Ley Estatutaria. Como ya se ha señalado, durante la formulación de la Ley 100, el gremio médico no tuvo mucho protagonismo. En primer lugar porque algunos de los líderes del gremio fueron convocados desde la escucha pasiva, y en segundo lugar, porque pocas asociaciones de galenos asistieron a las discusiones; así lo afirmó uno de los entrevistados: “al gremio médico lo cogió de sorpresa, y en realidad, la ley no tuvo mayor debate público” (Líder de asociación médica, Bogotá, entrevista con la autora 23/10/ 2015). En contraste, el impulso inicial para la Ley Estatutaria nació de la gran Junta Médica, la cual a su vez, estuvo participando activamente durante todo el proceso legislativo. La Academia Nacional de Medicina convocó a las asociaciones científicas, a la Federación Médica Colombiana, a Asmedas, a ANIR, y a Ascofame, para trabajar mancomunadamente en pro del Proyecto de Ley Estatutaria. No sólo la Junta Médica participó, también numerosas asociaciones como el Colegio Médico de Cundinamarca, la Asociación Colombiana de Hospitales, varias universidades (CES, Universidad Externado de Colombia, Universidad del Bosque), Pacientes de Colombia, la Asociación de Pacientes de Alto Costo, la Asociación de Usuario de Pacientes VIH/Sida, etc. Estas iniciativas evidencian una nueva tendencia en las relaciones de poder: estos actores que no estuvieron involucrados en el diseño de la Ley 100, en la formulación de la Ley Estatutaria asumen un nuevo liderazgo y buscan alcanzar nuevos fines, de manera que la Ley 100 deba adaptarse, para encajar en los objetivos que persiguen estos nuevos actores.

La conversión en este caso, ocurre por medio de la lucha política que cuestiona los propósitos a los que debe orientarse la Ley: si hacia la consideración de la salud como un derecho fundamental, o hacia la sostenibilidad financiera a través de la eficiencia.

Especialmente relevante en este punto, es cómo la brecha entre lo plasmado en el diseño de la Ley 100 y su ejecución se reflejó en las consecuencias no deseadas. Algunas de estas consecuencias indeseadas o no calculadas en la formulación fueron:

- a) que las EPS se asociaran y en lugar de competir entre ellas, cooperan a través de ACEMI, cuya misión es “la de promover, apoyar, proteger, representar e integrar la iniciativa privada, en especial de sus asociados, en el aseguramiento y gestión de planes de beneficios en salud, como instrumento legítimo y fundamental para el desarrollo del sistema de salud colombiano”⁴⁶.
- b) Se esperaba eliminar gradualmente el subsidio a la demanda que recibían los hospitales, pero esto no ha sucedido pues hay zonas recónditas del país donde no llega ninguna EPS o IPS privadas a competir por la baja densidad poblacional, lo cual no las hace rentables.
- c) Se esperaba que el régimen contributivo superara al subsidiado, y ha sucedido justamente lo contrario.
- d) Las EPS crearon numerosas barreras de acceso, lo cual va en detrimento de la calidad del servicio.
- e) Durante ocho años los precios de los medicamentos estuvieron desregulados, lo cual disparó de manera crítica los gastos hasta llevar el sistema prácticamente a la quiebra.
- f) Y por último, el Estado no ha cumplido cabalmente su rol de regulador y vigilante del sistema, responsabilidad necesaria para que el mercado funcione adecuadamente.

Estas consecuencias no deseadas del diseño institucional han ofrecido oportunidades para una lucha interpretativa en torno a la Ley 100, pues las ambigüedades han proporcionado espacio para la controversia sobre cómo ésta debe ser interpretada y aplicada; de ahí que haya sido la jurisprudencia de la Corte Constitucional la que ha dirimido esta lucha interpretativa, transformando paulatinamente la manera como se implementa la Ley con base en la exégesis que ha establecido a la salud como derecho fundamental. En consecuencia, los oportunistas asociados al cambio por conversión, serían en este caso los jueces y magistrados, quienes explotan todas las posibilidades que existen dentro del sistema prevaleciente para reorientar la ley a nuevas funciones, por lo tanto, son quienes han explotado las ambigüedades para interpretar la Ley en beneficio de los usuarios.

⁴⁶ <https://www.acemi.org.co/index.php/inicio-acemi/acerca-de-acemi>

Capítulo 3

Caso Ecuador

En este capítulo se aborda el caso ecuatoriano, y se seguirá la siguiente organización: En primer lugar, describo el contexto, considerando las dimensiones políticas, económicas y los factores externos. A continuación, caracterizo el sistema de protección social vigente en el país; luego, reconstruyo los eventos a partir del punto A (el intento de reforma de inicios de los noventas), y el punto B (la reforma del Gobierno Correa).

3.1. Contexto político, económico y factores externos (1990-2015)

En la década del ochenta, Ecuador, al igual que los demás países de la región, debió padecer la crisis de la deuda externa⁴⁷ luego que esta se tornara inmanejable, por el aumento desmesurado de los intereses y el descenso de los precios del petróleo. Ante tal panorama, el país se vio obligado a efectuar ajustes estructurales que le permitieran cumplir con sus pagos. Esto llevó a un recorrido con altibajos para la aplicación del modelo neoliberal en el Ecuador. Durante el periodo presidencial de León Febres Cordero (1984-1988) se realizaron avances en algunas medidas neoliberales, como simplificar las tasas de cambio (lo cual mejoró las divisas de las exportaciones) y liberar las tasas de interés bancarias. No obstante, y citando a Espinosa:

No hubo ni liberalización del comercio, a través de una reducción de aranceles, ni privatizaciones de activos estatales, ambos elementos claves para el modelo neoliberal. Febres Cordero no pudo aplicar el modelo pro-mercado por la oposición que enfrentaba por parte del bloque progresista que había obtenido la mayoría en el congreso (2010, 686).

En 1992, Sixto Durán-Ballén ganó la presidencia, anunciado cambios radicales en el país. No obstante, acabó su gobierno logrando muy poco de una ambiciosa agenda que había planteado. Luego, vendría un periodo convulso de inestabilidad política, en

⁴⁷ Concretamente, a inicios de esta década, el país adeudaba 5.1 mil millones de dólares. Ocho años después, había crecido la deuda a 11 mil millones, de tal modo que pagarla, equivalía al 33% del presupuesto estatal (Espinosa, 2010: 699). A partir de 1982 sucedió un hecho inédito, los acreedores se organizaron a través del club de París y el FMI entró a mediar entre estos y los países latinoamericanos cuyas deudas no podían pagar. Así, el FMI exigía ajustes fiscales como reducir el gasto fiscal para que los países pudieran pagar sus deudas.

el que se sucedieron dos presidentes destituidos, la falta de credibilidad en las instituciones junto con una grave crisis económica. El primer presidente que debió abandonar su cargo prematuramente fue Abdalá Bucaram, quien ganó las elecciones en 1996 e intentó seguir una ruta neoliberal, al tratar de privatizar algunas empresas de telecomunicaciones. De acuerdo a:

[Dado] el estilo populachero de Bucaram, los graves escándalos de corrupción, especialmente el cobro de sobornos en las aduanas, generaron un fuerte rechazo entre las clases medias quiteñas y varios empresarios. Los excesos de Bucaram aglutinaron a los estratos medios y altos de Quito en una manifestación de decenas de miles de personas que salieron a las calles para tumbar al presidente. Cuando los políticos de los otros partidos vieron la extrema vulnerabilidad de Bucaram optaron por declarar su “incapacidad mental para gobernar” en una sesión del congreso y lo destituyeron (Espinosa 2010, 692).

Luego de que Bucaram huyera a Panamá, el Congreso designó a Fabián Alarcón como presidente interino aunque fuera la vicepresidente, Rosalía Arteaga, quien debía haber reemplazado a Bucaram. Dada la crisis institucional, en 1998 se estableció una Asamblea Constitucional. La Constitución que de allí surgió, buscaba superar la ya tradicional confrontación presidencia-congreso a través del fortalecimiento del ejecutivo, y concomitantemente, el debilitamiento de las facultades legislativas⁴⁸. Además, definió a Ecuador como un país multicultural y pluriétnico⁴⁹, descentralizado⁵⁰ y de desarrollo sustentable. Esta nueva Constitución:

Era muy avanzada, dejando atrás las utopías desarrollistas y nacional populistas de décadas anteriores. El sueño del progreso a rajatabla, la homogeneidad mestiza, el estatismo y el anhelo de una unidad nacional sustentada en la centralización fueron destronados como expectativas colectivas. Se trataba de una constitución congruente con un mundo globalizado en el que la Nación-Estado se había visto debilitada por fuerzas que operaban a nivel mundial y resurgentes identidades étnicas y regionales

⁴⁸ No obstante, aunque se buscaba solucionar el problema del bloqueo con las nuevas disposiciones de la constitución del 1998, esto en realidad no sucedió, puesto que los presidentes que se eligieron con esta constitución no eran de los partidos políticos mayoritarios o fuertes (Espinosa,2010: 718).

⁴⁹ Aquí, cabe agregar que el movimiento indígena fue un motor importante para la reforma política que consideraba el país como plurinacional y pluriétnico.

⁵⁰ El proceso de descentralización ya se había iniciado con la Ley de Descentralización del Estado de 1997. Es importante señalar también, que la descentralización no funcionó como se esperaba dadas las limitaciones financieras al depender principalmente de los recursos centrales del Estado.

que clamaban por el reconocimiento y el derecho a la diferencia (Espinosa 2010, 693-694).

En 1999, con Jamil Mahuad⁵¹ en el poder, Ecuador sufrió uno de sus peores años en materia económica⁵². La crisis que sufrió el país tuvo múltiples causas, una de las principales fue la Ley de Instituciones Financieras de 1994, la cual le permitió a los bancos reducir las reservas que debían tener para garantizar los retiros. También se dio un libre flujo de capitales, lo que permitió la salida de patrimonio durante la crisis. Adicionalmente, se adjudicaron préstamos de alto riesgo a empresas vinculadas a los bancos. A finales de 1998, ante el inminente colapso de los bancos, se aprobó la Ley de Garantía de Depósitos, otorgando respaldo estatal a los depósitos de los clientes si el sistema entraba en crisis, es decir: el Estado se comprometía a amparar los depósitos de los ahorradores con fondos públicos.

Este negro panorama coincidió con la caída de los precios del petróleo y la crisis global financiera del 1998 que afectó al país, dada la disminución de la demanda extranjera de sus productos y la reducción de las inversiones extranjeras. Para inicios de 1999, varios bancos debieron ser salvados por el Estado, situación que produjo una oleada de ahorradores retirando dinero de los bancos que todavía estaban en pie. Ante esta situación, Mahuad estableció el llamado Salvataje Bancario, el cual consistió en impedir que los clientes retiraran su dinero congelando los depósitos. Para mediados de 1999, dieciocho bancos, de treinta y dos, habían quebrado y fueron asumidos por el Gobierno. En septiembre de ese año, el Estado debió declararse en suspensión de pagos de la deuda externa, ya que el nivel de gasto era insostenible, alcanzando al déficit. Tal declaración cerró la posibilidad de acceder a créditos internacionales a corto plazo.

⁵¹ En el gobierno de Mahuad en 1999 se implementó el Bono de la Pobreza, como medida para disminuir la pobreza.

⁵² Para autores como Espinosa: “muchos de los problemas que enfrentó la economía en ese momento no eran directamente atribuibles a las reformas neoliberales, sino a la supervivencia de los legados de la época desarrollista. La deuda externa era una onerosa carga que fue acumulada inicialmente para financiar el modelo desarrollista. Otros aspectos del anterior modelo desarrollista que se mantenían como obstáculos al crecimiento eran los malos servicios estatales, como la telefonía y la electricidad, el paternalismo estatal que desalentaba la iniciativa privada, y monopolios de grupos empresariales en ciertos sectores de la economía. El rentismo, que hacía que los empresarios miraran al Estado para obtener ayuda, era otro de los legados del desarrollismo y fue uno de los detonantes de las crisis económicas de esta época” (2010: 703).

Posteriormente, Mahuad trató de estabilizar la economía mediante una medida drástica: la dolarización. Esto supuso la imposibilidad estatal de imprimir moneda. Todo empeoró cuando se conoció que la campaña de Mahuad había recibido dineros de un banquero, con lo cual, se dedujo que durante la crisis, el presidente había actuado para favorecer y proteger a la banca. Este proceso derivó en un estallido social con protestas masivas que pedían la renuncia de Mahuad. Para inicios de enero del año 2000, luego de enfrentamientos y de la ocupación del palacio de Carondelet por parte de organizaciones indígenas y oficiales del ejército, Mahuad dejó el poder y Gustavo Noboa lo reemplazaría.

En las elecciones de 2002, fue evidente el desgaste de los partidos tradicionales, asociados con la corrupción y la reciente crisis económica, por lo cual, para la primera vuelta, dos *outsiders* antipolítica fueron los que se impusieron: Lucio Gutiérrez (PSP) y Álvaro Noboa (Prian). La victoria finalmente sería para Gutiérrez, quien superó al multimillonario Noboa. Al parecer, Gutiérrez ganó porque aprovechó el liderazgo adquirido durante el golpe del 21 de enero, y además, por ser oficial del ejército, ya que las Fuerzas Armadas contaban con el apoyo popular y tenían buena imagen:

A diferencia de otros países latinoamericanos, donde la imagen de los militares está asociada a la violencia y a la violación de los derechos humanos, en el Ecuador, que también ha atravesado por períodos dictatoriales, se asocia a las Fuerzas Armadas con un imaginario de orden, estabilidad y equilibrio, manteniendo incluso un mayor nivel de credibilidad y legitimidad por sobre otras instituciones públicas (Pazmiño 2005, 31-32).

Lucio Gutiérrez fue un presidente bastante estratégico: por un lado se alió con el movimiento indígena Pachakutik y con otros movimientos sociales para lograr su triunfo en las elecciones y, cuando fue presidente, se sintonizó rápidamente con los partidos tradicionales (a quienes había criticado duramente durante su campaña). Buscó una relación armónica con el FMI, implementó medidas de tipo neoliberal y estableció un vínculo amigable con Estados Unidos⁵³. Con tales medidas se distanció de los ideales del movimiento Pachakutik, por lo cual, éste se convirtió en la oposición. Su comportamiento evidenciaba la incoherencia ideológica y las

⁵³ Además inició el proceso para concretar el TLC con EEUU.

contradicciones de su gobierno en relación a sus promesas de campaña.

Adicionalmente, el gobierno de Gutiérrez también fue acusado de clientelismo, nepotismo y corrupción, dado que otorgó a familiares, amigos y allegados militares numerosos puestos públicos. Se conocieron, entre otras muchas irregularidades, escándalos, denuncias y abusos de todo tipo, sucedidas durante su mandato. Sin embargo, un hecho fue particularmente grave, dado que rompía totalmente con el orden democrático y constitucional: para finales de 2004 y con ayuda de una mayoría gobiernista en el Congreso (basado en una alianza PSP, PRE y Prian), destituyó a los miembros del Tribunal Constitucional, del Tribunal Supremo Electoral y a los magistrados de la Corte Suprema de Justicia. En esta última corte, nombró a jueces relacionados con la alianza gobiernista, quienes anularon los procesos judiciales en contra de Abdalá Bucaram, Gustavo Noboa y Alberto Dahik.

Este conjunto de arbitrariedades generó una ola de rechazo ciudadano, alimentada también por movimientos de ideales izquierdistas y anti-neoliberales. Inicialmente, ocurrieron manifestaciones fragmentarias y de “carácter espontáneo” dado que no fueron convocadas por algún líder o partido político específico (Pazmiño 2005). Pero paulatinamente, una emisora radial, Radio La Luna empezó a reunir las quejas, inconformidades y malestares de la clase media quiteña no sólo en relación a Gutiérrez sino contra todo el aparato estatal, las cuales se sintetizaron en la consigna “¡Que se vayan todos!” (alcaldes, concejales, asambleístas, prefectos y presidente incluido). Gutiérrez reaccionó denostando de los “forajidos”, es decir, de sus opositores. Entonces, la multitud indignada decidió autodenominarse precisamente “Los Forajidos”. Juntos construyeron una identidad colectiva y lograron cohesión. Posteriormente, se declaró el estado de emergencia.

A partir de este suceso, se desató una ola de protestas, conflictos, manifestaciones y encuentros violentos entre partidarios de Gutiérrez traídos de la costa y opositores de la sierra. El 20 de abril de 2005, el presidente abandonó Carondelet en un helicóptero. Simultáneamente, dado el panorama de violencia y caos, el Congreso destituyó a Gutiérrez por abandono del cargo y el vicepresidente Alfredo Palacio fue nombrado como su sustituto. Como afirma Pazmiño, la crisis del gobierno de Gutiérrez “puso en evidencia [...] un problema enraizado en la democracia de nuestro

país: la crisis del sentido de representatividad de los ciudadanos en las instituciones democráticas, en las organizaciones partidistas, en los ‘políticos de siempre’ y en nuestros gobernantes” (Pazmiño, 2005). La crisis provocada por Gutiérrez reflejó las debilidades de la democracia delegativa, y especialmente, de los partidos políticos, llamados a ser intermediarios entre las demandas de la sociedad civil y el Estado, pero cuya corrupción, clientelismo y búsqueda de intereses propios los deslegitimó profundamente. Tras varios asilos políticos, Gutiérrez regresó a Ecuador en 2005 y fue llevado a prisión, siendo absuelto posteriormente, en marzo de 2006. Alfredo Palacio estuvo año y medio en el poder. Durante su gobierno, estableció la Ley 42, la cual obligaba a las empresas petroleras a compartir las ganancias del alza de los precios del petróleo con el Estado. Dichas ganancias fueron denominadas extraordinarias, porque superaban lo estipulado en los contratos. En la parte final de su mandato, Palacio impulsó y aprobó la política denominada Aseguramiento Universal en Salud (AUS), la cual estaba planteada con base en un diseño del sistema de aseguramiento nacional del consorcio CARE-Johns Hopkins University en 2004.

El AUS establecía un periodo de 10 años para integrarse al IESS, y alcanzar como meta el aseguramiento obligatorio nacional. Su propósito central era ofrecer un acceso efectivo a un plan de beneficios de salud, basado en la atención primaria, para la población más pobre. El financiamiento del AUS vendría de recursos del gobierno central, créditos internacionales, y, posteriormente, se esperaba recibir las contribuciones de la población de los quintiles tercero, cuarto y quinto. Los proveedores podían ser públicos o privados, y se les pagaría con base en servicios prestados, y por el logro de metas de calidad. El AUS estuvo a punto de iniciar su implementación, y de hecho ya se contaba con instrumentos técnicos y plan piloto listos para ejecutarse, pero el proceso se paralizó con la llegada al poder de Rafael Correa en el 2006, quien reemplazó el AUS por el Plan de Aseguramiento en Salud (PAS), adscrito a la Subsecretaría de Extensión de Protección Social en Salud del MSP. Al principio, el PAS contribuyó a la financiación para las entidades que estaban implementado el plan piloto de aseguramiento local en tres ciudades: La Corporación Metropolitana de Salud en Quito, Fundación para el Aseguramiento Popular en Materia de Salud en Guayaquil, y la Corporación de Salud de Cuenca. No obstante, en el 2008 se anunció que no se seguiría apoyando ésta política. Con la terminación del PAS, los programas municipales de aseguramiento se quedaron sin apoyo financiero y

técnico, lo cual las condenó a una rápida desaparición.

En las elecciones de 2006, el economista Rafael Correa se impuso con un discurso neopopulista de izquierda e imagen de *outsider*. Esto le garantizó el triunfo en la segunda vuelta y en la víspera de su posesión, en Zumbahua, anunció la llegada oficial del “socialismo del siglo XXI”. Ya desde su campaña, Correa había anunciado que convocaría una Asamblea Constituyente, por lo cual, ya en su mandato, solicitó un referéndum cuya respuesta fue contundente: el 81% de la población votó a favor. La conformación de la Asamblea mostró el ocaso de los partidos tradicionales y a la vez, la demanda de la ciudadanía por un cambio en el horizonte político. De esta manera, el partido de Correa, Alianza País, logró 80 de los 130 escaños disponibles, convirtiéndose en la mayoría de la Asamblea. La nueva Carta Magna que de allí surgió, evidencia un cambio económico, en relación al modelo neoliberal que tanto cuestionó Correa. De hecho, la nueva Constitución posiciona al Estado como motor de la economía, resalta el rol estatal en el control de sectores estratégicos (petróleo, telecomunicaciones, agua), busca un modelo económico que logre equidad y desarrollo sustentable (con base en la idea del *sumak kawsay* o buen vivir). La Constitución también realiza un gran aporte en términos de reconocimiento de derechos y concreta mecanismos de contrapesos y control entre los diferentes poderes estatales. No obstante, el Ejecutivo resultaba particularmente fortalecido pues amplía las competencias y atribuciones presidenciales.

Otra de las promesas de Correa durante su campaña, fue regular el sector financiero⁵⁴ que tantos estragos había causado en 1999. Ya como presidente, propuso la Ley de Justicia Financiera, que establecía fuertes regulaciones a la banca, disminuyendo sus tasas de interés y las comisiones que cobraban por su intermediación. Correa, de igual modo, buscó la manera de disminuir la pesada carga de la deuda externa y renegoció los contratos petroleros. Este ajuste mejoró sustancialmente el porcentaje recibido por el Estado por cuenta de los ingresos petroleros. Otros aspectos sobresalientes los constituyen el mejoramiento de los subsidios para los grupos más desfavorecidos (aumento del Bono de Desarrollo Humano, el bono de vivienda, etc.) y una mejor

⁵⁴ Como parte de este proceso, también impulsó procesos para judicializar a los banqueros responsables de la crisis del 99. Por ello se incautaron empresas de propiedad de los bancos involucrados y se establecieron procesos penales.

recaudación de impuestos.

Finalmente en el plano económico, cabe resaltar que durante el inicio del gobierno de Rafael Correa contó con la ventaja económica del alto precio del petróleo, fruto del ya descrito *boom de los commodities*, que en junio de 2014 alcanzó el el precio del petróleo más alto, \$115 dólares por barril, lo que significó recursos generosos para invertir en gasto social e infraestructura. No obstante, el precio del petróleo comenzó a caer vertiginosamente a partir de diciembre del 2014 dando fin al *boom*. De hecho, la crisis del petróleo ha afectado la economía al depender el país de esta exportación y al bajar los precios de una manera drástica, como en febrero de 2016 cuando llegó el barril a \$26.

En cuanto a los factores externos, desde la década del setenta y hasta el año 2000, la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), fue una de las agencias de cooperación clave para el sector salud en Ecuador, como lo manifiesta Sasso:

Entre la década de los setenta y hasta el 2000, la OMS/OPS promovió la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), coherente con la construcción del sistema de salud que se buscó construir desde los setentas. Asimismo, la OPS cubrió, a través de sus técnicos, un vacío de conocimiento que existía en el país en aquella época y que fue asumido por ecuatorianos ya en los ochenta cuando aumentó la formación de cuarto nivel en los médicos y enfermeras (2013, 83).

Para la década del noventa, la participación de la OMS/OPS, como en toda la región, había pasado a un segundo plano, y la banca internacional había asumido el liderazgo de las reformas del sector salud. Sin embargo, en Ecuador la OMS mantuvo un fuerte protagonismo. Así lo planteaba uno de los entrevistados “para los Colegios Médicos y la Federación, el Banco Mundial está en negativo, los sectores progresistas se oponen a todo lo que dice el Banco Mundial, pero se ha sacralizado el discurso de OPS, si ellos dicen que hay que reducir la seguridad social, eso es lo que hay que hacer, y eso permea y determina toda la discusión” (Ex funcionario del IESS, entrevista a la autora, Quito, 15/02/2015).

Efectivamente, durante el periodo de discusión de la reforma e incluso en iniciativas más allá de ese momento, la OMS/OPS ha sido fundamental, pues como lo afirma Victoria:

Ha brindado cooperación técnica especializada y apoyo político, movilizador de recursos y de opinión. [...] durante el periodo 1996-2006, trabajó en dos tareas cruciales de la reforma: la elaboración y ejecución de las Leyes de Maternidad Gratuita, Atención a la Infancia y del Sistema Nacional de Salud; así como la elaboración del modelo conceptual y parte de los instrumentos del aseguramiento universal (2007, 299).

Durante la discusión de la reforma, este organismo participó, a través de sus consultores, en la Sub-Comisión Técnica (de la Comisión Biministerial) y del Conasa⁵⁵. Del mismo modo, hizo parte de numerosos foros y de los dos Congresos por la Salud y la Vida, del Consejo Político de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia-Comité Asesor Técnico (Lmgyai-CAS), del Directorio del Conasa, de discusiones al interior de la Secretaría de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Sodem), del MSP, de la presidencia y del Consejo de Ministros (Victoria 2007, 230).

Cabe resaltar que en el país, se aplicó una modalidad de apoyo a la reforma en 1995 que consistía en misiones interprogramáticas de análisis y programación, en las cuales y de acuerdo a la OPS:

Funcionarios de la Secretaría y de la Representación de la OPS/OMS en cada país, han revisaron con las autoridades y contrapartes nacionales los respectivos procesos de RSS. [...] En el caso del Ecuador, se promovió además una sesión del gabinete social conducida por su Vicepresidente y con la participación de los ministros correspondientes y del Director de la OPS. Esa oportunidad se dedicó a una revisión de alto nivel sobre el papel de la salud en el proceso del desarrollo ecuatoriano (2008, 11).

Un antecedente importante de la OPS/OMS fue la resolución aprobada en septiembre de 1995 en la Cumbre de las Américas de Washington D.C., en la que se invitaba “a

⁵⁵ En agosto de 1995, George Alleyne, el director de la OPS llegó al Ecuador para mantener reuniones con el Conasa y analizar las reformas (29 de agosto de 1995, El Comercio).

los gobiernos miembro que otorguen atención prioritaria a los procesos de reforma del sector salud con miras a alcanzar mayor equidad, eficiencia y efectividad en las acciones del sector” (OPS/ OMS, 1995). Luego de debatir sobre los avances de las reformas en la región, se llegó a la conclusión de reunir en cinco principios rectores (equidad, eficiencia, efectividad, calidad, sostenibilidad y participación social) los cambios y el monitoreo constante de los sistemas de salud. Esta resolución surgía de la preocupación del organismo, por el carácter excesivamente economicista y orientado por criterios eficientistas de las reformas que se estaban implantando en la región.

Con respecto al Banco Mundial, este financió dos proyectos en el área de salud que vale la pena resaltar: el Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud en el Ecuador (Fasbase) y el proyecto de Modernización de los Servicios de Salud (Modersa). Ambas iniciativas nacieron como parte de la llamada “Lucha contra la pobreza” del Banco Mundial, fundamentada en tres pilares: descentralización, privatización y focalización (CAIC 2008, 3). El programa Fasbase se ejecutó desde 1992 hasta 2001, y buscaba:

Asegurar la atención de salud para dos millones de ecuatorianos desprovistos de atención, que viven en condiciones de pobreza y por tanto, en riesgo de enfermar y morir por problemas susceptibles de prevención o tratamiento precoz, por un sistema de servicios básicos de salud eficaz, de calidad y bajo costo (MSP, BIRF, OPS/OMS, 1992).

El costo total del proyecto fue de 102,2 millones de dólares y se planificó para un período de siete años, iniciando en 1993 (World Bank, 1992). Las fuentes de financiamiento fueron el Gobierno Nacional, con 31,7 millones y el Banco Mundial, con un préstamo de 70 millones de dólares. Por su parte, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) aportó 0,5 millones.

Según el documento web del Banco Mundial: *Social Development II: Health and Nutrition (Fasbase)* (World Bank 2017), el proyecto se basaba en cuatro componentes principales:

- Un componente básico de atención en salud que apoyara al Programa de

Atención Básica del Ministerio de Salud para ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios básicos de atención de salud a los pobres. Este componente a su vez, se centró en intervenciones de salud materno- infantil e incluyó: a) equipos de atención en salud con base en el análisis costo-beneficio en los centros de salud locales, b) mejora de las instalaciones, y de los insumos médicos y medicamentos esenciales.

- El segundo es un componente nutricional que contenía subcomponentes de información, difusión y educación no formal, así como de monitoreo del crecimiento y atención suplementaria en alimentación. Las actividades financiadas incluían: campañas educativas para la buena nutrición en general, prácticas de alimentación y lactancia materna.
- En tercer lugar, un componente de saneamiento básico y agua potable que apoyó al Ministerio de Salud en el mejoramiento al acceso a servicios de agua potable y saneamiento en las zonas rurales.
- Por último, un componente de fortalecimiento institucional y sectorial que apoyó: a) el desarrollo de una base institucional para la descentralización, b) el desarrollo del personal, y c) los estudios dedicados a la mejora de los sistemas de coordinación interinstitucional, de recuperación de costos, la rehabilitación de hospitales, la evaluación del impacto de las actividades del proyecto y otras actividades en el sector de la salud pública.

Además, según la OPS, a través de este convenio de crédito con el Banco Mundial, “se financió la creación de una Unidad Coordinadora del Proyecto de Reforma (UCP), que actuaría de contraparte en dos estudios realizados a nivel internacional: Blue Print de la Reforma, a cargo de Lewin/Health Redesign Group y Stanford University y, Modernización de Hospitales, dirigido por Johns Hopkins University” (2008, 33).

Según Sacoto :

Es posible afirmar que el proyecto Fasbase alcanzó logros significativos para el Ecuador en su difícil trayectoria hacia la estructuración de un verdadero sistema de salud, que asegure la protección en salud para sus ciudadanos, especialmente los de menores posibilidades. Sin embargo, se debieron alcanzar más y mejores logros. El factor fundamental que limitó su consecución, fue el débil peso político que la salud tiene en el concierto nacional. Esto determina la inexistencia, hasta ahora, y pese a los

esfuerzos desplegados, de un proyecto nacional de salud que oriente las acciones del sector y aproveche de mejor forma recursos como los de este u otros proyectos (2013, 326).

El segundo programa apoyado por el BM, fue la Modernización de los Servicios de Salud (Modersa), llevado a cabo entre 1998 y 2007, con un costo aproximado de 65 millones de dólares. Para su ejecución, 45 millones fueron aportados a través de préstamos del BM. Se trataba de un proyecto que buscaba principalmente, ayudar a expandir el acceso y mejorar la calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios y ambulatorios, mediante el desarrollo de nuevos modelos de gestión, organización y financiamiento para el sector de la salud, en municipios y provincias específicamente seleccionadas (World Bank, 2007: 02). Durante su estructuración, se planteó que la población pobre sería la beneficiaria del proyecto, especialmente los niños menores de cinco años y sus madres. Modersa se articulaba a partir de los siguientes componentes:

- Sistemas de salud descentralizados: establecimiento de redes de servicios de salud descentralizados promovidos por las provincias y municipalidades. Su objetivo consistió en desarrollar programas de salud, especialmente para población materno-infantil, a través de proveedores públicos y privados. Dichos programas podrían incluir: rehabilitación y mantenimiento de infraestructura, equipos o suministros médicos, asistencia técnica para modernizar la organización de los servicios de salud y las prácticas de gestión, financiar la demanda de atención médica para apoyar la integración de proveedores públicos y privados y el uso de nuevos mecanismos de pago, entre otros.
- Modernización Hospitalaria: los subproyectos de esta área incluían incentivos para el apoyo técnico para modernizar la organización y las prácticas de gestión, desarrollo de mecanismos de gestión semiautónomos incluyendo la participación del usuario, fortalecimiento de habilidades para la planificación y la toma de decisiones y desarrollo de recursos humanos a través de la capacitación; también se extendían hacia la aplicación de sistemas de administración financiera y de información de gestión y calidad, sistemas de garantía, el desarrollo de nuevos mecanismos de asignación de recursos para la atención hospitalaria y la modernización de políticas y sistemas de

recuperación de costos, entre otros.

- Desarrollo de Políticas, Gestión de Recursos Humanos y Construcción de Consensos: este componente buscaba financiar la asistencia técnica en la elaboración de las políticas, leyes y reglamentos respectivos para proponer el papel regulatorio, las funciones consultivas y la supervisión del Ministerio de Salud. Igualmente, se pretendía desarrollar políticas y estrategias de recursos humanos, entre ellas, la formulación de enmiendas a la Ley de Servicio Civil y Código del Trabajo que rigen a los empleados del sistema de salud, y actualizar disposiciones sanitarias del código de salud existente, entre otras.
- Administración de proyectos: dirección de la ejecución general de Gestión del proyecto por unidades nacionales y locales.

Paralelamente, las reformas institucionales y políticas apoyadas por el proyecto fueron: la descentralización (delegación de responsabilidades políticas, económicas, administrativas, de poderes financieros de gestión y de las obligaciones del Gobierno Central a los gobiernos provinciales y municipales) y desconcentración (delegación de funciones administrativas y financieras del Ministerio de Salud a los directores de sus propios hospitales) en el sistema de salud. Para este objetivo, el proyecto apoyó el desarrollo de una serie de instrumentos: los de establecimiento de prioridades (por ejemplo, la definición de un programa de servicios esenciales de salud), los instrumentos económicos y financieros (entre ellos, los nuevos sistemas de generación y asignación de los recursos financieros), los de calidad (como los mecanismos de aseguramiento de la calidad), así como la configuración institucional de instrumentos (por ejemplo, el inicio de la conversión de las instalaciones públicas a entidades autónomas o semiautónomas, los mecanismos de contratación, los sistemas de información de gestión y los mecanismos de regulación). Valga mencionar que, además de lo anterior, el proyecto colaboró en la elaboración de las leyes y reglamentos respectivos para poner en funcionamiento las enmiendas aprobadas en la Constitución de 1998, y permitir la modernización y la descentralización del sistema de salud.

Según Sacoto (2013), los resultados significativos y positivos de este programa se pueden sintetizar en:

- La elaboración y ejecución inicial de Plan Nacional de Salud,

- concebido y diseñado participativamente desde espacios locales.
- La desconcentración de capacidades de gestión financiera y de recursos humanos a niveles administrativos y operativos de provincias y Áreas de Salud.
 - El diseño, sustentación jurídica e implementación inicial de una gestión participativa y autónoma de establecimientos de salud, a través de la constitución de comités de participación social y control de la gestión de salud, de comités de modernización en hospitales y Áreas de Salud. La implementación inicial de experiencias demostrativas de sistemas descentralizados de salud y modernización hospitalaria alcanzó buenos resultados.
 - La elaboración participativa de la Política Nacional de Recursos Humanos y las actividades iniciales de reingeniería institucional del MSP.
 - La preparación para la promulgación de la Ley del Sistema Nacional de Salud en el año 2002.
 - La realización de dos Congresos Nacionales por la Salud y la Vida, en 2002 y 2004.
 - El proyecto Modersa proporcionó, además, el financiamiento para la realización de estudios ejecutados con participación de CARE y la Universidad Johns Hopkins.

El Banco Mundial en su evaluación del proyecto, consideró que los resultados eran apenas “satisfactorios”, dados los siguientes obstáculos que perjudicaron su ejecución: la inestabilidad política, los numerosos ministros que pasaron por la cartera de Salud (ocho en total) y el cambio constante de personal en el MSP, especialmente en la coordinación del proyecto, pues este pasó por once coordinadores (World Bank, 2007: 5). Entre otras actividades, el Banco Mundial también apoyó la realización de seminarios (como el llevado a cabo en febrero de 1996 en Ibarra, para socializar las experiencias de reforma en otros países), y asesorías técnicas de apoyo a la sub-comisión técnica de la reforma de la Comisión Biministerial en 1995. Dichas actividades se realizaron con fondos provenientes del Fasbase, específicamente, de su componente de Desarrollo Institucional. Durante la discusión de la reforma de salud en 1995, el BM también tuvo presencia a través de la Comisión Interagencial de

Apoyo a la Reforma en el Ecuador (CIAR), conformada por asesores del BM, del BID, Usaid y la OPS/OMS.

Un poco más de desarrollo amerita el papel que tuvieron otros organismos internacionales y consorcios, durante la discusión de la reforma de 1994. Para empezar, en octubre de 1995, El BM también ofreció fondos para la realización de asesorías extranjeras, y como lo menciona Echevarría:

El Ministro de Salud, considerando que no hay experiencia técnica suficiente a nivel nacional, informa al Consejo de las gestiones de contratación de expertos internacionales para la preparación de lo que llamó *Blue Print*, con el apoyo del Banco Mundial, mediante fondos donados por el Gobierno de Japón al Ecuador a través del Banco, y un adelanto del nuevo proyecto (PPF-Modernización Hospitalaria) (1997, 42).

Con estos fondos, el MSP contrató a dos consultoras internacionales para apoyar el análisis del proceso de reforma: el Lewin y *Health Redesign Group* (asociado con Alan Enthoven de la Universidad de Stanford) por un monto de 400.000 dólares. Los resultados de esta consultoría aparecerían en mayo de 1996, titulado “Opciones para la Reforma del Sector Salud en Ecuador”, resultados que no fueron bien recibidos por los analistas locales, al considerarse descontextualizados de la realidad ecuatoriana y orientados por criterios netamente económicos y financieros.

El otro grupo técnico involucrado desde octubre de 1995 (por iniciativa del Ministro de Salud, quien también presidía el Conasa), fue una Comisión de Expertos en Reforma al sector salud de la Universidad de Harvard, encabezada por el famoso académico William Hsiao. Lo interesante es que este grupo presenta una propuesta, pero es rechazada por sus altos costos (un millón ochocientos mil dólares). El Banco Mundial por su parte, y para aumentar su participación en el proceso, financia la creación de la Unidad Coordinadora del Proyecto de Reforma (UCPR) conformada por analistas ecuatorianos, como contrapunto a los estudios internacionales contratados (Echeverría 1997, 43). No obstante, luego de cuatro meses de funcionamiento, en marzo de 1996 se acaba con este grupo el cual, nunca planteó ninguna propuesta alternativa a las de las consultoras norteamericanas (Echeverría

1997, 47).

En lo referente al BID, esta fue una de las instituciones más cercanas al proceso de formulación de la reforma, ya que desde diciembre de 1993 manifestó su interés por apoyar proyectos para el fortalecimiento institucional del MSP y el desarrollo del sector salud (Echeverría 1997, 38). Más aún, el BID apoyó y participó en el Seminario-Taller sobre Reforma del Sector Salud y contó con consultores en la Comisión Biministerial, en la subcomisión.

3.2 Sistema de protección social

A continuación, se describe la normativa general que regula el sector y las características generales del sistema, que se encuentra implementándose actualmente. En la Constitución de 2008, los siguientes artículos se relacionan directamente con el derecho a la salud:

Artículo 32: La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos [...] El Estado garantizará el derecho a la salud mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva; el derecho a la salud se rige por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética y enfoque de género y generacional (Constitución de la República del Ecuador, 2008: 17).

Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. [...] Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios (Constitución de la República del Ecuador, 2008: 111).

Art. 369. El seguro universal obligatorio cubrirá las contingencias de enfermedad, maternidad, paternidad, riesgos de trabajo, cesantías, desempleo, vejez, invalidez, discapacidad, muerte y aquellas que defina la ley. Las prestaciones de salud de las contingencias de enfermedad y maternidad se brindarán a través de la red pública integral de salud. El seguro universal obligatorio se extenderá a toda la población

urbana y rural, con independencia de su situación laboral. Las prestaciones para las personas que realizan trabajo doméstico no remunerado y tareas de cuidado se financiarán con aportes y contribuciones del Estado. La ley definirá el mecanismo correspondiente. La creación de nuevas prestaciones estará debidamente financiada (Constitución de la República del Ecuador 2008, 112).

Art. 370. El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, entidad autónoma regulada por la ley, será responsable de la prestación de las contingencias del seguro universal obligatorio a sus afiliados (Constitución de la República del Ecuador 2008, 113).

Art. 373. Los seguros públicos y privados, sin excepción, contribuirán al financiamiento del seguro social campesino a través del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (Constitución de la República del Ecuador 2008, 114).

Cabe resaltar como una característica relevante del modelo de salud ecuatoriano, el enfoque pluricultural, que implica el reconocimiento de la medicina tradicional y su promoción. En cuanto a la organización del sistema, coexisten el sistema público y el privado. El primero está compuesto por el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), el Servicio de Salud de las Municipalidades, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS, que incluye también el Seguro Social Campesino), el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional⁵⁶. Cada una de estas instancias está orientada a un tipo de población: el IESS se enfoca en cubrir a las personas asalariadas, independientes y amas de casa; el MIES y las municipalidades ofrecen servicios a personas no aseguradas, además de implementar programas para población vulnerable; mientras que el MSP proporciona servicios de salud a toda la población. El segundo sector, es decir el privado, está compuesto por la red hospitalaria, consultorios, farmacias, etc. por seguros privados y de medicina prepagada (orientada hacia el lucro) y otras instituciones como ONG's y asociaciones civiles, sin ánimo de lucro.

⁵⁶ Un punto importante fue la expedición de la Ley de Seguridad Social de las FF.AA. el 7 de agosto de 1992, publicada en el Registro Oficial No. 995 de la misma fecha, la cual establecía la separación de las Fuerzas Armadas del IESS; con este paso, podrían mantener su régimen diferenciado en caso de que la privatización ocurriera, además de que el Estado debía seguir asumiendo los beneficios de este grupo.

En relación a la financiación, el artículo 366 de la Constitución ecuatoriana determina que

El financiamiento público en salud será oportuno, regular y suficiente, y deberá provenir de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado. Los recursos públicos serán distribuidos con base en criterios de población y en las necesidades de salud. El estado financiará a las instituciones estatales de salud y podrá apoyar financieramente a las autónomas y privadas siempre que no tengan fines de lucro, que garanticen gratuidad en las prestaciones, cumplan las políticas públicas y aseguren calidad, seguridad y respeto a los derechos. Estas instituciones estarán sujetas a control y regulación del Estado (Constitución de la República del Ecuador 2008, 65).

Básicamente, el IESS se financia por un aporte individual obligatorio de los afiliados, otro aporte de los empleadores y un aporte del Estado, y su naturaleza es descentralizada, con autonomía normativa, técnica, administrativa, financiera y presupuestaria, cuyo objetivo es la prestación del Seguro General Obligatorio (Ley de Seguridad Social). Otros tipos de seguros como el campesino, el ISSPOL, ISSFA suponen una diferenciación en el carácter, el tipo de aporte y la fuente del aporte. La administración, recolección, distribución, planificación y ejecución de recursos esta directamente a cargo del Gobierno, bajo la responsabilidad del Ministerio de Finanzas, entidad que está a cargo de los recursos fiscales provenientes de ingresos petroleros, impuestos y aranceles, prestamos, donaciones, etc.

En cuanto a los medicamentos, existe

un mercado regulado con un esquema de fijación de precios que incluye diversos rubros que inciden de manera problemática en el costo final del producto (sistema de salud ecuatoriano), de tal modo que la regulación de precios por parte del Estado permite que estos sean accesibles a la población[...] También ha establecido acuerdos bilaterales con productores de biológicos como Cuba e impulsado la producción nacional de estos insumos a través de una empresa pública recientemente creada (Enfarma) y de laboratorios radicados en el país. A través de la nueva ley de compras públicas ha promovido asimismo subastas

voluminosas para abaratar ofertas con miras a un futuro acuerdo de compra global entre las instituciones públicas (Lucio 2011, 184).

La normativa que rige el sistema, se basa primordialmente en La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (LOSNS) de 2002, la Ley de Seguridad Social 2001, y la Ley de Seguridad Social, las cuales son las tres principales leyes que regulan el sistema de salud ecuatoriano. No obstante, cabe resaltar que con la promulgación de la Constitución, el Gobierno ha venido trabajando para actualizar el cuerpo normativo, para que esté en completa sintonía con la Carta Magna.

La autoridad sanitaria, en tanto encargada del control, la regulación, evaluación, coordinación y provisión de servicios, recae en el Ministerio de Salud Pública, por lo tanto, regula las entidades prestadoras de servicios de salud del ámbito público y privado. Junto con el MSP, otras entidades también participan en el monitoreo del sistema, como la Contraloría, la Superintendencia de Compañías (para entidades privadas con fines de lucro), y la Superintendencia de Bancos y Seguros. Otro organismo de reciente creación, es la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria (ARCSA), la cual está orientada a regular y controlar los procesos relacionados con el consumo humano, en ese orden de ideas, monitorea las condiciones higiénico-sanitarias de tal forma que puedan tener altos estándares de calidad y seguridad. Vale resaltar que “El MSP tiene una Dirección de Salud en cada provincia y en su interior áreas de salud que son circunscripciones geográfico-poblacionales. Estas áreas funcionan como unidades de desconcentración programática, administrativa y presupuestaria de las cuales dependen los servicios básicos de salud (Lucio 2011, 184)”. Asimismo, el Estado ecuatoriano creó el Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social, organismo que coordina, articula y monitorea las políticas ministeriales, en aras de la búsqueda del desarrollo social. Para terminar este apartado, cabe aclarar que más adelante se profundizará con más detalle en los procesos de transformación del sistema de protección social en salud durante el Gobierno de Rafael Correa.

3.3 Ventana de oportunidad de no cambio

3.3.1 Punto A: Intento de reforma a inicios de los noventa

Durante la década del ochenta, Ecuador al igual que los demás países de la región,

debió padecer la crisis de la deuda externa⁵⁷, luego que esta se tornó inmanejable por el aumento desmesurado de los intereses y el descenso de los precios del petróleo. Con Sixto Durán Ballén en el poder (1992-1996), se buscaba implementar un paquete de reformas como la liberalización del sistema financiero para el libre flujo de capitales, y el establecimiento del Conam (Consejo Nacional de Modernizaciones), y avanzar en las privatizaciones, la modernización del Estado y la descentralización administrativa. Dentro del Conam, se conformó a su vez, 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 1994, el entonces presidente del Conam, Mauricio Pinto, presentó al presidente un programa de catorce puntos como esquema de modernización del Estado y que abarcaba algunas privatizaciones (Ecuatoriana de aviación, telecomunicaciones, el sector eléctrico), concesiones (servicios portuarios, registro civil), desmonopolizaciones y reformas (seguridad social y educación). Como se puede apreciar, en Ecuador no había una crisis generalizada, sino un cambio de gobierno, como etapa normal del sistema electoral. Así, el candidato ganador traía un programa de reformas y nuevas iniciativas, que había prometido en campaña, y éste hecho abrió la ventana de oportunidad.

Corriente Política

Considerando lo descrito previamente, evidentemente la tendencia ideológica del gobierno de Sixto Durán-Ballén era de tipo neoliberal y de derecha. Este arquitecto graduado en la Universidad de Columbia, tenía muy claro que el rol del Estado era regular la economía y los diversos mercados, mientras que el rol privado era el de ofrecer servicios.

En cuanto al equilibrio de fuerzas, se debe mencionar el pulso que mantuvieron las organizaciones sindicales con el gobierno al manifestarse en contra de la ola “privatizadora”. Un punto muy importante en este proceso fue la movilización en contra de la reforma de los sindicatos del Iess, la Federación Médica Ecuatoriana, la Federación de trabajadores de la Salud, y las asociaciones de los Colegios de Médicos. Aunque el Seguro Social tenía poca cobertura, contaba con un grupo de beneficiarios dispuesto a defenderlo: las organizaciones campesinas y movimientos políticos como

⁵⁷A inicios de la década del ochenta, el país adeudaba 5.1 mil millones de dólares, ocho años después, había crecido la deuda a 11 mil millones, de tal modo que pagarla, equivalía al 33% del presupuesto estatal (Espinosa, 2010: 699).

el MPD y Pachacutik, quienes apoyaban al Seguro Social Campesino: Así se evidencia en el paro que protagonizaron asociaciones indígenas y campesinas en mayo de 1995:

El paro quizá habría pasado desapercibido de no ser por la acción de los indígenas y campesinos afiliados al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (Iess), quienes, desde el 24 de mayo, obstaculizaron las principales carreteras del país y el día de la huelga se tomaron un templo en la ciudad de Quito. Los campesinos temen que con la privatización del Iess y la creación de seguros sociales privados, desaparezca el Seguro Social Campesino que ampara a 900.000 personas, y que es considerado como un mecanismo de solidaridad y de compensación social hacia el sector campesino [...]. Las bases del Seguro Campesino están afiliadas a la Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador, Conaie, a la Federación Nacional de Organizaciones Campesinas e Indígenas, Fenoc, y a otras centrales campesinas (Tamayo 1995, 21).

Asimismo, en el IESS había 108 sindicatos⁵⁸ que también llevaron a cabo una fuerte campaña para defenderlo.

En cuanto a los eventos en el gobierno, en el documento del Conam se afirmaba que se haría el trámite legislativo para contar con la Ley para la reforma al sistema de seguridad social, pero dicha aprobación con minorías parlamentarias era imposible; recordemos que Ejecutivo no tenía el control del Congreso, y la minoría que tenía, se redujo aún más tras las elecciones de 1993. De tal modo que

En cuanto al tema Seguridad Social, la mayoría de centro-izquierda se niega a dar paso al proyecto del Ejecutivo que plantea acabar con el monopolio estatal de la seguridad social y crear seguros privados paralelos. Los diputados de centro y de izquierda proponen independizar y mejorar al actual Iess con la participación directa de los dos millones de afiliados (Tamayo, 1995)⁵⁹.

Amargamente, se quejaba de lo mismo en sus memorias el ya expresidente Duran Ballen en 2005, cuando culpó al Congreso de no analizar ni discutir oportunamente

⁵⁸ Que tenían salarios y beneficios superiores a los de los asegurados.

⁵⁹ <https://www.alainet.org/es/active/23099>

las propuestas que enviaba: “cuanto más se pudo haber logrado si no hubiese tenido la casi permanente oposición del citado poder [...] ¿cuantas veces propuse al país que hiciéramos esfuerzos por acordar una agenda mínima, instalar una moratoria y trabajar juntos por el bien de la nación? (Durán-Ballén 2005, 256-257)

Así las cosas, en aquel momento, el Ejecutivo tenía claro que resultaría imposible buscar vía legislativa la aprobación del paquete de reformas, por este motivo decidió acudir a una consulta popular para alcanzar sus objetivos. En noviembre de 1995 se realizó el Plebiscito Nacional sobre las reformas, con el fin de modificar la Constitución en esa dirección. Se formuló una pregunta que indagaba si la seguridad social debía estar a cargo del Iess o de otra institución pública o privada, dentro de las once que abarcaban otros temas. El resultado fue el rechazo ciudadano al ganar el NO con un 58%. En general, se interpretaron los resultados negativos como el castigo a un gobierno totalmente desacreditado, dada la corrupción⁶⁰ y la crisis energética que azotaban sin tregua al país; analizaremos este punto con más detalle en el apartado del discurso comunicativo.

Corriente del problema

El Consejo Nacional de Modernización (Conam) fue el organismo encargado por el Ejecutivo de liderar el proceso, y de crear una propuesta para la reforma en seguridad social en salud. Para esta entidad, la falla fundamental radicaba en una serie de problemas que hacía urgente su reforma inmediata. Entre estos problemas se mencionaban: a) El grave desfinanciamiento, b) la baja cobertura de la población, c) la falta de equidad y la baja calidad en la prestación de sus servicios médicos. d) el difícil acceso a servicios de salud que llevaba a los trabajadores a preferir seguros privados (Conam 1995, 59).

Para evaluar la magnitud del problema, el documento del Conam planteaba que el 98% del gasto del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (Iess) en salud estaba destinado al sector urbano, prueba fehaciente de la falta de equidad del sistema (1995,

⁶⁰ Durante el gobierno de Sixto Durán Ballén, dos ministros fueron destituidos por la Asamblea: el ministro de Relaciones Exteriores, Diego Paredes, y el de Energía, Francisco Acosta; además el ministro de Finanzas, César Robalino, renunció cuando iniciaría el juicio en su contra.

64). Señalaba también que, con base en diversos indicadores (sin indicar de manera explícita cuáles) se podía evidenciar el panorama del sistema de seguridad social. En concreto, afirmaba que se encontraban: a) altas tasas de utilización hospitalaria, b) un alto número de días de estadía hospitalaria en promedio, c) alto número de consultas anuales por persona, d) equipos obsoletos y un mantenimiento deficiente, e) falta de recursos para el diagnóstico y tratamiento ambulatorio, f) agendas de trabajo inadecuadas para el profesional médico, g) escasez crónica de medicinas y suministros h) poca inversión en construcción y equipos dedicados a provincias con mayor cobertura y, i) falta de coordinación con los servicios que prestan el Seguro Social Campesino y el Ministerio de Salud Pública (Conam 1995, 64).

De igual modo, se señalaba que un aumento en la mora patronal ocurrida desde la década del ochenta, había reducido los ingresos del Iess. También reportaron un aumento de las tasas de desempleo y empleo informal, una reducción del salario real por la inflación, la disminución del número de afiliados aportantes, así como en el monto de las contribuciones. En cualquier caso, no se presentaba en el documento de 1995 que describía la reforma, ninguna estadística, cifra, cuadro o tabla que mostrara las cifras puntuales de este escenario problemático. El documento expedido por el Conam, también afirmaba que se habían incrementado los costos de la salud, los equipos e insumos, aunado a cambios demográficos como el aumento de la expectativa de vida y un mayor envejecimiento de la población; por lo cual, el sector requería de más servicios, medicina curativa más costosa, con prestaciones excesivamente generosas, lo cual venía acompañado de una burocracia y sindicalismo desmedido y la duplicación de servicios y eficiencia hospitalaria.

En el documento se explicaban los porcentajes de las contribuciones que en aquel momento se le hacían al Iess, así, el 3,41% sobre el salario correspondería al Iess, y de dicho porcentaje, el 1,42% era cubierto por el trabajador y el 1.99% por el empleador. Se incluían además las contribuciones por licencia de maternidad, enfermedad, riesgo de trabajo y el Seguro Social Campesino. Sumado todo lo anterior, se concluía que la contribución para salud, en términos nominales era del 6,16% sobre el salario, sin incluir gastos administrativos. Estos aportes bastaban para cubrir entre un 60 y un 65% de los gastos totales de salud del Iess, y el restante se cubría con fondos de

pensiones u otros programas cruzados, lo que evidenciaba su gran desfinanciamiento (Conam 1995, 73). En síntesis, en lo referente al uso de los indicadores para describir el problema, resaltaba la marcada ausencia de estadísticas y cifras que le dieran mejor sustento técnico al diagnóstico; del mismo modo, la evaluación de problema se centró en la cobertura y los aportes de la seguridad social. Finalmente, se hacía una breve alusión al aumento de la expectativa de vida de la población, lo cual aumentaba la demanda en los servicios de salud.

En cuanto a los eventos, el que concentró toda la atención fue “la crisis” del sector salud. Cabe recordar que dicha crisis, a inicios de los años noventa, había sido producto de tremendas restricciones presupuestarias que desde la década del anterior, se habían implementado para alcanzar el equilibrio macroeconómico y cumplir con los pagos de la deuda externa. Por ello, no es de extrañar la escasez de los recursos y el malestar que se produjo entre el personal de salud no sólo por su mala remuneración, sino porque carecían de todo tipo de insumos para hacer su trabajo. De tal modo, “el deterioro de los servicios de salud, tanto del Iess como del MSP, era tal, que incluso los sectores más pobres preferían las consultas privadas” (Echeverría 1997, 26).

En resumen, los eventos que llamaban la atención sobre el problema se podrían sintetizar en: a) La permanente e insostenible crisis financiera tanto del Iess como de la red pública, b) las huelgas y paros continuos, y c) la desastrosa atención y servicios de esas entidades. Aquí cabe destacar que la crisis, fue oportunamente manufacturada para este intento de reforma, puesto que la acumulación de problemas en el sector ya venía de tiempo atrás, sin que fuera empaquetado bajo el rótulo de crisis o de problema con imperativa y urgente necesidad de intervención. Por lo tanto, no fue la gravedad de la situación lo que posicionó el tema en la agenda, pues estas situaciones llevaban largo tiempo ocurriendo, pero lo que sí se logró fue reforzar la percepción preexistente sobre éste. La reunión de todos estos eventos evocaba la representación de una situación de grave precariedad y déficit financiero que contribuyeron a solidificar la mala imagen de los hospitales públicos y del Iess. En cuanto a la retroalimentación, el documento del Conam no realizó ninguna alusión sobre los programas aplicados ni en Ministerio de Salud Pública, o en el Iess. Es decir, no se encontró ninguna evaluación basada en informes o análisis de impacto sobre lo que

funcionaba y lo que no en el sistema de salud ecuatoriano.

No obstante, la comunidad médica ya había establecido los tremendos vacíos de información que existían, especialmente en lo referido al perfil epidemiológico de la población, lo cual debería haber sido la base del diagnóstico de cualquier política de salud:

Los informes y estudios presentados señalaban que la red pública y la del Iess no tenía racionalización en sus acciones, pues se multiplicaban las unidades [...] se constituye así un mosaico de servicios inconexos que cumplen acciones de consultorio, frecuentemente rutinarias, sin referencia a plan o proyecto alguno. Aunque formalmente se proyectan a una comunidad, casi siempre forman un conglomerado impreciso, indeterminado y desconocido desde la perspectiva de las unidades e instituciones que operan en un espacio dado. Así, el seguimiento epidemiológico de la población no existe (Plaza Sempertegui 1989, 31).

Por su parte, el Ministerio de Salud Pública había establecido los “Lineamientos Básicos del Plan Nacional de Salud 1988-1992” donde, con base en la situación de salud de la población y las condiciones de los servicios, se determinaban dos elementos básicos para formular las políticas sectoriales:

La consideración de que la salud es un componente fundamental de la calidad de vida de la población, y el derecho de toda la población a disfrutar de niveles adecuados de salud y bienestar [...] la priorización de los esfuerzos y recursos del sistema a los grupos poblacionales de mayor riesgo por su marginalidad social y económica y por su vulnerabilidad biológica [...] la necesidad de la coordinación y complementación con todas las instituciones del sector salud y la búsqueda de la participación popular (Lineamientos Básicos del Plan Nacional de Salud 1988-1992).

El Plan contemplaba tres áreas básicas de acción: a) Alimentación y Nutrición, b) Saneamiento Básico y, e) Servicios de Salud. Finalmente se detallaban los Programas en el Área de Operación de los Servicios, contemplando la Salud Materno-Infantil, la Atención de Salud Familiar Integral, el Control y Vigilancia de Enfermedades, el Programa Nacional de Medicamentos, el Desarrollo de la Investigación en Salud, el Programa de Salud Bucal y el Programa de Mejoramiento de la Atención Hospitalaria.

Sin embargo, ninguno de estos insumos fue tenido en cuenta por la propuesta del Conam, la cual estaba orientada exclusivamente hacia el aseguramiento. En suma, la retroalimentación no arrojaba mucha información sobre objetivos alcanzados, u otra información general sobre los resultados de los planes y programas del Iess o de la red pública.

En relación a la definición del problema, y teniendo como base lo que se ha descrito, el Conam afirmaba que el Ecuador tenía un sistema de salud fragmentado, con baja cobertura, acceso inequitativo, ineficiencia en la prestación de los servicios, irracionalidad en el gasto de salud, falta de coordinación y duplicación de costos, desarticulación sectorial, baja capacidad financiera, alto gasto de los hogares especialmente en medicamentos, monopolio, gestión ineficaz del Iess y baja calidad de los servicios.

La definición del problema se centraba en la falta de cobertura de la seguridad social, en la baja calidad de sus servicios, y en la ineficiencia en el uso de los recursos. En aquel momento, el país contaba con un subsector de aseguramiento a través del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (Iess) que abarcaba el 18,37% de la población para 1993. El Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (Issfa), el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (Isspol) y otros seguros privados, aportaban un 2% a la cobertura de este subsector. Por su parte, la asistencia pública, de la mano del Ministerio de Salud, la Junta de Beneficencia de Guayaquil, la Sociedad de Lucha contra el Cáncer del Ecuador (Solca) y otros organismos privados con o sin fines de lucro, alcanzaban una cobertura del 53%. En síntesis, el sector salud ecuatoriano se caracterizaba por:

- a) Gran fragmentación, debido a la 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 y baja calidad 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.

- e) Grave desfinanciamiento y segmentación.
- f) Monopolio del Iess y sus generosas prestaciones, corrupción, exceso de burocracia e ineficiencia generalizada.

Corriente de la soluciones

Durante el proceso de intento de reforma surgieron varias alternativas: la propuesta del Conam que contaba con el apoyo del Ejecutivo; la del Consejo Nacional de Salud (Conasa) en el marco del Ministerio de Salud Pública, y la propuesta del Iess, entre otras. A continuación, se detalla la propuesta del Conam, que era la central para el Gobierno. En enero de 1995, el Conam hizo pública su propuesta de Reforma, apoyada por el BID, Usaid y la Fundación Ecuador, que estaba dividida en dos partes: pensión y reforma a la salud. Básicamente, proponía un nuevo sistema mixto basado en la descentralización, la focalización y el cambio en los tipos y los mecanismos de financiamiento, cuyo objetivo general era “mejorar el estado de salud y bienestar de la población ecuatoriana, reduciendo las condiciones de morbilidad y la persistencia de problemas de salud relacionados con la pobreza ” (Conam 1995, 70). Los objetivos de esta propuesta eran:

- Ampliar la cobertura mediante afiliación de toda la población.
- Proporcionar la asignación de recursos con equidad.
- Racionalizar y hacer más eficiente la prestación de los servicios y el manejo de recursos.
- Concientizar a la población con base en programas de salud.
- Generar condiciones favorables para la libre competencia entre entidad proveedoras de servicios.

También se afirmaba que:

Una población más sana es más creativa y productiva al reducir los días perdidos en el trabajo, lo cual es esencial para aumentar la productividad del país e indispensable para adquirir competitividad en la cambiante economía internacional, generando un círculo virtuoso entre salud y expansión económica (Conam 1995, 60).

Así, la salud se definía como un factor de producción que contribuiría a mejorar las ventajas comparativas en relación a la competencia internacional, y alcanzar el máximo rendimiento en los trabajadores. La propuesta estaba estructurada de la

siguiente manera:

- **Control, dirección y regulación:** Se establecía en el documento que el Estado sería el encargado de dirigir, regular, controlar, fiscalizar y garantizar el funcionamiento idóneo del Sistema de Seguridad social en salud, a través de Consejo Nacional de Seguridad Social y de la Superintendencia Nacional de Seguridad Social en salud. Adicionalmente, se enfatizaba en que el Estado dejaría de ser un proveedor directo de servicios de salud.
- **Financiamiento:** El sistema se financiaría con recursos públicos a través de contribuciones obligatorias, impuestos y con recursos privados a través de las contribuciones de los empleados. Existirían administradoras que podrían ser públicas o privadas, las cuales recaudarían y administrarían los recursos. Se emplearía el sistema de capitación y pago por servicios para controlar los costos. Existirían mecanismos de compensación y solidaridad que transferirían recursos de los sectores más pudientes a los más vulnerables. También definía la existencia de dos regímenes: el contributivo y el subsidiado. El régimen contributivo se autofinanciaría con aportes de los trabajadores (12.8% de su salario integral; el 8.9% de esta contribución la pagaría el empleador, y en consecuencia el trabajador pagaría el 3% restante) y de los empleadores, y con cuotas por seguro familiar. Además se aportaría un punto de la cotización para financiar al régimen subsidiado; a su vez, éste se financiaría con recursos fiscales (los asignados en el presupuesto estatal para la salud, creación de nuevos impuestos y el aumento de la participación del presupuesto de salud), transferencias solidarias del régimen contributivo y cotizaciones mínimas de hasta el 25% de costos del seguro de salud de los afiliados que pudieran pagar (0% indigentes, y hasta 40% otros afiliados dependiendo de su capacidad de pago) e incluiría los aportes al Seguro Social Campesino. Este régimen estaría focalizado para las personas indigentes, pobres o sin capacidad de pago. El Fondo Nacional de Salud, por su parte, manejaría los recursos del sistema. Su administración se haría en tres cuentas: la cuenta de compensación (administradora de los recursos del régimen contributivo, sus cotizaciones, los mecanismos de compensación y los excedentes de las contribuciones de los afiliados a estratos altos o bajo riesgo), la cuenta subsidiada (responsable de los recursos del Seguro Social Campesino y de los indigentes), y la cuenta de

enfermedades catastróficas y accidentes de tráfico (cuenta para financiar enfermedades de alto costos no incluidas en el plan de salud integral, se financiaría con un 0,5% de las contribuciones del régimen contributivo y el 50% de la prima del seguro de accidentes de tránsito).

- Administración y gestión: Se crearían las Organizaciones de Medicina Prepagada (OMP), de tipo público o privado que se gestionarían como entidades especializadas y descentralizadas, y serían las responsables de afiliar, recaudar las contribuciones y administrar la provisión de servicios. Por cada persona afiliada, las OMP recibirían una Unidad de Pago por Capitación UPC que sería calculada periódicamente por el Consejo Nacional de Salud (Conam 1995, 90). Como fundamento central, se asumía que los usuarios contarían con la libertad para escoger entre las diversas OMP y las prestadoras de servicios (públicos o privados). Esta situación supondría la competencia entre tales entidades y subsecuentemente, el mejoramiento de la calidad, la disminución de costos y la racionalización de gastos. Así lo planteaba el Conam:

Para que la administración sea costo-eficiente, es decir provoque presión sobre los costos y la contención de los gastos, la modalidad de pago a las organizaciones de medicina prepagada se realiza en base a capitación (costo determinado y fijo por persona y por año), esta modalidad de pago influye a que se gaste más en servicios preventivos de medicina que en servicios curativos (Conam 1995, 85)⁶¹.

- Provisión de servicios: Los hospitales, dispensarios y prestadores de servicios de salud podrían ser públicos o privados, y deberían poseer autonomía administrativa, financiera y legal (ser descentralizadas). Los Prestadores de Servicios de Salud (PSS) ofrecerían atención por intermedio de las OMP. En ese sentido:

Las instituciones estatales que prestaban servicios de salud (hospitales, centros, subcentros, dispensarios y áreas de salud del Ministerio de Salud Pública) se convertirían en Empresas Sociales del Estado, que constituía una categoría nueva de entidades públicas descentralizadas, con personería jurídica, patrimonio propio, autonomía administrativa y financiera y capacidad legal de

⁶¹ Se calculaba en ese momento, que la unidad de pago por capitación en promedio o precio del plan básico sería de 160 USD per cápita por año

contratar y contraer obligaciones, en la búsqueda de formas más eficientes de gestión, desconcentración de recursos y acciones, y en la consecución de una mayor participación social (Conam 1995, 90). Se agregaba que existiría un Plan Integral de Salud (PIS) que progresivamente se aplicaría a toda la población y que incluiría al grupo familiar. Cabe señalar que las personas que serían objeto de subsidio estatal estarían identificadas a través de un sistema de evaluación socioeconómica, que evaluaría las necesidades básicas insatisfechas y el nivel de ingresos. Los gobiernos seccionales implementarían este sistema para identificar y registrar a la población que se beneficiaría del subsidio, y los municipios afiliarían a estas personas a la OMP de su elección. El sistema entonces, ofrecería un Plan Integral de Salud, igual para todo el mundo, con cobertura de enfermedades catastróficas y accidentes de tránsito, licencias por enfermedad, maternidad, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. El sistema eliminaría la selección adversa (excluir la afiliación de mujeres embarazadas, niños, enfermos, ancianos, etc.) y los periodos de carencia. El plan estaba dividido en una parte de servicios médicos y otra de diagnóstico, con límites de tarifas, costos, utilización, uno que incluía servicios de fomento, prevención, curación y rehabilitación a hasta tercer nivel de atención. Dicho plan estaría a cargo de las OMP quienes serían “las responsables de garantizar la protección de la salud de todo afiliado [...] y de contratar con los diferentes proveedores de servicios de salud públicos o privados los diferentes servicios que el plan considera” (Conam 1995, 85).

Finalmente, se afirmaba que existiría un periodo de transición y una etapa de preparación donde se expediría la Ley para la reforma, y antes de que entrara en vigencia, sería necesaria la organización y creación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, la Superintendencia de la Seguridad Social en Salud, concretar también la reforma del Código de Salud, y el Fondo Nacional de Salud de la Seguridad Social (con la normatividad necesaria). Además, se debería fomentar la preparación técnica, administrativa y financiera del sistema a través del aumento de las tasa de contribución, la organización del sistema de pago por capitación de las OMP, la transformación del Iess en una OMP, y la descentralización de hospitales y dispensarios del Iess. Se trataba, en suma, de una etapa en la cual, progresivamente, se

irían llevando a cabo todos los cambios estructurales de las instituciones del sistema.

En el documento, también se explicaba en detalle cómo funcionarían las cuentas cruzadas: Se calculaba que por ejemplo, una OMP que se dedicara a afiliar trabajadores asalariados e independientes de estratos bajos con ingresos mensuales iguales al mínimo, lo cual llevaría inevitablemente un déficit, que sería cubierto por las OMP que tuvieran superávits, ya fuera porque sus afiliados fueran de familias de estrato medio o alto (pues sumando los ingresos y cotizaciones de una familia de estrato o de ingreso medio, contra el plan de salud familiar, éste cálculo arrojaba al programa un superávit, el cual estaría destinado a pagar la salud de dos familias pobres que por su nivel de ingreso justamente mostrarían déficit⁶²), o como resultado de las recaudaciones sobre los ingresos de sus afiliados cuando superaran las unidades de pago por capitación que les correspondieran. También se detallaba cómo funcionaría la cuenta subsidiada del Fondo Nacional de Salud y los porcentajes de financiación de la cuenta de enfermedades catastróficas y accidentes de tránsito. Finalmente, también se describía el financiamiento de la unidad de pago por capitación, los costos del plan por grupos etarios, considerando los riesgos por enfermedades, tasas de utilización, y los costos del plan individual.

No obstante, el esfuerzo que hizo el Conam para darle una prolífica descripción del funcionamiento financiero del sistema, este punto fue muy atacado, pues “para los no asalariados se plantea un paquete mínimo a cargo del Estado con un costo aproximado anual de 700 millones (tres y media veces más de lo que es actualmente el presupuesto anual del MSP), preguntándonos ¿Quién va a cubrir los gastos que demandarían las curaciones que sobrepasen el nivel básico de salud?” (Echeverría 1997, 55). Además, se afirmaba que los costos eran insostenibles para las condiciones económicas del país:

El alto porcentaje de aporte para el seguro médico, equivalente al 12,8% del ingreso total, lo que representa un incremento del 100% respecto al vigente 6,16% [...]

⁶² Este cálculo era el que se hacía: Ingreso anual (1xUS150) x 12 = US 1.800
Aportes al seguro 12.8% x 1.800 = US 230
Valor del plan de salud familiar = US 720
Definitivo anual US 720 - 230 = US 490

entonces, el salto económico es sustantivo y de efecto inflacionario. Pues el cálculo efectuado del costo de la cobertura de salud de USD 150 por cabeza/año resulta muy alto, considerando nuestra economía nacional y que el gasto global, según estimaciones de la OPS para 1990, da un promedio de USD 75. Por cabeza/año (Echeverría 1995, 73).

Adicionalmente, se reducía el aporte patronal y se aumentaba el del trabajador pasando del 1,65% al 3%, afectando los ingresos de este último. Finalmente, otra crítica contra la propuesta del Conam era el aporte demasiado alto que pagarían las personas sin relación de dependencia, pues también debían sumarse los pagos adicionales por afiliación familiar.

Otros dos cuestionamientos importantes fueron: a) La creación del Fondo Nacional de Salud, pues se señalaba que sería un organismo con excesivo poder político y burocrático cuyo manejo centralizado llevaría a manejos inadecuados. Las entidades autónomas también cuestionaron este fondo al señalar que tomaría recursos que impedirían su manejo autónomo (Echeverría 1997, 74). y b) La creación de las OMP, pues se afirmaba que, recaudando dinero de los afiliados y recibiendo compensaciones del Fondo Nacional, “podrían tener una doble contabilidad, lo que desbordaría cualquier control posible” (Echeverría 1997, 74).

En respuesta a estas críticas, los promotores de la reforma argumentaban que la propuesta sería viable financieramente al aumentarse las cotizaciones, el número de cotizantes y las fuentes de recursos. Se señalaba que el régimen subsidiado era financieramente viable pues tomaría los recursos que ya se transferían a la red pública de hospitales. El cambio consistía, básicamente, en pasar de subsidios a la demanda a subsidios a la oferta. Agregado a lo anterior, se justificaba la viabilidad financiera con nuevos recursos fiscales: aumento del 1% anual de la participación del presupuesto de salud en el PGE en los siguientes seis años y la creación de un nuevo impuesto que generaría un 0.5 del PIB en 1996; aunque cabe destacar que no estaba muy claro en qué consistiría tal impuesto. En suma, se afirmaba que la reforma sería financieramente sustentable con base en subsidios a la demanda, nuevos recursos fiscales, recursos por capitación y pago por servicios.

En lo referente al contenido normativo, un elemento sobresaliente fue que la reforma proponía romper el monopolio del Iess (aduciendo ser una de las principales causas de la crisis), y mejorar el servicio de los hospitales públicos, al crear un mercado para la salud e introducir la lógica de la competencia y la libertad de elección. Aunque estos eran valores atractivos y de moda, especialmente el último, la competencia fue duramente atacada porque se asociaba con la privatización de la red pública. Otra postura de rechazo fue la adoptada por varios analistas, quienes señalaban: “Lo más cuestionable es que en este modelo no debería haber organizaciones privadas intermediarias en la administración del sistema [...] porque distorsiona el proceso de atención y equidad” (Echeverría 1997, 55).

La idea de competencia, libre elección y servicios de salud en manos de intermediarios privados, eran conceptos no asociados a valores arraigados a la seguridad social y a la política en salud en la sociedad ecuatoriana; de hecho, dichas ideas no cabían ni legitimaban una reforma en el contexto nacional. Asimismo, al gremio médico nunca le convenció la idea de los seguros paralelos, pues para ellos claramente se trataba de una privatización que iba en contra de la solidaridad (Líder del gremio médico, Quito, entrevista con la autora, 3/10/2016). En síntesis, las ideas de competencia, libre elección y en especial, la privatización eran totalmente rechazadas por los gremios médicos, los expertos y la sociedad en general.

Esto contrastaba con una percepción positiva que se tenía de la red pública de hospitales, a pesar de la tremenda crisis financiera que atravesaba. Los medios señalaban que la crisis era muy preocupante y alertaban sobre el cierre a hospitales, como el caso del Hospital Pablo Arturo Suárez, (“Los hospitales viven una tragedia”. *El Comercio*, 15 septiembre de 1994), el cual, a pesar de contar con buenos equipos y ofrecer buenos servicios, estuvo a punto de ser cerrado en julio de 1994 debido a la falta de recursos para su funcionamiento. 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” (“Sobrevivir mendigando”. *El Comercio*, 8

de septiembre de 1994).

En relación con la competencia para el Iess, ésta idea era bien recibida en la opinión pública, pues se percibía ésta entidad como altamente corrupta, muy ineficiente y capturada por los sindicatos. Así que la competencia era bienvenida, especialmente, cuando al discutir la reforma y se percibió como una amenaza real para su supervivencia, los directivos de la institución reconocieron muchos de los problemas que arrastraban, y empezaron planes de ajuste administrativo y mejoras en el servicio (Ex funcionario del IESS, Quito, entrevista con la autora 29/10/2015). De ahí que el Iess decidiera acudir a la compra y venta de algunos de sus servicios médicos. Esto significaba que los afiliados al Iess podrían acceder, a costos moderados, a servicios en clínicas privadas (para desconcentrar la demanda) y la vez, se ofrecerían ciertas áreas médicas especializadas del Iess para prácticas privadas. Aunado a lo anterior, se preveía también una reestructuración que contemplaba la supresión de 136 secciones médicas y administrativas (“IESS primeros recortes”. *El Comercio*, 9 de julio de 1994).

Es innegable que los políticos, los sindicalistas, los trabajadores, los ciudadanos, la sociedad en su conjunto, todos estaban de acuerdo en la necesidad de una transformación del sistema. Al respecto, incluso los trabajadores de la salud pedían a gritos un cambio, en palabras de Alfredo Pérez Rueda, presidente del Colegio de Médicos de Pichincha “es necesario que se transforme el sistema nacional de salud para evitar más problemas como éste” (“Los médicos dicen sí a los cambios en el IESS”. *El Comercio*, 18 de junio de 1994”).

Por otro lado, para darle solidez técnica y científica a la reforma, se involucró a universidades norteamericanas en el análisis del proceso; fue el caso de la Comisión de Expertos en Reforma al sector salud de la Universidad de Harvard, encabezada por el famoso académico William Hsiao. Este evento, en lugar de jugar a favor de la propuesta de reforma jugó en su contra, pues para que esta hubiera tenido legitimidad “[tenía] que ser hecha por ecuatorianos” (Alberto López. “Si a la Reforma con ecuatorianos”, *El Comercio*, 30 de agosto de 1995).

3.3.2 Actores programáticos

El impulsor y líder fundamental del proceso reformista global fue el entonces presidente Sixto Durán-Ballén, quien se había graduado de arquitecto en la Universidad de Columbia. En su trayectoria profesional aparece que durante cinco años fue director de la escuela de arquitectura de la Universidad Central de Quito, luego fue funcionario del BID entre 1960 y 1968. Más tarde sería alcalde de Quito, diputado nacional, presidente de la Junta Nacional de Vivienda, y finalmente llegó a la presidencia en 1992 con un partido recién creado denominado Partido Unidad Republicana, al desvincularse previamente al Partido Social Cristiano, el cual él mismo había creado. Se autodenominaba más que un político como un técnico “y por ello, podemos ser objetivos” (Durán-Ballén 2005, 47). El interés del presidente Durán-Ballén de reformar la seguridad social era de tal magnitud, que muchos años después, se lamentaba con estas palabras cuando le preguntaron que quedó pendiente por hacer durante su Gobierno: “Cuando fui presidente, el Congreso (ahora Asamblea Nacional) se opuso a muchas medidas que quise aplicar. Por ejemplo, en su momento traté de pagar la deuda que mantenía el Estado con el Instituto de Seguridad Social (Iess), y eso no se ejecutó en la magnitud que esperaba, porque los legisladores cuestionaban la metodología que proponíamos aplicar. También tuve oposición a un proyecto con el cual los ciudadanos tenían acceso, a través del Iess, a cualquier sistema de seguridad que les satisfaga y no se sientan obligados a un sistema único de seguro social, que en el caso ecuatoriano no es enteramente satisfactorio⁶³.”

De otro lado, como se discutirá más adelante con más detalle, la pregunta sobre quién asumiría el liderazgo del proceso para coordinar y negociar todo el proceso fue un asunto muy complicado de resolver, y finalmente, tras un largo titubeo por parte del Gobierno, el Conam fue designado como el ente encargado de esta tarea. Según el documento del Conam, el cuerpo conceptual de su propuesta había “sido elaborado por técnicos y especialistas ecuatorianos que bajo la coordinación de los principales ejecutivos del Conam conjuntamente con el Doctor José María Aguirre subsecretario de Bienestar Social y presidente de la Comisión Nacional de seguridad social” (1995, 1). Según el documento, en la elaboración también participaron especialistas

⁶³

<http://www.eluniverso.com/2011/07/17/1/1355/sixto-duran-ballen-tuve-desacuerdos-prensa-mas-respete-libertad-expresion.html>

internacionales como Francisco Bayo y Rubén Lovuolo, Julio Bustamante, especialistas de la firma PrimAmérica y la colaboración del Banco Interamericano de Desarrollo, de USAID y de la Fundación Ecuador. A continuación, haremos una breve reseña de éstas instituciones y actores.

La Fundación Ecuador, inició sus actividades en 1991, por un grupo empresarios que querían apoyar ideas como la economía del mercado, el fomento de las exportaciones y la modernización del Estado, y con base en estos preceptos, proveer asistencia técnica, formular políticas económicas y sociales y ejecutar proyectos⁶⁴. Como se menciona en uno de sus anuarios, las ideas de la fundación tuvieron gran acogida por parte de USAID quienes en aquel momento, quisieron apoyar y colaborar con esta institución (2010, Anuario Fundación Ecuador: 7). En cuanto a la firma PrimAmérica, ésta es una empresa de consultoría chilena, y tuvo un papel destacado aportando ideas del modelo chileno en la formulación de la propuesta para reformar el sistema pensional, bajo los documentos titulados: Propuesta de reforma al sistema de pensiones en Ecuador y Diagnóstico del sistema de pensiones (Ex funcionario del Conam, Quito, entrevista con la autora, 21/10/ 2015). Sobre la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (*United States Agency for International Development*), también conocida por sus siglas en inglés USAID, es un organismo norteamericano, cuya finalidad es gestionar la ayuda internacional en áreas como la economía, salud, política, agrícola, etc. Sin embargo, la institución está claramente alineada con las ideas de apertura, privatización y globalización que se promovían en aquella época, de la mano de la banca internacional.

Sobre Francisco Bayo, éste participó asesorando a países centroamericanos en la evaluación y diagnóstico de los sistemas de seguridad social; además de experto en seguros que venía de la escuela norteamericana y asesoraba al USAID. Rubén Lovuolo, es egresado de la Universidad Nacional del Litoral (Argentina) y de la University of Pittsburgh (EEUU) y en la actualidad es Investigador Principal del Centro Interdisciplinario para el Estudio de Políticas Públicas (CIEPP), Buenos Aires, Argentina. En cuanto a Julio Bustamante, es exsuperintendente de administradoras de fondos de pensiones de Chile. A continuación, se identifican otros actores visibles

⁶⁴ <http://fe.org.ec/nuestra-historia/>

vinculados en la formulación y promoción de la propuesta del Conam; se describen también sus trayectorias profesionales y académicas:

- José María Aguirre: Fue presidente de la Comisión de seguridad que preparó la propuesta de reforma en el marco del Conam, dicha comisión fue formada por Decreto Ejecutivo por el presidente de la República el 27 de mayo de 1994.
- Marcel Laniado: Antes de presidir el Conam, tuvo una exitosa carrera como banquero y empresario que lo llevó a fundar y manejar varios bancos (Banco de Machala y Banco del Pacífico) y a administrar haciendas productoras de banano y otros productos agrícolas. Su carrera política inició siendo alcalde de Machala, luego diputado al Congreso y más tarde, Ministro de Agricultura y Ganadería en la presidencia de León Febres-Cordero. En 1994 fue nombrado Presidente del Consejo Nacional de Modernización del Estado Conam, durando pocos meses en el cargo.
- Iván Jaramillo Pérez: Economista, que presentó el documento Recomendaciones para una propuesta de reforma del sector salud en el Ecuador en diciembre de 1994 como parte de las sugerencias del BID. En agosto de 1994, presentó el documento Alternativas operativas para la reforma del sector salud en Ecuador. Más tarde, fue asesor en Colombia para Ley 10, la Ley 60, la Ley 100 y más adelante, para la Ley 715 de 2001.
- Mauricio Pinto: Fue el tercer presidente del Conam durante el gobierno de Durán-Ballén, así como un gran defensor de la reforma al Iess. También fue Ministro de Industrias y Ministro de Finanzas.
- Mauricio Yépez: El primero de julio del 2004 fue posesionado como Ministro de Economía. Previamente había sido presidente del Banco Central y ejerció durante un tiempo como jefe negociador del Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos. Integró los directorios de la Corporación Andina de Fomento, del Banco Exterior de España y de los Andes (Extrabandes), del Fondo Latinoamericano de Reservas y fue representante de Ecuador ante el Fondo Monetario Internacional. Lo describían como un tecnócrata destacado y riguroso.
- Augusto de la Torre: Entre 1993 y 1997 fue Gerente General del Banco Central del Ecuador. De 1986 a 1992, trabajó en el Fondo Monetario

Internacional (FMI), donde fue el representante residente del FMI en Venezuela (1991-1992). Ingresó al Banco Mundial en 1997, ocupando el cargo de Asesor Principal en el Departamento de Sistemas Financieros y de Asesor Principal para el Sector Financiero en el Departamento de América Latina y el Caribe.

- Alberto Dahik: Economista de la Universidad Western Ontario, con doctorado en economía de la Universidad de Princeton. Dahik formó parte del equipo económico que asesoraba al gobierno del presidente León Febres Cordero, y junto con Francisco Swett y Carlos Julio Emanuel eran los tecnócratas más brillantes del momento. Los tres habían sido funcionarios del Banco Central, tenían estudios en Economía en Estados Unidos, y creían en los beneficios de la libertad del mercado y el sector privado. Aunque inicialmente no fue parte del gabinete, claramente era uno de los asesores más influyentes en políticas económicas, financieras y fiscales. En 1985 fue nombrado Ministro de Finanzas y más tarde sería diputado (1988-1992). En 1992 llegó al poder junto a Sixto Durán-Ballén, siendo su vicepresidente. Dahik tuvo un papel protagónico en el diseño de la agenda de reformas neoliberales que buscaban la estabilidad macroeconómica, la privatización y la modernización de la administración pública. Para el presidente Sixto Durán-Ballén, este hombre era quien lideraba todo el programa de reordenamiento, recuperación y reactivación de la economía, y gozó de un gran aprecio por parte del mandatario incluso con el escándalo de peculado de 1995⁶⁵.

Sobre la constitución de este grupo como actores programáticos, se puede señalar que compartían una trayectoria ocupacional sobre todo en la banca nacional e internacional, además de su formación profesional en Economía. Además se consideraban ajenos a los tejemanejes políticos, y por ello, se asumían como apolíticos; en estas palabras lo planteaba Mauricio Pinto:

El problema de Sixto era que no entendía totalmente la parte económica y entonces le

⁶⁵ Recordemos que en 1995 se destapó un gran escándalo por un grave caso de peculado y sobornos a altos funcionarios, debido a esto se inició un juicio político a Dahik; mientras la Corte Suprema ordenó su captura, la cual no fue posible, dado que huyó a Costa Rica por supuesta persecución política. Diecisiete años después se anuló su juicio por errores de procedimiento.

daba recelo tomar decisiones sin estar completamente seguro, y esas decisiones delegaba al grupo que tenía la responsabilidad sobre la economía. Formamos un muy buen grupo, con gente del Banco Central de una calidad extraordinaria, entre ellos Augusto de la Torre que ahora es jefe del Banco Mundial para América Latina, o el propio Mauricio Yépez que falleció hace poco, y muchos más que aportaron enormemente. [...] Ahí la lucha era entre el interés político y el económico. Por ejemplo, mi amigo Leonardo Viteri, ministro de Salud, pensaba en un montón de cosas que no eran viables. Roberto Dunn defendía la parte política, se fijaba en las encuestas, en cómo permanecer a largo plazo en el poder; el grupo nuestro, el económico, era de plazo fijo, no pensaba en política. Yo no tenía ninguna ambición de esa naturaleza. Yo he visto marearse en el poder a gente increíble. [...] si nos hubieran dejado hacer las cosas que queríamos, otro hubiera sido el cantar. Pero era otro país (Febres 2015)⁶⁶.

Habría también que resaltar que el grupo estaba cohesionado por un programa intelectual de ajuste estructural, modernización y privatización, caracterizado por los objetivos de la política que buscaban institucionalizar un mercado de salud que involucrara la participación de empresas privadas. Claramente, compartían: a) Una formulación de problema común que, como ya se ha mencionado y siguiendo la argumentación del Conam, era la inequidad en el mercado de la salud, con graves fallas en selección adversa, segmentado, baja cobertura, asimetrías en la información y demanda cautiva, aumento de costos y una excesiva burocracia. b) Los argumentos y las razones que justificaban los cambios, además defendían como necesario un cambio de modelo que garantizara el uso eficiente de los escasos recursos, mejorara la cobertura y la calidad de los servicios. c) El uso de las medidas e instrumentos para llevar a cabo los cambios, pues estaba claro que para estos actores, la competencia, los subsidios a la demanda, el mercado, la focalización, la intervención de empresas privadas que administraran y brindaran servicios, y la conversión de los hospitales en Empresas sociales del Estado, eran consideradas las soluciones apropiadas para cambiar el sistema de protección social en salud ecuatoriano.

⁶⁶ Febres, Francisco. Mauricio Pinto, la decisión de no darse por vencido. Revista Mundo Dineros, Mayo 8 de 2015 <http://www.revistamundodineros.com/?p=4729>

3.3.5 Análisis discursivo

Discurso coordinativo y comunicativo

Aunque el sistema institucional ecuatoriano otorgaba importantes prerrogativas al presidente, debía pasar por importantes puntos con poder de veto como el Congreso, para dar luz verde a sus proyectos de reforma. De tal forma, el gobierno debía ejecutar un proceso deliberativo para conciliar y discutir con diversos actores, que los llevaran a alcanzar un acuerdo. A continuación, realizaremos un recorrido por estos encuentros y desencuentros en el proceso de diálogo y discusión. Para empezar, en mayo de 1992, la temporada previa a la elección presidencial, no existía ninguna propuesta concreta para reformar ni el sistema pensional o el de salud, no obstante, si había varias ideas flotando en el ambiente sobre: a) Eliminar rápidamente al Iess, y que sus competencias en servicios de salud y el Seguro Social Campesino pasaran a formar parte del Ministerio de Salud Pública; b) Privatización de todos los hospitales, tanto del Iess como del MSP, pero manteniendo los programas de salud pública, y permitiendo la subcontratación de los servicios con el sector público y así reducir gradualmente el sector público (Mesa-Lago y Lo Vuolo 1998). Además, en aquel momento, se percibía una creciente polarización:

en un extremo estaban la burocracia del Iess, los sindicatos, y los partidos de izquierda quienes argumentaban que el Iess necesitaba unas pocas reformas parciales y culpaban a los factores externos de la crisis; en el otro extremo, estaban los empresarios, los partidos conservadores, y algunas agencias de financiamiento internacionales que pedían una privatización total, por lo tanto, construir un consenso para llegar a un punto medio sería una tarea extremadamente difícil (Mesa-Lago y Lo Vuolo 1998, 321).

Como ya se describió, cuando Durán-Ballén asume la presidencia quedó claro que se buscaba aplicar un paquete reformista de corte neoliberal que incluía a la seguridad social. Pero tuvo que enfrentarse a serios obstáculos. Por un lado la creciente polarización, y por otro, una pregunta que sería el talón de Aquiles de la reforma: ¿quién dentro del Ejecutivo debería liderar el proceso de reforma? Inicialmente, no existía ningún departamento gubernamental encargado de dicha tarea, por lo tanto, mucha de la discusión giraba en torno a la designación de un responsable oficial para el proceso, ante lo cual el gobierno respondía “que buscaba un enfoque colectivo” (Mesa Lago y Lo Vuolo 1998, 322). El problema radicaba en que aún con una

perspectiva tan pluralista y abierta al diálogo, se necesitaba personalizar el liderazgo.

El Gobierno se dio cuenta que era urgente determinar quien o quienes liderarían el proceso, de tal forma que pudiera no solo diseñar una propuesta, sino también negociar, conciliar, coordinar, argumentar, unificar esfuerzos estratégicamente en el manejo político del asunto. Así, a inicios de 1993, se creó un Comité Ejecutivo para la reforma compuesto por el presidente del CONADE, la agencia de Planificación, el Ministro de Finanzas, el Ministerio de Salud, el presidente del Consejo Financiero, y el director del Iess. En octubre de 1993, el Comité designó una comisión técnica para coordinar la asistencia técnica internacional y elaborar la propuesta. Cuando esta comisión diseñó la primera propuesta de reforma de pensión, no fue aprobada por el comité sino que fue tomada simplemente como uno más de los papeles de trabajo. Los miembros del comité, a su vez, contrataron otros expertos nacionales e internacionales, quienes produjeron otras propuestas (Mesa Lago y Lo Vuolo 1998, 322). Pero este comité no llegó muy lejos al no ofrecer propuesta alguna.

Mientras tanto, seguía en el limbo el liderazgo de la reforma, y los cambios económicos ya mencionados en el capítulo anterior, afectaban y deterioraban aun más los servicios del Iess y la red pública. Gradualmente, el gobierno fue consolidando sus ideas sobre la reforma. En junio de 1993 publicó la “Agenda para el desarrollo”, que describía el Plan de desarrollo para 1993-1994; en el plan se culpaba de la crisis del Iess al monopolio y la falta de competencia, por lo tanto la necesidad de crear empresas privadas para administrar fondos de pensiones y seguros de salud, así como la necesidad de que el Iess fuera radicalmente reformado.

Pero la pregunta sobre quién debería liderar la reforma seguía sin tener una respuesta satisfactoria. Por fin, el Ejecutivo determinó que sería el Conam el organismo que debería tomar el liderazgo, y por ello sería el responsable de la coordinación y supervisión del proceso de reforma estatal. Como se ha señalado este consejo fue creado por ley, y su presidente era una figura independiente y proveniente del sector privado. Mediante el Decreto Ejecutivo número 1797 de 27 de mayo de 1994 el Presidente de la República conformó la Comisión de Seguridad Social integrada por un representante personal del Presidente, el Ministro de Finanzas, el director del Iess y el director ejecutivo del Conam; los objetivos de la Comisión era elaborar el

programa de seguridad Social para su aprobación por parte del Presidente de la República y establecer políticas, elaborar los proyectos para la expedición de normas necesarias para la ejecución de programas de seguridad social y presentarla a consideración de los organismos pertinentes. A inicios de 1995, el Conam publicó su reforma a la seguridad social dividida en dos partes, pensión y reforma a la salud, la cual ya ha sido descrita en la corriente de la solución.

Paralelamente, la Comisión Biministerial (CB) -Ministerio de Salud y Ministerio de Bienestar Social- (CB), la cual se creó en julio de 1994 con el propósito de analizar y formular alternativas para la Reforma al sector salud. Dicha comisión convocada en 1994, estaba formada por representantes de diversos grupos públicos y privados que proporcionaban servicios de salud en Ecuador, es decir más o menos con la misma composición del Conasa, que en ese momento todavía estaba inactivo. La CB crea la Sub-Comisión Técnica de Reforma del Sector Salud, 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. Mientras el Conam se esforzaba en diseñar su propuesta, la Comisión Biministerial hacía lo propio. La propuesta de la CB estaba formulada en un documento oficial, sino en diferentes documentos producidos por la comisión que no representaba claramente un consenso entre sus miembros (Mesa-Lago y Lo vuolo 1998, 327). Cabe resaltar entonces, que existían dos esfuerzos y contenidos para la reforma en salud, al interior del Ejecutivo. Finalmente, la CB realiza una propuesta de reforma, no obstante, para finales de 1994 la comisión se disuelve y su aporte no tiene mayor difusión.

La CB proponía un Seguro Nacional de Salud con compensación cruzada y subsidios selectivos, basado en un enfoque salubrista orientado no solo al sistema de provisión de servicios y atención, sino también a mejorar la calidad de vida de la población a través de otros ámbitos (desnutrición, saneamiento ambiental, protección del ecosistema, etc.). El sistema estaría formado cuatro regímenes financieros: por Seguros Contributivos y Subsidiados (básicamente iguales a los de la propuesta del Conam), subsidios directos (destinados a personas que por su extrema pobreza no pudieran acceder a ninguno de los dos anteriores seguros, y quienes debían aportar pagos directos del 10% para la recuperación de costos) y el programa de salud pública

(servicios que tuvieran un impacto colectivo), con sistemas de compensación cruzada entre ambos. El sistema sería vigilado por la Superintendencia de Salud, el Ministerio estaría encargado de la formulación de políticas, acciones masivas de salud, y normatización. Se proponía también la creación de un Fondo Nacional de Salud para coordinar los mecanismos financieros especialmente para la intermediación de las cuentas de compensación cruzada entre los seguros contributivos y la distribución de fondos necesarios para el funcionamiento de los seguros subsidiados. El sistema se operacionalizaba en un Plan de Salud Integral que incluía tres programas: el de salud pública, el programa básico (atención primaria en salud) y programa complementario (atención quirúrgica de complejidad alta e intermedia). Se resaltaba la descentralización, autonomía y autogestión de los hospitales, con la participación activa y atugestionaria de gobiernos seccionales, ONGs, y organizaciones comunitarias locales (Echeverría 1997, 76).

En específico, la propuesta Biministerial tenía los siguientes objetivos: a) cubrir a toda la población, b) focalizar los fondos estatales de la salud, d) extender la cobertura de salud a toda la familia del afiliado, e) viabilizar la libre elección, propender a mayor eficiencia y eficacia por medio de la descentralización y la libre competencia, separar progresivamente los financiadores de los proveedores de servicio. Esta propuesta explícitamente señalaba que había tomado elementos referenciales de la reforma colombiana, puesto que identificaban problemas e instituciones comunes (Echeverría 1997, 76).

Un aspecto llamativo era que a propuesta de la CB tenía muchas semejanzas con la propuesta del Conam: Ambas propuestas tenían una estructura y principios comunes; asimismo proponían una reforma que reestructuraría completamente el sector al introducir nuevos esquemas de financiamiento, reconfigurar y expandir el aseguramiento, y crear nuevas formas de brindar los servicios; finalmente, ambas propuestas diferían en detalles operacionales, como la manera de aplicar los mecanismos de los subsidios cruzados, el diseño del paquete de beneficios y el cálculo del pago por capitación. A pesar de tantas similitudes que habrían servido de marco común para hacer una propuesta consensuada, cada institución seguía trabajando en propuestas independientes.

Cuando se disuelve la CB, y para reemplazarla en su rol de contraparte del Conam, se reactiva el Consejo Nacional de Salud (Conasa), la cual había sido una entidad débil y sin mucho protagonismo durante la década de los ochentas. El 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 del BM. 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 fue uno de los mayores críticos de la propuesta del Conam, y sostenía que debía ser el Ministerio de Salud el encargado de liderar la reforma y no el Conam. La propuesta que finalmente presentó el Conasa en septiembre de 1995 denominada “Lineamientos Generales para la Reforma del Sector Salud en el Ecuador”, estaba fundamentada en los siguientes principios: equidad, universalidad, integralidad, excelencia, eficiencia y solidaridad. Su objetivo era 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, 76s) En suma, un modelo de atención bipartita: uno de la salud pública que buscaba fortalecer los programas de tipo epidemiológico, de promoción y prevención, la descentralización, y el otro, el de aseguramiento personal basado en la provisión de un plan de alcance universal.). Una segunda versión de la propuesta sería presentada en julio de 1996, que incorporaba las observaciones de diversos talleres y de organismos de CIAR.

Entre 1994 y 1995, las dos opciones más fuertes en el proceso de discusión de la reforma eran la del Conasa y la del Conam, y la diferencia central entre ambas, era que para la primera, el sector privado entraría a competir únicamente en la provisión de servicios, bajo el esquema de seguro público, mientras que para el Conam, el

sector privado tenía un rol fundamental al asegurar, recaudar, y proveer los servicios, mientras el Estado controlaba, regulaba y vigilaba el sistema. Como ya se ha señalado, el rol del sector privado fue bastante controversial y nunca se llegó a un acuerdo en el Gobierno sobre este asunto. Es claro que existían algunos contrastes evidentes y diferencias entre ambas propuestas, tanto en aspectos operativos, conceptuales y financieros. En la tabla 3.1 se pueden notar de manera más precisa sus diferencias:

Tabla 3.1. Diferencias entre las propuestas realizadas por el Conam y Conasa

Características	Conam	Conasa
Priorización de problemas	Visión económica/monopolio del Iess	Epidemiológico/sistema de atención
Ámbito de la reforma	Atención médica del Iess	Sector salud
Principios básicos	Eficiencia, calidad, libertad de elección, competencia.	Equidad, integralidad, solidaridad, universalidad
Modelo de atención	Aseguramiento de enfermedad, promoción de la salud.	Atención integral
Modelo organizativo	Sistema de seguridad social en salud	Sistema Nacional de salud
Modelo de gestión	Descentralizado/intermediación de las OMP	Descentralizado/org. Seccionales/comunidades.
Modelo financiero	Mixto, en orden a: Estado/empresario	Mixto, en orden a: empleado/ Estado, empresa, empleado
Rol del estado	Regula, controla y vigila el sistema	Rector del sistema, organizador, y proveedor
Sector privado	Protagonista: administran seguros paralelos obligatorios.	Complementario, proveedor plural.

Fuente: Echeverría (1997, 76)

De igual modo, en el país se encargó la realización de estudios por parte de universidades internacionales. Así, para octubre de 1995,

el Ministro de Salud, considerando que no hay experiencia técnica suficiente a nivel nacional, informa al Consejo de las gestiones de contratación de expertos internacionales para la preparación de lo que llamó “*blue Print*”, con el apoyo del Banco Mundial, mediante fondos donados por el Gobierno de Japón al Ecuador a través del Banco, y un adelanto del nuevo proyecto (PPF-Modernización Hospitalaria) (Echeverría 1997,42).

Con estos fondos, el MSP contrató a dos consultoras internacionales para apoyar con análisis el proceso de reforma: el Lewin y Health Redesign Group (asociado con Alan Enthoven de la universidad de Stanford) por un monto de \$400.000. Los resultados de esta consultoría aparecerían en mayo de 1996, bajo el título Opciones para la Reforma del Sector Salud en Ecuador, los cuales no fueron bien recibidos por los analistas locales, al considerarse descontextualizados de la realidad ecuatoriana y estar orientadas por criterios netamente económicos y financieros.

Otro organismo que se animó a presentar su propia propuesta fue el Iess⁶⁷. Es necesario recordar que al surgir la idea de la reforma, esta fue la entidad más vilipendiada. Como ya se mencionó se le acusó reiteradamente de múltiples problemas, y tras la lluvia de críticas y la amenaza latente de su desaparición o la inminente entrada de otras aseguradoras, quienes dirigían la entidad se vieron obligados a reflexionar y plantear cambios para mejorar su gestión. Resultado de este proceso, la Dirección General del Iess presentó, en julio de 1996, su propia propuesta de reforma al Iess. Allí se reconocía la acumulación de problemas que amenazaban a la institución, como la crisis financiera, la burocracia, la abundancia de leyes y decretos que hacían muy difícil la gestión y la injerencia política. La reestructuración que se proponía se centraba en: a) Alcanzar la autonomía en la gestión operativa y financiera, a través de la creación del Iess Prestaciones Económicas (pensiones), Iess Prestaciones de Salud e Iess Seguro Campesino; b) aumentar el recaudo, disminuir la evasión y efectuar el cobro patronal y la deuda que tenía el Estado hasta esa fecha (unos dos billones de sucres); c) aumentar las inversiones del Iess por medio de la creación de una Administradora Propia de Fondos; d) aumentar las cotizaciones en salud; e) mejorar el servicio médico del Iess a través la promoción de la medicina social; f) extender progresivamente la atención a la familia de los afiliados; g) ampliar la cobertura, especialmente hacia los trabajadores informales; y h) actualizar la ley del seguro de acuerdo a las nuevas características demográficas, económicas y sociales del país (Iess 1996, 11).

En síntesis, junto a las propuestas del Conam, Conasa y de la Comisión Biministerial, y la del IEES, aparecerían otras adicionales, como la proferida de manera

⁶⁷Es importante resaltar que el Iess presentó su propuesta luego de la Consulta Popular de 1995.

independiente y personal por el Ministro de Salud o la preparada en junio de 1996 por consultores de la Secretaría Técnica del Frente Social, adscrita al Ministerio de Bienestar Social. En resumen, para finales de 1996, circulaban alrededor de 18 propuestas para la reforma del sector salud (Echeverría 1997, 46).

Ahora bien, vale la pena resaltar los temas conflictivos, los que tenían un grado medio de consenso, y en los que había consenso. Con base en las discusiones de los seminarios, talleres y foros realizados por el Cepar, la OPS/OMS y el Conasa y otras reuniones del Consejo Nacional de Salud, reuniones con expertos nacionales y consultores internacionales que tuvieron lugar entre 1994-1996, Echeverría plantea la síntesis de estos debates (1995, 159).

- Temas en los que había un alto grado de acuerdo: A pesar de la polarización, el principal punto en común entre todos estos actores era la indiscutible crisis de la salud y del sistema de seguridad social que demandaba una reforma urgente, pero no había acuerdo sobre qué tipo de reforma se necesitaba o el tipo de sistema que debía reemplazarlo. Otros temas en los que había gran consenso eran: a) Necesidad de aumentar el presupuesto estatal para la red pública y la promoción de la salud; b) la importancia de la descentralización; c) los principios que debían orientar la reforma eran equidad, universalidad, solidaridad e integralidad (en ningún caso, la eficiencia estaba incluida); y d) determinar la salud como derecho que debía ser garantizado por el Estado; e) la importancia de involucrar las prácticas étnico-culturales; g) aumentar el gasto público para la prevención y promoción.
- Temas con nivel medio de consenso: a) Cobertura del seguro a través de un financiamiento compartido, b) importancia del Iess como organización pública para el aseguramiento, pero que necesitaba cambios, y c) necesidad de más participación en la discusión por parte de la sociedad civil.
- Temas totalmente controversiales y sobre los que no había ningún consenso: a) La autogestión de los hospitales públicos, b) el paquete básico de atención para la política de aseguramiento, c) la privatización de la salud, d) la participación de intermediarios privados que compitieran con el Iess, e) los copagos y la recuperación de costos, f) los planes diferenciados (para ricos y

pobres), g) la extrapolación de modelos foráneos, h) el aumento desmesurado de cotizaciones para el seguro de salud, y, i) la discusión de la reforma sin consultar a los actores involucrados.

Después de este recorrido podemos analizar lo que sucedió en la etapa coordinativa. Por un lado, rápidamente podemos notar que existía una gran multiplicidad de organismos y esfuerzos dispersos que no fue posible reunir, ni cohesionar bajo una misma línea de acción. Este hecho, creó un ambiente confuso y contradictorio, pues evidenciaba que al interior del gobierno se carecía de liderazgo para coordinar las instituciones y unificarlas en torno a una única propuesta consensuada. No obstante, en sus memorias Sixto Durán-Ballén evocaba que

fue muy difícil en los siguientes años llevar a cabo la acción conjunta que yo proponía. Al efecto, debo recordar que fueron muchas las ocasiones en las cuales pedí al Congreso, a los partidos, a los diversos gremios que conforman la sociedad y a la prensa nacional que hiciéramos un proyecto de moratoria política. [...] muchas veces he dicho que podríamos convenir en 10, 12 o 14 puntos importantes, en los que podríamos hallar consenso y ponernos a trabajar juntos en la atención a los mismos” (Duran-Ballén 2011, 73).

Pero, si el presidente llamó al diálogo, la conciliación y a la acción conjunta, ¿que falló?

A pesar de las buenas intenciones del Presidente para llamar al diálogo, existían dos problemas: uno idiosincrático, y otro institucional. En cuanto al primero, al parecer el ex presidente era una persona obstinada, que creía con gran convicción en que

el Estado debe regular las actividades, pero la actividad deben ser parte del devenir privado, siempre defendí, el hecho de que cuando el estado quiere a administrar todo comienza a ser una burocracia increíble. Viendo el fracaso de algunas empresas estatales, comenzamos a crear un proceso de dejar al sector privado regulado por el estado, y esto explica lo que era nuestro concepto. Creíamos que el estado no debía ser administrador sino regulador⁶⁸.

⁶⁸ <https://www.youtube.com/watch?v=qj2ul4rgp2lyt=3397s>

De ahí que este fuera un punto de difícil discusión, y en el que no se encontraron vías discursivas para enmarcarlo de tal forma que fuera aceptado o siquiera susceptible a ser negociado, mostrando una posición obstinada por parte del presidente. Así lo planteaba la prensa: “ En materia de áreas estratégicas es posible que las diversas fuerzas políticas lleguen a una fórmula de consenso, no así en lo relacionado con la Seguridad Social, tema en el que el Ejecutivo se muestra inflexible. No se descarta la posibilidad de una nueva consulta popular para dirimir estas controversias constitucionales. En todo caso, con la última huelga, los sectores sindicales, campesinos e indígenas ya dieron su pronunciamiento” (Tamayo 1995, 89).

De hecho, la pugna y la falta de organización al interior del Ejecutivo, puso en entredicho el liderazgo del presidente, quien no pudo desarrollar un proceso deliberativo que llevara a acuerdos a las instituciones directamente bajo su autoridad: “debido a la falta de un auténtico diálogo entre los poderes del Estado - por la necesidad del presidente Durán Ballén - en el país la gobernabilidad es difícil, y se optó por una consulta asumiendo que este mecanismo iba a ser una buena vía para vencer las dificultades (Herrera, Washington. “Privatización de la seguridad social”. *El Comercio*, 26 de noviembre de 1994).

El segundo punto que resultó conflictivo sería el institucional. Por un lado, la autonomía del Iess fue un elemento clave en la discordia reinante durante la reforma, dado que el director del Iess no representaba necesariamente los intereses del gobierno, más aún, era común que una vez posicionado, el director se opusiera al gobierno al asumir la representación de los grupos de interés del Iess. Por ello, cuando el Gobierno trataba de aplicar mecanismos de control a la administración del Iess o intentaba cambiar la legislación en seguridad social que podría ser perjudicial para el instituto, se manifestaba una fuerte oposición no solo de la burocracia y sus sindicatos, sino también del director del instituto. Como resultado, el director usualmente abandonaba el puesto en medio de una confrontación abierta con el Gobierno. Al parecer, esto sucedía porque el Gobierno no daba al director ningún apoyo político, y éste necesitaba obtener dicho apoyo de los sindicatos y la burocracia (Mesa-Lago y Lo vuolo, 1998). De otro lado, al tener que asignar el liderazgo de la reforma en

alguna entidad, el gobierno optó por dejarla en manos del Conam, pero ésta era una institución recién creada, así que no contaba con la información, experiencia ni el personal necesario para sacarla adelante.

En cuanto a las dos propuestas centrales, la del Conam y el Conasa, es claro que compartían los mismos principios: equidad, universalidad, eficiencia, solidaridad, pero la diferencia más importante era que la del Conam abogaba por la creación de OMP como protagonistas centrales en la administración, mientras que el Conasa optaba por un sistema nacional de salud el que el sector privado cumplía un rol secundario y complementario. Lo que resalta poderosamente de este caso, es que las propuestas tenían una estructura, principios, e ideas bastante similares, pero ante la acefalía inicial y la posterior pugna y duplicación de esfuerzos, no fue posible sintonizar todos los esfuerzos.

Valga reiterar que el discurso era la clave para construir una coalición para la reforma, pues así se podían unificar los muchos puntos en común que en efecto compartían, lo que hubiera proporcionado a los actores políticos un lenguaje y un marco ideacional común; y a partir de ahí, negociar y discutir sobre los aspectos conflictivos en que no había consenso, de tal forma que mientras debatían sus méritos (cognitivos y normativos), construyeran conjuntamente el programa y finalmente se llegara a acuerdos sobre su implementación.

En cuanto al discurso comunicativo, debemos comenzar señalando que ante el fracaso del Gobierno para constituir un discurso coordinativo, y en consecuencia, no lograr conformar una coalición discursiva para sacar adelante vía legislativa la reforma, el gobierno de Sixto Durán-Ballén decidió jugar la carta de consultar a la ciudadanía, probablemente, animado por el triunfo que había logrado en la consulta del 28 de agosto de 1994. En esta ocasión, se formularon 11 preguntas; la pregunta que centró la mayor atención fue la referida a la posibilidad de elegir un seguro privado o mantener el monopolio del Iess. Así, el tema de la seguridad social se volvió el más importante (Ex funcionario del Conam, Quito, entrevista con la autora, 15/10/ 2016). En todas las preguntas de la Consulta ganó el No, con casi un 60%. Muchos analistas atribuyeron la derrota a los escándalos de corrupción del vicepresidente Dahik, y con

popularidad baja por la inconformidad con la gestión, en una especie de voto castigo. Sin embargo, analizando el discurso podemos agregar otra interpretación.

Evidentemente, para que se aprobara la Consulta Popular, la clave sería el discurso comunicativo, pues era necesario persuadir al público de las bondades cognitivas y normativas de la reforma. Los sindicatos del Iess dedicaron mucho esfuerzo y dinero para defender su institución, y según Carlos Jaramillo, invirtieron mil millones de sucres para defender al Instituto en el Plebiscito de noviembre de 1995 (Jaramillo, Carlos. “La seguridad social y sus bemoles”. *El Comercio*, 14 de diciembre de 1994). Por su parte, el Gobierno también invirtió mucho dinero en publicidad para hacer campaña a favor del Sí, pero fue excesivamente abrumadora y agobiante, tanto que incluso los ciudadanos recibían publicidad vía correo postal (Líder de asociación médica, Quito, entrevista con la autora, 12/12/ 2015). Por lo tanto, el Gobierno hizo una campaña publicitaria excesiva por el SI, “pues dicha propaganda en relación a la del NO, fue cuatro veces superior” (Córdova, 1995: 11). En dicha publicidad se le increpaba a la ciudadanía con este imperativo: ¡Respóndale al país! Con lo cual, se jugaba con el doble uso de responder, el de contestar a una pregunta y el de corresponder con una acción a la realizada por otro (RAE), en este caso, a lo que debería cada ciudadano devolverle al país en respuesta a lo que éste ofrecía a sus ciudadanos. También se apeló a una especie de patriotismo tricolor pues los símbolos como la bandera eran omnipresentes. Pero como lo planteó el analista Polibio Cordova cuando hacía el análisis desde CEDATOS sobre la consulta: “la primera reacción de la gente es que no aceptamos que se quiera meter el SI a como dé lugar, tienen que informarnos, tienen que decirnos de qué se trata [...] La población, en todos los casos, decía que querían la oportunidad de informarse, que se señale que quiere decir claramente, cada una de las preguntas. Cuando se preguntaba: si usted conoce o sabe el contenido de las preguntas, no llegaba al 25% el si, y sólo una cuarta parte decían que estaba enterado de lo que está planteado” (Cordova 1995, 8). De ahí que es posible afirmar que el contenido normativo apelaba al patriotismo y la ilusión por un cambio, pero sin hacer un esfuerzo por comunicar a la ciudadanía los contenidos cognitivos, por lo cual, la gente notó que no se le ofreció argumentos puntuales y claros sobre dicha reforma. El asunto no era la desinformación, sino precisamente la falta de información. El problema central consistía en que en la etapa

coordinativa, dichos argumentos no habían sido elaborados adecuadamente, en consecuencia, el Gobierno no podía transmitir un contenido cognitivo del que carecía, y se centró en transmitir su contenido normativo, es decir superar el monopolio del Iess y dar libertad de elección a los ciudadanos. En suma, al carecer de argumentos sobre porqué era necesaria y apropiada la reforma, el Ejecutivo fue incapaz de informar y orientar al público para dar que una visión clara de hacia donde estaba dirigiendo el país.

De otro lado, en una encuesta previa a la Consulta, al preguntar a la población en relación a la reforma del seguro, encontraron que el 80% decía que había que reformar el Iess. Por lo tanto, como se ha mostrado en el análisis de las propuestas, todo el mundo estaba de acuerdo en que se necesitaba un cambio, incluso los ciudadanos estaban de acuerdo en eso, pero nadie tenía claro hacia donde. Otro dato importante que arrojó la consulta, fue que en Guayaquil ganó el SI, en contraste con la sierra. Esto mostraba algo muy interesante: que en Guayaquil la empresa privada tuvo y ha tenido un gran apoyo, no solo electoralmente al elegir alcaldes de tendencia de derecha y con mentalidad privatista, sino también por las entidades que han prestado servicios sociales como la Junta de Beneficencia de Guayaquil. Por lo tanto, no ha sido el Estado el que principalmente ha ofertado servicios sociales (educación, salud, cementerio, ancianato), sino la Junta con base en una filantropía estrictamente local. Cabe señalar además, que la Junta ha gozado de una autonomía y poder de gestión, que ningún gobierno ha podido mermar.

Finalmente, el caos y la confusión de la etapa coordinativa dejó huella en la ciudadanía, quienes percibían el débil el liderazgo y autoridad del gobierno para ejecutar cambios de tales dimensiones; en estas palabras lo ponía el semiólogo José Lasso “[el gobierno] no dirige sino que extravía, que no nutre sino que desconcierta, realmente el país se queda en un pasmo como de parálisis, de desconcierto total [...]”; porque es una función esencial de la naturaleza de la autoridad dirigir, señalar direcciones, el dar normas, nutrir y esto entró en crisis, desde hace un largo rato” (Laso 1995, 32). Se reafirma lo anterior con las palabras de César Verduga “la consulta se ha convertido en un hito más de la ambigüedad del régimen de Durán-Ballén” (Verduga 1995, 18). Se muestra entonces, la importancia de transmitir

al público un discurso lo más coherente posible, lo cual depende del contenido cognitivo y normativo desarrollado en la etapa coordinativa, y del control y liderazgo del Gobierno sobre sus propios miembros, ya sea en los ministerios, instituciones o en el parlamento (Schmidt 2002).

Estrategias discursivas

Dado que ya se han explicado las estrategias cognitivas y normativas previamente, vamos a describir a continuación la ininteligibilidad deliberada. En relación a la consulta quedó claro que había una enorme confusión en la manera en que fueron redactadas las preguntas, por lo cual, nos hallamos ante un caso de ininteligibilidad deliberada. Así lo también lo percibió el líder social Ramiro Galarza cuando afirmaba que

En la discusión que tuvimos en nuestras organizaciones de base se llegó a detectar que el hecho de que las preguntas tengan una redacción tan compleja, tan difícil era evidencia de que nos estaban tomando el pelo, que nos querían engañar. Las preguntas eran difíciles de entender, de leer; se necesitaba un asesoramiento jurídico para poder comprender las preguntas de la consulta (1994, 40-41).

Veamos la pregunta referida a la seguridad social, que fue planteada de la siguiente forma: Derecho a escoger el régimen de seguridad social. ¿Debería incorporarse a la Constitución Política una disposición que diga?: Toda persona tiene el derecho a escoger libre y voluntariamente que tanto el régimen de seguridad social, como sus prestaciones y servicios estén a cargo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social o de otra institución pública o privada. El sistema de seguridad social se fundará en los principios de solidaridad y libre competencia. Evidentemente, la redacción de la pregunta es un poco oscura, especialmente porque para una persona sin conocimientos en derecho, no queda muy claro que es una disposición, o prestación, o los principios de libre competencia en un régimen seguridad social.

En cuanto a los conceptos nirvana, aparecen la universalidad, la solidaridad y la libre competencia y la eficiencia. Para el Conam la universalidad se definía como la garantía a la seguridad social en salud a toda la población, con base en el derecho ciudadano a la salud. En cuanto a la solidaridad, se definía como la redistribución de

recursos entre los diferentes beneficiarios que garantizara similares beneficios. La eficiencia aparecía bajo la denominación de sostenibilidad financiera, y hacía alusión al mejor uso de los recursos (Conam 1995, 70-71), y sería resultado de la competencia entre prestadoras y aseguradoras. Este era un conjunto de conceptos incuestionables y sugerentes, que en realidad, resultaban muy difíciles de alcanzar por los mismos motivos que en el caso colombiano: por contradicciones entre la solidaridad y la eficiencia.

Sobre la narración maniquea, ésta inicia describiendo cómo “el sistema de seguridad social ecuatoriano afronta una grave crisis en todos los ámbitos de su actividad”, y dicho diagnóstico se extiende en el documento del Conam por cinco páginas en el que se sintetiza las causas y consecuencias del problema; por ello, se determina que es tarea de máxima prioridad social reformar la seguridad social (Conam 1995, 12-18). El apartado específico para salud, es aún más directo, dado que la primera frase que aparece es: “el sistema de seguridad social en salud adolece de una serie de problemas que hacen indispensable su reforma inmediata” (Conam 1995, 58). Es necesario considerar que dicha crisis fue amplificadas de forma mediática, pues la prensa de aquel momento retrató la “insostenible crisis” del IESS y de la red pública del MSP de manera incesante, en contraste con los años anteriores, en los cuales, apenas se mencionaban esporádicamente los problemas del sector.

Así pues, antes de 1994, los medios escritos no registraban mayores noticias sobre el IESS, pero justo durante ese año, empezaron a publicar numerosos artículos sobre la catastrófica situación de la entidad, caracterizada según estos por: a) servicios excesivamente caros e ineficientes, b) apresurada, desfinanciada y demagógica ampliación de la cobertura (campesinos y afiliados voluntarios), c) un marco legal burocratizado y desactualizado, d) crisis financiera por la mora patronal de empresas privadas y del Estado con esta entidad, e) corrupción (sobrepagos en medicamentos, irregularidades en contratación, etc.), f) quejas de los afiliados, y g) excesivo poder y prebendas de los 108 sindicatos (“IESS, Radiografía de la crisis”. *El Comercio*, 21 de junio de 1994). Paralelamente, la situación de la red pública se describía como desastrosa, por ello, las huelgas y paros de los trabajadores de la salud eran constantes, duraban semanas y hasta meses. Las razones que esgrimían los huelguistas eran: la

situación crítica de los hospitales (malos equipos, falta de medicamentos, falta de pago de honorarios al personal médico, etc.), el recorte frecuente del rubro de salud en el presupuesto nacional y el constante retraso de las autoridades locales para girar lo establecido. En pocas palabras, se señalaba que los hospitales mendigaban los recursos y vivían al borde del colapso económico. Una frase publicada en la prensa es elocuente en cuanto a la situación de la red pública: “nos hemos dado cuenta que un perro del ejército tiene mejor trato que un paciente de los hospitales públicos” (“Nuevo paro de la salud”. El Comercio, 28 de octubre de 1992).

Prosigue el relato maniqueo, advirtiendo sobre el crecimiento desproporcionado en los gastos administrativos “por una alta carga burocrática con beneficios generosos, que ubican al Ecuador entre los países de más alta ineficiencia entre los países del subcontinente. La ineficiencia se mide por la proporción entre los gastos administrativos y gastos corrientes en beneficios” (Conam 1995, 64). Adicionalmente, se acusó a las entidades públicas de no tener conciencia de

lo escasos que son los recursos públicos ni del tipo de bienes y servicios que financian pues son un bien social y no solo un bien para un paciente individual. Este dilema fundamental pone permanentemente en conflicto, al interés del equipo de salud junto a su paciente, frente al interés de la sociedad en un contexto de escasez de recursos. El dilema tiende a resolverse cuanto mayor es la eficiencia con la que se utilizan los escasos recursos y cuanto mejor se definen los requerimientos de la población (Conam 1995, 61-62).

Finalmente, el Conam enfatizaba que el Iess representaba un gran problema por ser una entidad monopólica, ineficiente, con baja cobertura y calidad y que no brindaba espacios para la competencia, por ello, se proponía modificar el sistema para que entraran empresas privadas, para aprovechar las ganancias en eficiencia que podrían generarse en un contexto competitivo (Conam 1995, 21). Sin embargo, para algunos fue evidente que la propuesta del Conam contenía

Un sesgo para desdibujar el modelo del actual Iess, generar una competencia desigual y exagerar el rol del sector privado con las OMP, que es la apertura a un régimen de privatización social, donde el mercado de salud por más regulado que aparezca es de nefastas consecuencias para los sectores sociales más carenciados y donde la

rentabilidad económica lesiona los valores y principios de la salud como un derecho para todos. [...] las grandes falencias como las que se han anotado hacen que esta propuesta tal como ha sido presentada, sea inconveniente a los intereses nacionales (Echeverría 1995, 76).

En lo referente a los modelos y antimodelos, empezemos señalando que para la propuesta del Conam, el sistema estadounidense y el chileno, tenían graves problemas como la selección adversa, la exclusión de grupos vulnerables (los ancianos, enfermos crónicos, niños), las preexistencias, junto a una fuerte inequidad y falta de solidaridad; por lo tanto, estos modelos se juzgaban como totalmente inconvenientes y que no podían de ninguna manera ser considerados como una opción (Conam 1995, 66). De ahí que las mejores alternativas serían los sistemas de los países europeos, Canadá y Japón. Por lo tanto, se constituyeron en antimodelos por excelencia el ejemplo chileno y norteamericano.

Por otro lado, en el documento del Conam, se evidencia que el referente fue el modelo colombiano, es decir, la recién aprobada Ley 100 de 1993. Claramente la propuesta extrajo bastantes ideas de dicha reforma, de hecho un grupo de expertos colombianos asesoraron tanto a la subcomisión del Conam como a la Biministerial (Mesa-Lago y Lo vuolo 1998, 327). En la tabla comparativa 3.2 se muestran las similitudes entre la propuesta del Conam y la Ley 100.

Tabla 3.2. Contraste entre los componentes de la propuesta ecuatoriana al Sistema de Salud del Conam 1995 y la Ley 100 de 1993 de Colombia.

Ecuador: Propuesta de reforma al Sistema de Salud del Conam 1995	Colombia: Ley 100 de 1993
-Régimen de financiamiento: Contributivo y subsidiado. Pago por capitación.	-Régimen de financiamiento: Contributivo y subsidiado. Pago por capitación.
-Plan de beneficios: Plan Integral de Salud	-Plan de beneficios: Plan Obligatorio de salud.
-Administración: Intermediarias: Organizaciones de medicina prepagada, OMP	-Administración: Intermediarias: Entidades promotoras de Salud. EPS
-Servicios: Proveedores de servicios de salud públicos o privados.	-Servicios: Instituciones prestadoras de salud públicas o privadas.
-Regulación, control y fiscalización: Consejo Nacional de Seguridad Social y Superintendencia Nacional de Seguridad Social en Salud.	-Regulación, control y fiscalización: Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y Superintendencia Nacional de Salud.

Fuente: Información obtenida del documento del Conam (1995)

No obstante, justamente por tomar a Colombia como modelo, se cuestionó la pertinencia de la reforma, señalando que no respondía a los problemas y características del contexto ecuatoriano, y que era una idea foránea extrapolada de manera burda al país. Este hecho debilitó aún más la propuesta, pues se señalaba: “nos están vendiendo una idea que no es aplicable en nuestro país” (Leoncio Andrade, “la Reforma debe salir de aquí”. *El Comercio* 29 de agosto de 1995). Agregado a lo anterior, la reforma colombiana al ser tan reciente (había sido aprobada apenas dos años atrás) ni siquiera clasificaba como historia de éxito o como evidencia concreta que mostrara, que este tipo de reforma en efecto contribuía a mejorar el sistema de salud y a solucionar los problemas del sector.

Sobre las estrategias dialógicas, es posible afirmar que no se pusieron en práctica ni la escucha activa ni la pasiva, puesto que ni en la etapa coordinativa aparece evidencia de que desde el Ejecutivo se implementara ninguna estrategia dialógica o de negociación, pues como ya se ha relatado, había temas sobre los cuales, obstinadamente el Gobierno no cedía. En la etapa comunicativa, tampoco hay evidencia de que se hiciera un esfuerzo significativo por tender puentes dialógicos que dieran retroalimentación de lo que quería la ciudadanía y los líderes de los grupos interesados.

3.4 El cambio (1995-2015)

En 1996, con la llegada al poder de Abdalá Bucaram, un hombre errático y excéntrico, la inestabilidad e incertidumbre se apoderaron también de la reforma. Luego de su destitución la situación empeoró, pues el presidente electo por el Congreso era una figura que carecía de poder para impulsar la reforma. Más aún, “parecía que había grupos de presión a favor de una reforma *by default*, es decir, dejar que el Iess se marchitara y finalmente se quebrara, para así dejar a las fuerzas del mercado que solucionaran la situación” (Mesa Lago y Lovuolo 1998, 315). Así, se inició lo que Echeverría (1997) denomina la Fase de discontinuidad del proceso de reforma. Esta se caracteriza por: a) la suspensión de las actividades del Conasa y surgimiento de un desinterés por parte del nuevo gobierno para seguir con el debate y construcción de la reforma, b) el inicio de la llamada *Reforma silenciosa* (Echeverría et al 2012), es decir, la drástica reducción del presupuesto hasta alcanzar niveles históricos del 2.8% para

1997 y que conllevó la promoción del modelo de autogestión en los hospitales para la 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.

Aunque la drástica disminución del presupuesto había empezado mucho antes. Por ejemplo, en octubre de 1992, el recorte fue tan drástico y fueron tan precarias las condiciones de funcionamiento de los hospitales, que se inició un paro indefinido, así como la aplicación de un sistema de pagos a los usuarios⁶⁹. Esta práctica de pagar por los servicios estaba en sintonía con el modelo de autogestión y administración descentralizada de los hospitales. En contraste, se promovía el paquete de atención gratuita en salud prenatal, control de embarazo, vacunación y seguimiento del desarrollo del niño. Para el primero de julio de 1994, el 60% de los hospitales públicos empezó a cobrar el tarifario, el control de este sistema estaba a cargo del Comité de Rehabilitación Hospitalaria del MSP que supervisaría el destino de los recursos recaudados (“Subsidio Cruzado”. *El Comercio*, 20 de junio de 1994). Más adelante dicha medida (duramente criticada) fue suspendida dado que el resultado inmediato fue la drástica reducción de usuarios en los centros hospitalarios (que pasó a ser la mitad). En cuanto al gasto de salud en relación al PIB, representado en la Tabla 4.3. este venía descendiendo desde 1985, cuando alcanzó a ser del 10,10, y a partir de ahí, disminuyó hasta ser del 4,00 en 1994, y luego al mínimo histórico de 2,8 de 1997, como se muestra en el cuadro 4.3.

Tabla 3.3. Presupuesto para la salud 1985-1997

Año	Porcentaje del PIB
1985	10,10
1986	7,75

⁶⁹ En junio de 1994 se puso en práctica el llamado sistema tarifario para los servicios médicos públicos, el cual se estableció con base en una escala de cinco categorías socioeconómicas (A 100%, B 75%, C 50%, D 25, y E 0%) de acuerdo al monto de ingresos familiares, número de hijos, vivienda propia, entre otros. De acuerdo a esta escala, habría personas que por su capacidad económica deberían pagar hasta el 100% de su atención, mientras otras estarían exentas. Se le llamó el subsidio cruzado de la salud o equidad en la atención médica (que obliga a pagar más al que más posibilidades económicas tiene), el cual partía de una nueva definición de atención social concebida a partir de la categorización con base en los ingresos de los usuarios, para favorecer a los que tienen menos recursos (“Curarse ahora cuesta más”. *El Comercio*, 2 de julio de 1994.

1987	8,20
1988	8,66
1989	8,03
1990	7,63
1991	7,53
1992	5,00
1993	4,35
1995	4,00
1996	3,5
1997	2,8

Fuente: Información obtenida a partir de datos del periódico El Comercio (21 de junio de 1997).

Esta disminución dramática del presupuesto, estaba en coherencia con algunas políticas y programas que buscaban consolidar el viraje hacia la recuperación de costos, la autogestión y el aseguramiento. Por ejemplo, en 1997 se aprobó la Ley Especial de Descentralización del Estado y de Participación Social, la cual buscaba superar el centralismo y delegar funciones, atribuciones, recursos y responsabilidades a los municipios. Esta ley cubría gran variedad de áreas, entre esas, “planificar, coordinar, ejecutar y evaluar programas integrales de salud, nutrición y seguridad alimentaria” (1997). A pesar de su promulgación, los municipios nunca habían gozado de tales facultades; constituían nuevas responsabilidades que suponían un conjunto de requerimientos sobre planeación, financiación y administración que no tenían. Paralelamente, algunos programas del BM estaban en coherencia con el propósito de la Reforma Silenciosa: según el Informe de la Comisión para la Auditoría Integral del Crédito Público, que analizó la deuda externa y el destino de los préstamos realizados, los préstamos del BM fueron un poderoso incentivo para políticas nocivas a los intereses del país como:

- El BM y la Usaid promovieron la eliminación del Centro Ecuatoriano de Medicamentos e Insumos (Cemein) con el fin de debilitar los mecanismos del control estatal sobre el precio y adquisición de medicamentos. La desaparición en 1999 del Cemein se originó con base en una evaluación conjunta Fasbase/MSH/Usaid, preparada a mediados de la década y que delineaba varias opciones de reforma.

- El convenio Fasbase I condicionó la focalización de la gratuidad de atención y la recuperación de los costos de las medicinas recetadas. En el Artículo III del Acuerdo de Crédito, referido a la Ejecución del Proyecto, se establece que “excepto para los medicamentos genéricos [...] para menores de catorce años y [...] enfermedades de alto riesgo [...] las medicinas cubiertas bajo la Parte A.3 (s) del Proyecto deberán ser vendidas [...] a precios que deberán resultar en una recuperación por el MSP de al menos [...] el 35% desde mayo de 1996 hasta diciembre de 1998” (Informe de la Comisión para la Auditoría Integral del Crédito Público 2008, 45).
- El proyecto Modersa contaba con un componente para crear mecanismos de autogestión en los principales hospitales públicos del país, con los cuales los costos de la atención se trasladaron a los usuarios, afectando a la población más pobre del Ecuador. Los servicios dejaron de ser gratuitos y los sistemas de pago se generalizaron en todo el sistema de salud (Informe de la Comisión para la Auditoría Integral del Crédito Público 2008, 86).

Se puede afirmar, siguiendo la tipología de Mahoney y Thelen que durante los años de reforma silenciosa predominó el cambio denominado Deriva, que se manifestaba en una actuación de tipo pasivo-agresivo en el que se esperaba deliberadamente que tanto la red pública como el Iess se debilitaran. Este descuido deliberado por parte de las autoridades se evidenció de manera clara en el grave desfinanciamiento del sistema de salud. Tal descuido produjo el cobro de tarifas por partes de los hospitales, la negación o recorte de servicios y el posterior empeoramiento de la calidad de los servicios que prestaban. Así, luego del fracaso en la instauración de la reforma, mientras en la superficie parecía que la estabilidad se mantenía pues las leyes no cambiaron formalmente, el cambio gradual empezó a gestarse, pues ante el paupérrimo servicio que prestaba la red pública e incluso el Iess, muchas personas optaron por contratar medicina prepagada o seguros privados. Evidentemente, las instituciones requieren un mantenimiento activo en respuesta a los cambios que ocurran en el contexto económico y social, y sin duda alguna, tanto el Iess como la red pública fueron instituciones que estaban ingresando a un proceso de obsolescencia en relación a las nuevas demandas y a la situación de ajuste por la que atravesaba el

país. En ese sentido, no sólo dejó de ampliarse la cobertura, tampoco se mejoraron los servicios ni se reestructuraron las políticas existentes para responder al entorno cambiante. Dicho “mantenimiento” no se realizó, pues luego de fracasar en la reforma, se esperaba que el sistema público decayera paulatinamente. Por ello, desde que la reforma quedó paralizada, el Iess y la red pública continuaron su inexorable deterioro, que puede ser una política deliberada para facilitar y justificar una reforma más drástica más adelante, o simplemente un resultado de la inercia del gobierno por el estancamiento político de aquellos años (Mesa-Lago y Lo vuolo 1998, 329-330).

La Constitución de 1998

La Constitución de 1998, de acuerdo a lo mencionado por Basabe, Pachano y Acosta:

Inaugura la segunda etapa democrática del país. La crisis financiera de 1999, la caída de los precios del petróleo y un tibio proceso de reformas institucionales son los principales rasgos de esta fase. En lo institucional, los poderes del Ejecutivo se incrementan, con la consiguiente merma en la capacidad de maniobra del Legislativo. Como consecuencia de ello, el desprestigio del Congreso crece y sus funciones se restringen a lo fiscalizador. Por otro lado, la ausencia de partidos de ámbito nacional reorienta a los líderes hacia la política local, sentando las bases para el surgimiento de opciones antisistémicas (2010, 83).

En cuanto al contenido del sector salud en la Constitución, este fue producto de un trabajo mancomunado entre el Ministerio de Salud, Conasa, el Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (Cepar) y la cooperación de la OPS/OMS. Las entidades mencionadas organizaron para finales de 1997, numerosos talleres en varias ciudades del país (Cuenca, Guayaquil, Ibarra, Ambato), donde dialogaron con representantes de instituciones del sector salud y otros interesados. De estos talleres nació la propuesta para la Primera Conferencia Nacional de Salud, realizada en enero de 1998 en Quito. Producto de estos encuentros, surgió también el Anteproyecto de Reforma Constitucional, documento que el presidente del Conasa presentó a la Asamblea Constituyente.

Gracias a este proceso y a la constante gestión del Ministro Asdrúbal de la Torre, se incluyó un capítulo para la salud y varios artículos trascendentales en la Constitución.

Este suceso, “abrió el camino para la implementación de la reforma sectorial” (Hermida 2011, 302). También se debe mencionar que las organizaciones civiles tuvieron un papel preponderante en este proceso, pues incluso, mientras la Asamblea Constituyente sesionaba, dichas organizaciones ya habían articulado propuestas a la discusión que posteriormente, lograron que se desarrollara una sección específica para el tema de la salud. Asimismo, dentro de las propuestas estaba contemplada la creación de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (Losns). Específicamente, la Constitución de 1998 estableció en el Artículo 42 que

el Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia (Constitución de la República del Ecuador 1998).

Otros artículos referentes a la salud señalan que: “El Estado organizará un sistema nacional de salud, que se integrará con las entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector. Funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa” (Constitución de la República del Ecuador 1998). O como menciona el Artículo 46:

El financiamiento de las entidades públicas del sistema nacional de salud provendrá de aportes obligatorios, suficientes y oportunos del Presupuesto General del Estado, de personas que ocupen sus servicios y que tengan capacidad de contribución económica y de otras fuentes que señale la ley. La asignación fiscal para salud pública se incrementará anualmente en el mismo porcentaje en que aumenten los ingresos corrientes totales del presupuesto del gobierno central. No habrá reducciones presupuestarias en esta materia (Constitución de la República del Ecuador 1998).

A pesar de reconocer la responsabilidad estatal en garantizar el derecho a la salud, la Constitución de 1998 abrió la posibilidad de que la seguridad social “se [preste] con la participación de los sectores público y privado, de conformidad con la ley”; elemento ratificado más adelante con la Ley de Seguridad Social expedida en el 2001. En el Artículo 304 se afirma:

Integran el Sistema Nacional de Seguridad Social: el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (Iess), el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (Issfa), el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (Isspol), las Unidades Médicas Prestadoras de Salud (UMPS), las personas jurídicas que administran programas de seguros complementarios de propiedad privada, pública o mixta, que se organicen según esta Ley (Ley de Seguridad Social 2001, 33).

En cuanto al Sistema Nacional de Salud, la Constitución de 1998 fue poco específica al respecto, pues dejó abierta su organización a futuras leyes (Hermida, 2011).

Adicionalmente, cabe resaltar que la nueva Constitución representaba un cambio por desplazamiento, dado que era una nueva norma que reemplazaba a la Constitución de 1979. No obstante, se ha señalado que fue una Constitución de tipo neoliberal al abrir la puerta a la participación del sector privado en áreas como el manejo de agua potable, la energía, minería, comunicaciones, etc. que se determinaron como posible su gestión a través del modelo de concesión. Asimismo, “otro ámbito que abordó la Constitución de 1998 también demuestra las orientaciones que afectaron la institucionalidad del Estado central. Por primera vez en la historia se introdujeron conceptos tales como “autonomía”, “desconcentración” y “descentralización”, así como el de “regímenes especiales” por consideraciones demográficas y ambientales (Arts. 224 hasta 241) para generar sus propios recursos” (Paz y Miño 2008).

Cabe recordar que La Constitución surgió en un contexto de crisis política, dada la reciente destitución de Abdalá Bucaram, la inestabilidad política y la falta de legitimidad de los partidos políticos. Por lo tanto, la Asamblea Constituyente fue parte de un esfuerzo por tratar de salir de la crisis política, y a la vez actualizar la Carta Magna con el reconocimiento de nuevos derechos y demandas de pueblos indígenas, y determinando de paso al mercado como motor del desarrollo. Por lo tanto, los agentes insurrectos supieron identificar la oportunidad en aquel momento de crisis, y aprovecharon para llevar a cabo cambios rápidos al crear una nueva norma.

De otra parte, la Constitución de 1998 y la crisis económica de ese año, fueron el telón de fondo de la discusión para la formulación de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud en el 2000. En ese año, la dirección ejecutiva de las Asociaciones de Facultades Ecuatorianas de Medicina (Afeme), solicitó a los decanos trabajar junto

con el Conasa en esa dirección. Como primer aporte, realizaron el Seminario Nacional sobre el Sistema Nacional de salud del Ecuador, financiamiento con Aseguramiento universal, organizado también por MSP, Modersa y la OPS/OMS. Este fue un paso contrario “frente a la insistente propuesta de organismos internacionales de crédito de implementar un modelo similar a la Ley 100 de Colombia” (Hermida 2011, 20). Un segundo aporte de esta alianza fue la organización del Primer Congreso por la Salud y la Vida (Cosavi I).

El Cosavi I fue realizado en mayo de 2002 en Quito, y organizado por la Comisión Técnica de la Reforma del Conasa, Afeme, algunas ONG, representantes del MSP, Iess, OPS/OMS, Unicef y Consesup. Bajo su cronograma, se llevaron a cabo siete talleres regionales pre-congreso en las facultades de medicina del país. Dicho congreso produjo el documento denominado “Declaración de Quito. Por la salud y la vida” (2002), que fundamentalmente planteaba:

- Establecer una Política Nacional de Salud y garantizar su aplicación y vigencia.
- Exigir la aprobación y vigencia de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud.
- Exigir el cumplimiento de lo consignado en la Constitución sobre la asignación presupuestaria anual para el Ministerio de Salud Pública.
- Apoyar el proceso de descentralización en salud con la rectoría del Ministerio de Salud Pública y la conformación de los Consejos de Salud y la organización del Sistema Nacional de Salud.
- Reconocer los saberes ancestrales y las medicinas complementarias por parte de los organismos estatales.
- Exigir condiciones laborales equitativas y dignas a los profesionales y trabajadores del sector salud.
- Fortalecer el Consejo Nacional de Salud, (Conasa) y bajo su liderazgo, institucionalizar el Congreso Nacional por la Salud y la Vida, a realizarse por lo menos cada dos años.

La Ley de Seguridad Social de 2001

En mayo de 1999 inició el trámite legislativo del proyecto que se convertiría en la Ley de Seguridad Social del 2001. En el archivo legislativo consta que de acuerdo a la segunda disposición transitoria de la Constitución, se creó una Comisión Interventora del Iess para analizar y proponer cambios en dicha institución. Esta comisión propuso tres proyectos: a) Ley de bases del seguro social obligatorio; b) Ley reformativa del sistema de pensiones; y c) Ley de reformas a la Ley codificadora de Seguro Social Obligatorio.

No obstante, la Comisión de Legislación y codificación solicitó unificar en un solo cuerpo estos tres proyectos. La exposición de motivos señala que era necesario plantear esta ley para: a) adecuar la seguridad social a los principios y normas de la nueva Constitución. b) era necesario transformar el Iess para recuperar el equilibrio financiero, mejorar la gestión, y mejorar los servicios a los afiliados; d) para actualizar el arcaico sistema de seguridad social que llevaba vigente por más de medio siglo, sin ponerse a tono con la nueva realidad demográfica del país, e) consolidar y racionalizar la seguridad social. f) hacer más eficiente la administración, y g) equiparar los beneficios con las contribuciones.

Entre otras cosas, se proponía transformar las unidades médicas en entidades autónomas autofinanciables, además que los afiliados pudieran escoger y elegir libremente entre prestadoras de salud, y hacer la contratación de médicos y odontólogos por la modalidad de pago por capitación. Otra novedad, que de hecho se aprobó y se convirtió en Libro Cuarto “De los sistemas de Seguridad social y de seguro privado” fue incorporar los seguros privados. Cabe resaltar que la exposición de motivos del archivo legislativo estaba incompleta, pues solo llega a la página catorce, por lo cual fue imposible indagar más en ese documento.

La Ley se rige por los siguiente principios rectores que aparecen en el artículo 1: El Seguro General Obligatorio forma parte del sistema nacional de seguridad social y, como tal, su organización y funcionamiento se fundamentan en los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiariedad y suficiencia. Para efectos de la aplicación de esta Ley:

- Solidaridad es la ayuda entre todas las personas aseguradas, sin distinción de nacionalidad, etnia, lugar de residencia, edad, sexo, estado de salud, educación, ocupación o ingresos, con el fin de financiar conjuntamente las prestaciones básicas del Seguro General Obligatorio (Ley de Seguridad Social 2001, 11).
- Obligatoriedad es la prohibición de acordar cualquier afectación, disminución, alteración o supresión del deber de solicitar y el derecho de recibir la protección del Seguro General Obligatorio (Ley de Seguridad Social 2001, 11).
- Universalidad es la garantía de iguales oportunidades a toda la población asegurable para acceder a las prestaciones del Seguro General Obligatorio, sin distinción de nacionalidad, etnia, lugar de residencia, sexo, educación, ocupación o ingresos (Ley de Seguridad Social 2001, 11).
- Equidad es la entrega de las prestaciones del Seguro General Obligatorio en proporción directa al esfuerzo de los contribuyentes y a la necesidad de amparo de los beneficiarios, en función del bien común.
- Eficiencia es la mejor utilización económica de las contribuciones y demás recursos del Seguro General Obligatorio, para garantizar la entrega oportuna de prestaciones suficientes a sus beneficiarios (Ley de Seguridad Social 2001, 11).
- Subsidiariedad es el auxilio obligatorio del Estado para robustecer las actividades de aseguramiento y complementar el financiamiento de las prestaciones que no pueden costearse totalmente con las aportaciones de los asegurados (Ley de Seguridad Social 2001, 11).
- Suficiencia es la entrega oportuna de los servicios, las rentas y los demás beneficios del Seguro General Obligatorio, según el grado de deterioro de la capacidad para trabajar y la pérdida de ingreso del asegurado (Ley de Seguridad Social 2001, 11).

Cabe recordar que la Constitución de 1998, determinó al Iess como una entidad técnica, administrativa, financiera y presupuestaria, con personería jurídica y patrimonio propio. Además, le asignó la responsabilidad de administrar el seguro social obligatorio en todo el territorio nacional dotándolo de autonomía normativa.

Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud de 2002

El primer debate para el Proyecto de Ley Orgánica del Sistema Nacional de salud, número 23-820 se llevó a cabo el 10 de julio de 2002. En el archivo legislativo de esta Ley, se pueden apreciar los principales temas del debate.

a) Un continuo reproche hacia los sindicatos, que en palabras de varios asambleístas: “para nadie es desconocido que el sindicalismo público también esconde una enorme ineficiencia, también el sindicalismo público esconde mediocridad, porque no hay quien controle a los actores encargados de cumplir sus responsabilidades en materia de salud” (2002, 43).

b) Un punto que tuvo bastante acogida fue la necesidad de descentralizar y desconcentrar, así como la necesidad de replantear la composición de los Consejos Cantonales, las competencias de los entes parroquiales, cantonales y provinciales en materia de salud. Otra parte del debate estuvo orientada hacia la necesidad de veedurías, los mecanismos de evaluación y control, y los mecanismos de exigibilidad y las sanciones para quienes violen la ley.

c) La perspectiva pluricultural en el campo de la salud, y la necesidad de un enfoque intercultural que tuviera en cuenta los conocimientos y prácticas ancestrales de las comunidades indígenas, afro, etc. Medicinal tradicional que para que fuera integrada y complementada. Se finaliza el debate abordando el tema del financiamiento, y de la solidaridad encarnada en que los asegurados aporten a un fondo para el sistema, y con la necesidad de producir e impulsar medicamentos genéricos.

d) Se evidencia que la Ley estaba dirigida a la población más pobre y vulnerable, aquella que no tenía posibilidad de acceder a los servicios de salud; Esto resalta la apreciación del Asambleísta Becerra Cuesta (2002, 33): “Bien sabemos que hablando de salud, la gente de nivel medio hacia arriba, y sobre todo la gente adinerada, le importa un pepino este sistema de salud, ellos ya tienen seguros privados. Esta si es una lucha de los pobres, esta si es una lucha de los pueblos, es si es una lucha auténtica”. Por lo tanto, era claro que la ley estaba pensada para que la población más pobre tenga atención y cobertura sanitaria. A las personas de extrema pobreza que no

tienen servicio de salud, y que este era un trabajo a favor de los más pobres y vulnerables”. Por su parte, Cecilia Calderón señalaba que

Si no hay un objetivo de reaseguramiento, la solidaridad se daría solamente entre los pobres y los más pobres, [...] Los ecuatorianos de clase media hacia arriba no van a los hospitales públicos y por tanto es necesario asumir como verdad que son los pobres y los más pobres, quienes van a los hospitales o a los servicios públicos de prestación de salud, y para ellos, para que puedan acceder a la salud son sometidos a procesos humillantes a través de un dictamen de una orientadora social, [...]. Este mecanismo debe ser cambiado, por eso hago énfasis en el tema de aseguramiento que es un sistema válido para para la redistribución del ingreso (2002, 38).

El segundo debate, llevado a cabo el 22 de agosto de 2002, planteó la discusión sobre si incluir o no a las entidades privadas con fines de lucro en el sistema, además del tema de la investigación en salud. El 17 de septiembre se pone en conocimiento la objeción parcial del Vicepresidente Constitucional de la república, el ingeniero Pedro Pinto Rubianes, al Proyecto de Ley del Sistema Nacional de Salud. Allí entre otras cosas, resaltaba que se enfatice en la necesidad de conservar la autonomía administrativa, técnica, funcional y financiera de los organismos autónomos o de derecho privado que integran el sistema nacional de salud. Allí se originó un interesante debate, puesto que reemplazar la palabra rectoría por coordinación, para algunos asambleístas, suponía un cambio de fondo, puesto que la primera palabra involucraría control, mandato e incluso coordinación, mientras que la segunda la consideraban débil y sin mucho musculo para tomar las riendas del sistema. En general, la mayoría de diputados estuvieron de acuerdo en aceptar el veto parcial del vicepresidente.

Sobre el veto parcial, vale la pena profundizar un poco más. Lo que sucedió fue que la Junta de Beneficencia, el Solca, la Cruz Roja y la Sociedad Protectora de la Infancia, sentían amenazada su autonomía por culpa de la nueva Ley. Lo que inquietaba a estas entidades, en primer lugar, era que se estipulara al Conasa como la coordinadora técnica y administrativa de todas las entidades privadas o públicas del sector, pues esto significaba una “intervención directa en la parte operativa, financiera, administrativa y económica, de entidades privadas (Proyecto de Ley 2002)” alegando

que su autonomía les había permitido ser eficientes en comparación a los hospitales estatales. En segundo lugar, les preocupaba en gran manera que el sistema se financiara coordinadamente con los recursos administrados por los diversos integrantes del sistema (Aspiazu, Lautaro. “La Junta y el Sistema nacional de salud”. *El Universo*, 4 de septiembre de 2002). En esta discusión se despertó un apasionamiento de tipo regionalista, pues como lo afirmaba Jaime Nebot, esto como una “intromisión centralista para manejar el área operativa, económica y financiera de entidades serias y fructíferas” (“SOLCA y Junta de Beneficencia defienden autonomía”. *El Universo*, 29 de Julio de 2002). Finalmente, como ya se mencionó este debate se zanjó con el veto parcial a la Ley, donde se les garantizó su autonomía administrativa, técnica y funcional.

En síntesis, con Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, se buscaba: a) establecer un diagnóstico de la situación del sector, el cual adolecía de: a) Gestión ineficiente y limitada calidad, b) subutilización de servicios, c) ausencia de operación sostenida, d) política de administración de recursos humanos inexistente, e) inadecuada distribución de tecnología y acceso insuficiente a medicamentos, f) falta de estrategias y políticas nacionales de mediano y largo plazo para garantizar acceso universal y equitativo a la salud, g) carencia de políticas de Estado en salud, h) falta de un ordenamiento jurídico para articular y organizar el sector, i) falta de coordinación en la gestión y financiamiento de los servicios de salud, j) existencia de gran fragmentación y la consiguiente superposición y duplicación de acciones, k) acceso diferenciado a la atención de calidad según capacidades socioeconómicas individuales, l) inexistencia de una propuesta nacional de cobertura de salud poblacional y de garantía de calidad en la atención, m) un modelo atención con énfasis en lo curativo y asistencial, enfocado en la oferta, y en aspectos biológicos e individuales, n) asignación insuficiente de recursos por parte del Estado, ñ) gasto desordenando, y un alto porcentaje de gasto directo de bolsillo de la población para resolver problemas de salud. En síntesis: “baja cobertura en las acciones de prevención y control de salud pública, mala calidad de atención a las personas, ausencia de una cultura por la salud y deterioro en las condiciones de salud y vida de la población con su consecuente incidencia negativa en el desarrollo socioeconómico del país (Proyecto de Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud 2002, 10)”. En

concreto, los objetivos del Sistema Nacional de Salud que se establecieron en la Ley fueron:

- Garantizar el acceso equitativo y universal a servicios de atención integral de salud, a través del funcionamiento de una red de servicios de gestión desconcentrada y descentralizada.
- Proteger integralmente a las personas de los riesgos y daños a la salud, al medio ambiente de su deterioro o alteración.
- Generar entornos, estilos y condiciones de vida saludables.
- Promover, la coordinación, la complementación y el desarrollo de las instituciones del sector.
- Incorporar la participación ciudadana en la planificación y veeduría en todos los niveles y ámbitos de acción del Sistema Nacional de Salud (Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud de 2002)

En cuanto a los principios del Sistema Nacional de Salud, se estableció que se regiría por:

1. Equidad: garantizar a toda la población el acceso a servicios de calidad, de acuerdo a sus necesidades, eliminando las disparidades evitables e injustas como las concernientes al género y a lo generacional (Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud 2002).
2. Calidad: buscar la efectividad de las acciones, la atención con calidez y la satisfacción de los usuarios (Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud 2002).
3. Eficiencia: optimizar el rendimiento de los recursos disponibles y en una forma social y epidemiológicamente adecuada (Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud 2002).
4. Participación: promover que el ejercicio ciudadano contribuya en la toma de decisiones y en el control social de las acciones y servicios de salud (Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud 2002).
5. Pluralidad: respetar las necesidades y aspiraciones diferenciadas de los grupos sociales y propiciar su interrelación con una visión pluricultural (Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud 2002).

6. Solidaridad: satisfacer las necesidades de salud de la población más vulnerable, con el esfuerzo y cooperación de la sociedad en su conjunto (Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud 2002).

7. Universalidad: extender la cobertura de los beneficios del Sistema, a toda la población en el territorio nacional (Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud 2002).

8. Descentralización: cumplir los mandatos constitucionales que consagren el sistema descentralizado del país (Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud 2002).

9. Autonomía: acatar la que corresponda a las autonomías de las instituciones que forman el Sistema (Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud 2002).

En lo referente al modelo de atención y de gestión, se planteó que existiera un Plan Integral de Salud, basado en un modelo de atención, con énfasis en la atención primaria y promoción de la salud, en procesos continuos y coordinados de atención a las personas y su entorno, con mecanismos de gestión desconcentrada, descentralizada y participativa. Dicho plan se desarrollaría en los ambientes familiar, laboral y comunitario, promoviendo la interrelación con la medicina tradicional y medicinas alternativas. En cuanto al modelo de gestión, se estableció que el Estado fuera el rector, financiador, proveedor y coordinador del sistema. Como autoridades, el Sistema contaría con:

1. En el nivel nacional, con el Consejo Nacional de Salud, Conasa.
2. En el nivel provincial, con los Consejos Provinciales de Salud, CPS.
3. En el nivel cantonal, con los Consejos Cantonales de Salud, CCS.

De otro lado, el contenido final de la ley fue “producto de fuertes negociaciones cuyo resultado final impidió que esta Ley se convierta en un verdadero instrumento de reforma” (Villacres y Guerrero 2007, 302). Es importante señalar que esta Ley sobresale como una manifestación latente de “una nueva cultura de la participación ciudadana”, en ese sentido, todos estos cambios en el nivel institucional del Estado son producto de la exigencia de organizaciones sociales, en las que intervienen también las autoridades y los delegados institucionales. (Hermida 2007, 285). Es decir, y de acuerdo a Hermida, el proceso:

[Fue] el resultado de un trabajo interinstitucional, colectivo y participativo, en el cual el Conasa actuó como facilitador y gestor, principalmente a través de su Comisión Técnica de Reforma. Por medio de estos instrumentos se juntaron los esfuerzos de las instituciones y organizaciones pertenecientes al Conasa y las de las agencias de cooperación externa, particularmente de las Naciones Unidas, en una construcción nacional con identidad, basada en la participación y el consenso, que inició su largo proceso de implementación (2007, 286).

Por lo tanto, el discurso coordinativo durante el diseño de la Losns fue muy fuerte, puesto que participaron diversos actores y organizaciones, y a través del debate y la escucha activa pudieron llegar a consensos (Ex asesor del proceso legislativo, Quito, entrevista con la autora, 21/06/ 2016).

3.5 Punto B: las medidas del Gobierno de Rafael Correa

En el gobierno de Rafael Correa, el Ejecutivo estableció que las políticas sociales, especialmente salud y educación, serían prioritarias. En consecuencia, en 2007, el Ejecutivo decretó el estado de emergencia del sector salud. Era la primera vez que en el país se planteaba esta emergencia por la paupérrima situación de la prestación del servicio. Esta medida buscó otorgarle una mayor asignación presupuestaria para el mejoramiento del sector. Es importante mencionar que en este contexto de emergencia, se firmó el Convenio de Cooperación entre el MSP, el Iess y el Conasa, cuyo objetivo fue:

Fortalecer el Sistema Nacional de Salud con la rectoría del Ministerio de Salud Pública, a través de la acción mancomunada y articulada, del Ministerio de Salud y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social para ampliar y mejorar la cobertura de los servicios de salud y garantizar a la población ecuatoriana una atención con equidad, calidad y eficiencia (Hermida 2007, 45).

Dicho objetivo se lograría a través de la conformación de una comisión que estudiaría la factibilidad de ampliar, progresivamente, la cobertura hacia cónyuges y menores de seis años para afiliados al Iess, así como para los beneficiarios del Bono de Desarrollo y sus familiares. Tal comisión también estaba interesada en desconcentrar la provisión de información a nivel provincial, definir mecanismos de pagos recíprocos entre las entidades (dado que se buscaba la coordinación, integración e intercambio de las

prestaciones a través de una red plural de servicios de salud formado por estas entidades), y establecer la prioridades de gestión de los recursos humanos y de infraestructura y equipamiento.

En 2008, la Ministra de Salud Caroline Chang creó el Grupo de Apoyo para la Transformación del Sector Salud (conformado por funcionarios del MSP, el Ministerio Coordinador para el Desarrollo Social, consultores de las Naciones Unidas, la OPS/OMS, Unfpa y Unicef). Este grupo tenía dos tareas: coordinar estrategias para abordar el contenido constitucional del sector salud en la Asamblea Nacional Constituyente y desarrollar análisis y propuestas concretas para el Sistema Nacional de Salud. Sobre la primera tarea, se presentaron propuestas a la Asamblea Constituyente para garantizar el derecho a la salud, organizar el Sistema Nacional de Salud, establecer el rol y el papel de la autoridad sanitaria nacional y garantizar el financiamiento y todo aquello relacionado con recursos humanos. No obstante, existía un enconado enfrentamiento para definir el modelo de salud: por un lado se encontraba la propuesta del Ejecutivo, encabezado por el MSP y el MDCS (Ministerio de Desarrollo y Coordinación Social) encaminada hacia un sistema de salud pública y de carácter universal, financiado por impuestos. Por otro lado, se presentaba la propuesta del Iess de un seguro universal, financiado por contribuciones y recursos estatales (al estilo Costa Rica).

En dicho escenario, se evidenció de nuevo la dificultad para consolidar un discurso coordinativo, dado que se creó una oposición institucional por parte del Iess, el cual no veía con buenos ojos adscribirse presupuestariamente y articular sus servicios con el sistema público. Se llevaron a cabo numerosas reuniones para lograr conciliar sus diferencias y presentar una propuesta unificada, sin embargo, tal consenso nunca se logró. Inclusive, después de varios intentos y cuando se vislumbraba un consenso, el Iess apareció nuevamente con su propia propuesta. Este ejemplo evidencia claramente la dificultad para dialogar y construir consensos. De hecho, “la dificultad mayor en el proceso de inclusión del SNS en la nueva Constitución, como propuesta del ejecutivo, radicó en la tenaz resistencia de los funcionarios del Iess para concertar posiciones. No es que solamente se aferraron a su aseguramiento [...] sino que también mantuvieron una posición esquivada” (Hermida 2011, 62). Por lo tanto, podemos notar

una vez más la dificultad para consolidar un discurso coordinativo, dado que la pugna entre el Grupo de Apoyo para la Transformación del Sector Salud y el Iess, no permitió crear una propuesta unificada. Su dificultad radicó en “la falta de relación orgánica con la señora ministra y los señores subsecretarios para retroalimentación mutua, la escasa relación con actores clave de las instituciones del Conasa como la Junta de Beneficencia, Solca y otros, así como con los directos del MSP, para intercambio recíproco” (Hermida 2011, 44). En cuanto al discurso comunicativo, destaca como afirma César Hermida que:

el MSP mostró cierta debilidad política en el manejo comunicacional del tema al no insistir de manera pública en la necesidad de consolidar el nuevo Sistema Nacional de Salud. El Iess mantuvo su propia posición con una agenda interna de carácter político, de acuerdo a su propia estrategia, esperando los planteamientos del MSP para refutarlos, y adelantando su trabajo con los miembros de la ANC (2011, 62).

A pesar de estos escollos, el MSP y el MCDS contaban con el respaldo del presidente y con tal apoyo, iniciaron su trabajo con los Asambleístas. Así, junto con la mediación de Augusto Barrera y la consolidación de un grupo de trabajo (Benjamín Puertas, coordinador del equipo, Rubén Armendáriz, Sebastián Oleas, Daniel Gutiérrez, Juan Vascón, Laura Ramírez, César Hermida y Daniel Gutiérrez), en abril se realizaron las primeras visitas a la ANC por parte del grupo TSS.

Como parte del proceso de discusión con la Asamblea, en mayo de 2008 en Quito, se realizó el “Foro sobre la Transformación sectorial de salud y la Asamblea Nacional Constituyente”. En él expusieron Jorge Prospero (OPS), Oscar Feo (secretario ejecutivo del organismo Andino de Salud) y Mauricio Torres (coordinador de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social), entre otros. Otro taller fue el realizado en mayo, con la presentación de Eduardo Levcovitz de la OPS, César Hermida a nombre de la MSP y Hernán Montenegro de la OPS.

Cabe resaltar que, previo a la Asamblea, se inició también un proceso de diálogo, debate y participación ciudadana. Desde inicios de 2007 se desarrollaron diversos foros, asambleas sectoriales y ciudadanas, organizadas principalmente por el Conasa y el Ministerio de Salud Pública. Todas estas actividades sirvieron de insumo para el

Tercer Congreso Nacional por la Salud y la Vida, realizado en Cuenca en abril de 2007. La comisión organizadora de este congreso fue integrada por el MSP, Conasa, representantes de la OPS/OMS, del Unfpa y de Unicef. Su propósito consistió en construir una propuesta concertada sobre ejes temáticos prioritarios en salud para que fueran tomadas en cuenta por la Asamblea Constituyente. Como parte del proceso se realizaron talleres en veintiún provincias del país y de estos, surgió una propuesta de reforma para la ANC con los ejes temáticos prioritarios en salud, discutidos en los talleres provinciales. La propuesta que salió de este congreso, fue complementada con diversos aportes, y discutida en el Consejo de Desarrollo Social y el Senplades, para prepararla y entregarla a la Asamblea Nacional Constituyente.

La discusión sobre la salud fue desarrollada en las mesas primera y séptima. De ellas surgió el texto definitivo que garantiza la salud como derecho, estipula el sistema nacional de salud y el acceso a los niveles de atención y la promoción en salud; determina la intersectorialidad, y asocia la salud al concepto de *sumak kawsay* y a sus determinantes sociales. Mediante referéndum realizado en septiembre de 2008, se aprobó el contenido de la nueva Constitución (Hermida 2011, 44).

El contenido de la Carta Magna se orienta a garantizar un conjunto de derechos, entre estos el de la salud, y en ese sentido, alcanzar un país más equitativo, justo y solidario. Agregado a lo anterior, el Artículo 366 busca garantizar que los recursos para la salud sean suficientes, oportunos, regulares y su fuente debe ser el Presupuesto General del Estado. Esto con el fin de superar el desfinanciamiento crónico que se vivió en la década del noventa. En este sentido, un logro innegable del gobierno de Correa ha sido aumentar significativamente el gasto en salud para realizar inversiones en el mejoramiento de la infraestructura hospitalaria, equipamientos e insumos médicos, la creación de nuevos programas y servicios, la construcción de nuevas unidades hospitalarias y la remodelación y equipamiento de las restantes. Todo lo anterior ha garantizado la gratuidad de los servicios en la red pública, aumentado significativamente la cobertura así como la calidad de los servicios.

Por su parte, desde el 2009 se ha venido trabajando en el proyecto “Transformación Sectorial de Salud en el Ecuador” (TSSE), que con base en los postulados de la Constitución de 2008, se orienta a hacia la construcción del Sistema Nacional de

Salud, para garantizar el acceso universal y gratuito a los servicios de salud, mediante una atención integral y de servicios estructurados en una red pública y con atenciones de calidad y eficiencia. Los objetivos principales del TSSE son: a) Fortalecer el rol de la autoridad sanitaria y del modelo de atención integral, familiar, comunitaria e intercultural; b) Garantizar el financiamiento suficiente y oportuno para la atención integral de salud. c) Optimizar la organización y gestión coordinada de los proveedores de salud, a través de una red integrada (red complementaria, ISS, FFAA, red pública, etc.). d) Promover y garantizar los espacios de participación y control ciudadanos.

Cabe señalar que el Plan Nacional para el Buen Vivir (2009-2013), complementó esta reestructuración y reforzamiento del sistema de salud. Así, se buscó establecer un sistema de gestión pública más transparente y eficiente, orientado hacia el gasto social (educación, salud, vivienda, etc.). También garantizó los derechos fundamentales a través de la concepto del Buen Vivir; el cual reconoce la convivencia ciudadana basada en la diversidad y la armonía con la naturaleza, para alcanzar el buen vivir, es decir, el *sumak kawsay*.

En el Plan se reitera el liderazgo del Ministerio de Salud como primera autoridad sanitaria a través de profundos procesos de reforma y reestructuración. Básicamente dos cambios institucionales han consolidado su papel como máximo ente rector del sector: el Estatuto Orgánico por procesos y una nueva estructura del MSP con dos viceministerios (Viceministerio de Gobernanza de la Salud Pública: rol rector, y el segundo en el Viceministerio de Atención Integral de la Salud, rol prestador), Así, a través de este nuevo modelo se han creado nueve Coordinaciones Zonales que monitorean, controlan y cumplen las directrices y los programas de salud. A su vez, se han inaugurado 139 Direcciones Distritales las cuales planifican con base en indicadores de salud de los sectores donde están ubicados, para gestionar mejor el sistema.

Asimismo, el Viceministerio de Gobernanza ha emitido reglamentos, instructivos, guías de práctica clínica, etc., que consolidan un marco normativo claro para el sector. Un lugar destacado merece el Reglamento Sanitario del Etiquetado de Alimentos

Procesados para el Consumo Humano, el “semáforo de alimentos” que ha sido una normativa novedosa para la región, y que ha sido una de las muestras más fehacientes de las políticas preventivas en salud. Igualmente, se destaca el desarrollo de un Modelo de Gestión Pública orientado hacia la desconcentración.

En la actualidad, el MSP ofrece la provisión de servicios más grande del país, pues cuenta con el 47% de la infraestructura: unidades ambulatorias y hospitales, y con esta atiende al 51% de la población. Por su parte, el Iess cuenta con el 24% de los establecimientos de salud. Además, el MSP ha logrado mejorar el talento humano de la red pública a través de varios mecanismos: a) incremento de personal, con la contratación de más de 5.000 profesionales de la salud entre 2012 y 2015, b) mejoras en la remuneración, ya que se cuadruplicó el salario del personal médico, el cual se ubicaba en un rango de US\$ 919 a US\$ 1.197 mensuales y se elevó a un rango de US\$ 1 676 a US\$ 4 000 mensuales con bono de residencia; c) aumento de la jornada laboral a ocho horas diarias; d) creación de sistemas de incentivos laborales para mejorar el desempeño (bonos de residencia, por eficiencia y geográficos) e) plan retorno para repatriar profesionales de salud; f) becas para mejorar la formación de médicos familiares; y g) formación de residentes.

En enero del 2011, se expidió el Decreto Ejecutivo N° 618 que volvió a establecer el Estado de excepción sanitaria en toda la red del Ministerio de Salud Pública, especialmente en los hospitales Eugenio Espejo y Baca Ortiz, de Quito; Ycaza Bustamante y Abel Gilbert, de Guayaquil; Verdi Cevallos Balda, de Portoviejo; Delfina Torres, de Esmeraldas; Alfredo Noboa, de Guaranda; y José María Velasco Ibarra, de Tena.

A partir de 2013, se ha venido implementado el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), el cual ha contribuido a reestructurar los niveles de atención, teniendo como horizonte la promoción de la salud, la prevención, y abordando la salud desde una perspectiva familiar y comunitaria, en el marco de la garantía de derechos. El MAIS ha constituido en el eje de la reestructuración institucional del sector, no obstante, hasta la fecha, no se ha finalizado su completa implementación.

Evidentemente, desde 2007 hasta el 2015, el gobierno Correa le ha dado un apoyo indiscutible al sector, a través de un aumento sustancial de inversión que ha contribuido al mejoramiento de la infraestructura, inversión en recursos humanos y desarrollo de un nuevo modelo de gestión, todo lo anterior, para atender la demanda, aumentar la cobertura y mejorar sustancialmente la calidad en la prestación de servicios. No obstante, una crítica constante durante estos últimos diez años ha sido:

[El] progresivo crecimiento de contratos del Iess con empresas de salud privadas. Así, mientras en el período 2007-2013 el Iess perdió nueve establecimientos de salud, los contratos privados crecieron mil por ciento. La gratuidad de la salud disminuyó el gasto de bolsillo de las familias en 12 puntos respecto al total del gasto público y privado, gracias a que se incrementaron las contribuciones al Iess, que a su vez sirvieron para ampliar la cobertura de los servicios de salud mediante, principalmente, la proliferación de contratos con prestadores privados (Iturralde 2015, 30).

El resultado de este aumento de contratos del Iess con proveedores privados ha sido por un lado, el cese de ampliación de su propia infraestructura, y por el otro, la afirmación de que tal proceso claramente es una forma de privatización de la atención médica:

Esta privatización se produce por insuficiencia de la oferta pública, situación que presiona la contratación o derivación hacia la oferta privada, sin que sea regulada ni controlada como sí se hace con la oferta pública. De acuerdo con la experiencia de otros países, esta práctica incrementa el costo del servicio en relación con la cobertura (número de casos atendidos) de los afiliados (Iturralde 2015, 33).

Ahora bien, la pregunta que queda en el aire es ¿estamos ante un cambio gradual por desplazamiento? Evidentemente, la red privada se ha fortalecido con la subcontratación, pero todavía es muy pronto para afirmar que representan una competencia que esta desplazando al Iess o a la red del MSP. En contraste, desde la posesión del gobierno de Rafael Correa, se puede señalar que el proceso de deriva se frenó, y se generó un cambio radical por desplazamiento, dado que la Constitución 1998 fue reemplazada por la del 2008. En este tipo de cambio, podemos identificar a Rafael Correa como el principal agente insurrecto, pues rechaza las instituciones

existentes y en consecuencia, se empeñó en buscar activa y abiertamente sustituirlas. Ahora bien, la nueva Constitución no ha reemplazado por completo todas las normas, pues la Losns y la Ley de seguridad social siguen vigentes, por lo cual, se ha buscado formular nuevas leyes en sintonía con la nueva Carta Magna.

Capítulo 4

Colombia y Ecuador en perspectiva comparada

Luego de la reconstrucción de los eventos que han ocurrido en ambos países durante los últimos veinticinco años, podemos contrastar ambas narrativas para apreciar mejor las diferencias y similitudes. Con el fin de lograr una comparación sistemática, se estructura el capítulo en los siguientes apartados: Primero, la contrastación en algunos aspectos teóricos relevantes, como las Corrientes Múltiples, los actores programáticos, las categorías discursivas (contenido ideacional y dimensión coordinativa y comunicativa); en segundo lugar, contrastaremos los cambios incrementales; y tercero, se hará una descripción a partir de la taxonomía de Wendt, Frisina y Rothgang (2002) basada en la financiación, la provisión de servicios y la regulación.

4.1. Etapa de intento de formulación de la reforma

En la etapa de reforma, vamos a contrastar los dos países con base en la teoría de las Corrientes Múltiples; a continuación, se toma cada dimensión y se operacionaliza e interpreta con base en el análisis de los casos realizados en los capítulos dos y tres. Se toma la siguiente escala de Blankenau (2001) para hacer la contrastación:

Fuerte: Evidencias fuertes y claras de que estas variables apoyaron la apertura de una ventana de oportunidad;

Medio: Alguna evidencia de que esta variable apoyó, o al menos no inhibió, la apertura de una ventana de oportunidad;

Débil: Poca o ninguna evidencia de que esta variable haya apoyado la apertura de una ventana de oportunidad.

En la tabla 4.1 se muestra si las corrientes tuvieron un rol fuerte, medio o débil en la apertura de la ventana de oportunidad de ambos países. En la corriente del problema, los indicadores se usaron en ambos casos para describir el problema, específicamente, para mostrar los bajos indicadores de cobertura en seguridad social, la ineficiencia en el manejo de los recursos (dados los altos gastos para llegar a muy pocos), como en el caso del Instituto de Seguros Sociales de ambos países.

Tabla 4.1. Comparación de las tres corrientes en Colombia y Ecuador para el surgimiento de la Ley 100 y la discusión de la Reforma de 1995.

Comparación del problema, la solución y la corriente política.		
Corrientes	Colombia	Ecuador
Problema		
Indicadores	Fuerte	Débil
Eventos	Débil	Fuerte
Retroalimentación	Medio	Débil
Definición del problema	Fuerte	Débil
Solución		
Viabilidad o contenido cognitivo	Fuerte Fuerte	Débil Débil
Aceptabilidad o contenido normativo		
Política		
Tendencia ideológica del partido de gobierno en el poder	Fuerte Fuerte	Fuerte Débil
Equilibrio de fuerzas políticas	Fuerte	Débil
Eventos en el gobierno		

Fuente: Información obtenida a partir de entrevistas realizadas entre enero de 2012 y diciembre de 2016.

En cuanto a los eventos, en ambos casos, fue la crisis del sistema de salud, (especialmente por la baja calidad de los servicios e ineficiencia en el uso de los recursos) lo que contribuyó a posicionar el problema; no obstante, en Ecuador otros eventos relevantes fueron las reiteradas huelgas de los médicos que permanecían hasta meses en cese de actividades, lo cual llamaba mucho la atención sobre el problema. Se debe resaltar que en ambos países, se usó la narración maniquea que sirvió para exagerar la gravedad de la situación tanto de la red pública, como de los institutos nacionales de aseguramientos (Iess e ISS), y establecer como contrapunto al sector privado y sus inigualables bondades en la administración, y gestión de los recursos, aunado a la superioridad de sus servicios.

Con respecto a la retroalimentación, en ambos casos, se hizo alusión a datos demográficos en relación al envejecimiento de la población y la demanda de servicios de salud que esto implicaba; de otro lado, no se utilizaron datos sobre programas o resultados de políticas previas. En Colombia, se tomó el antecedente de la Ley 10 de 1990 como punto de referencia sobre la descentralización, así como la recién creada Constitución de 1991 con los lineamientos generales que había trazado sobre seguridad social en salud. En Ecuador, el documento del Conam no realizó ninguna alusión sobre los programas aplicados o los objetivos alcanzados con las políticas

precedentes, ni tampoco a ninguna norma previamente promulgada.

Acerca de la definición del problema, ambos países compartían la misma descripción: Un sistema de salud fragmentado y segmentado, con poca cobertura, inequitativo, ineficiente, con baja capacidad financiera, falta de coordinación, duplicación de costos, desarticulación sectorial, sumado al monopolio y la gestión ineficaz del instituto de seguridad social de cada país. Cabe resaltar que en Colombia la definición del problema, como un asunto de falta de cobertura se posicionó y se volvió dominante, mientras que en Ecuador, esta definición no fue considerada como la descripción más acertada del problema (Ex funcionario del Ministerio de Salud, Quito, entrevista con la autora, 01/11/ 2015). En general, sobre la corriente del problema, en Colombia, los indicadores y la definición del problema fueron indicadores fuertes para contribuir a la apertura de la ventana, y para darle impulso al cambio. En Ecuador, los eventos fueron el punto más fuerte, dado que las huelgas eran hechos llamativos que contribuyeron a darle visibilidad al problema.

En la corriente de las soluciones, específicamente sobre el contenido cognitivo, en Colombia hubo un arduo esfuerzo por mostrar la viabilidad técnica de la propuesta, al señalar que ya existía un antecedente sobre cómo aplicarla, encarnado en las empresas de Medicina prepagada y las Cajas de Compensación Familiar, las cuales aportaban la experiencia, la información y la red hospitalaria necesaria para que la reforma fuera exitosa. En cuanto a la viabilidad financiera, se sustentaba en proyecciones optimistas sobre el futuro crecimiento económico, nuevos impuestos y las nuevas contribuciones del régimen contributivo, entre otros. En consecuencia, la propuesta se mostró como una solución capaz de ser implementada y financieramente sostenible a largo plazo. No obstante, es pertinente recordar que en el Congreso, la viabilidad financiera fue el aspecto que recibió más críticas. En Ecuador, la viabilidad técnica y financiera fueron puntos débiles; en cuanto al primero, no se mostraba cómo se implementaría la reforma, pues el país carecía de una red hospitalaria privada suficiente para absorber la nueva demanda que crearía la reforma (Ex funcionario del Conasa, Quito, entrevista con la autora 18/11 2015); sobre la viabilidad financiera, se cuestionaron especialmente los altos valores que pagarían los empleados y los nuevos costos de incluir al núcleo familiar al aseguramiento, además de ser muy incierto el origen de

otros recursos, por ejemplo los tributarios; por lo cual, se asumía que la reforma no sería sostenible a largo plazo.

En cuanto a la aceptabilidad o contenido normativo de la solución, en Colombia se apeló a nuevos valores que venían acompañando a todo el movimiento de apertura económica, es decir, la libertad de elección y la competencia, dos valores que cabe recordar, no estaban del todo en sintonía con los valores nacionales tradicionales. Adicionalmente, se invocó la solidaridad como complemento a este conjunto axiológico. En contraste, en Ecuador, se recurrió a estos mismos valores, pero la solidaridad quedó eclipsada por la libertad de elección, la cual se entendió como un intento de privatización. En ese sentido, la idea de privatizar tuvo un rechazo absoluto, a pesar de la cuestionable calidad de los servicios del IESS y de la red pública. Incluso la palabra “privatizar” se evitó por completo en la propuesta del Conam y en otras intervenciones ni siquiera aparece. De ahí que, al señalar que se pretendía “privatizar” la salud, se cargó a la reforma con una connotación tremendamente negativa. En general, el proceso discursivo llevado a cabo, careció de un marco que le dotara de sentido global que activara conceptos, dimensiones e ideas que conectaran con la gente y los decisores políticos. En ese sentido, el enmarcado no fue pensado estratégicamente, lo que no ayudó a sumar fuerzas, y su capacidad de comunicar marcos ideológicos se desvió en los medios solamente al resaltar el concepto de privatización, lo cual contribuyó a sembrar el rechazo público.

Lo anterior diverge sustancialmente con Colombia, donde existía un componente privatizador en la reforma, y de ninguna manera se intentó esconderlo o camuflarlo. Así se evidencia ante las declaraciones de los representantes de la medicina prepagada cuando debatían sobre el alcance del plan de beneficios y si este quedaría igual al ofrecido por el ISS, con lo cual “en ese caso, el sistema quedaría en cabeza del Estado y se perdería la oportunidad de privatizarlo” (Mazuera, Jaime y Riaño Jorge. “Esta enferma la salud prepagada” *El Tiempo*, 12 de septiembre de 1993). Por lo tanto, incluir a actores privados no tenía ninguna discusión y a nadie le parecía objetable, lo que estaba en duda era cómo se haría.

En lo que respecta a la corriente de la política, recordemos que existen ventanas que

se abren con gran previsibilidad porque hacen parte de los ciclos regulares de una democracia, como las elecciones que traen consigo una nueva administración. Por lo tanto, la llegada al poder de Gaviria en 1990, y de Durán-Ballén en 1992, fueron la oportunidad para implementar un nuevo plan de gobierno, y en este caso, ambos presidentes buscaban fortalecer al sector privado, liberar la economía y modernizar el Estado. En lo concerniente al equilibrio de fuerzas políticas, en Colombia, la oposición de los sindicatos del Instituto de Seguros Social se centró en la reforma a las pensiones. Además, los grupos de interés como los profesionales de la medicina y la industria de seguros privados en general fueron bases de apoyo para la reforma. En Ecuador, los sindicatos especialmente del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y las organizaciones de médicos fueron supremamente hostiles a la reforma, y a ellos se sumaron organizaciones campesinas e indígenas; por su parte, las aseguradoras privadas, aún era un sector muy incipiente y no tenían el músculo suficiente para intervenir en apoyo a la reforma.

Con referencia a los eventos en el gobierno, evidentemente, un cambio de un actor administrativo clave es uno de los efectos más poderosos. Por lo tanto, el nombramiento de los ministros del gabinete supuso un impulso importante para la apertura de la ventana de oportunidad y la búsqueda de aprobación de la reforma, al sistema de protección social en salud. En Ecuador, se debe resaltar la falta de cooperación de los directores de instituciones importantes (como el IESS) e incluso ministros, por ejemplo el entonces Ministro de Bienestar Social Alberto Cárdenas, quien apoyaba al IESS, y por ello se le acusaba de defender lo indefendible (“El IESS debe salvarse”. *El Comercio*, 16 de diciembre de 1994); Estos actores se convirtieron en opositores dentro del mismo Ejecutivo, y no fueron convencidos, o en su defecto, reemplazados por actores en sintonía con las propuestas del Gobierno.

En Colombia, el presidente Gaviria supo negociar con los partidos en el Congreso para lograr la votación necesaria, además de remover de puestos directivos importantes a aquellos actores que mostraban hostilidad hacia la reforma, reemplazándolos por funcionarios a fin a sus propuestas como el caso del Ministerio de Salud y el IESS. En otras palabras, fue quien estableció un equilibrio de poder a favor de la reforma. En cuanto a los actores programáticos, el más importante fue

Juan Luis Londoño, un “personaje muy locuaz, inteligente, muy batallador, muy bien formado técnicamente, muy contundente, muy convencido, él creía que era esa la vía” (Líder de asociación médica, Medellín, entrevista con la autora, 4/09/2015) quien consolidó una coalición discursiva, cohesionada por su programa de cambio; además logró implementar un conjunto de estrategias para posicionar al híbrido eficiencia-competencia-solidaridad como la opción ganadora. De ahí que podamos afirmar que fue Londoño y su grupos de actores programáticos, quienes dotaron del contenido cognitivo y normativo adecuado, además de emplear acertadamente las estrategias discursivas como el enmarcado (modelos, narración maniquea, conceptos nirvana), las dialógicas (escucha pasiva) y las hermenéuticas (ambigüedad constructiva) para construir el programa, y proporcionar un lenguaje y enmarcado común para la discusión y la deliberación. Por lo tanto, la etapa coordinativa fue la más elaborada en contraste con la comunicativa, que se caracterizó por ser bastante escasa.

En Ecuador, aunque, el entonces presidente Durán-Ballén tenía una fuerte convicción sobre la reforma, el proceso ecuatoriano experimentó dos obstáculos importantes para la consolidación de un discurso coordinativo fuerte: Por un lado, la falta de liderazgo y experiencia del Conam que no logró construir un programa consensuado entre los diversos actores al interior del Ejecutivo, ni tampoco argumentar con suficiente solidez sobre la viabilidad, los instrumentos y objetivos de su propuesta, ni supo apelar a valores o ideales a tono con la sociedad ecuatoriana. En segundo lugar, la tradicional oposición legislativa bloqueaba y entorpecía las propuestas del Ejecutivo, por lo tanto, representaba un obstáculo que ni siquiera se intentó superar; por ello, ni no se tramitó el proyecto de ley, a pesar de haber sido contemplado en el documento del Conam. Entonces se optó por una Consulta Popular para lograr la reforma. En este punto, el discurso comunicativo se tornó central, pero dado que en la etapa coordinativa no se habían formulado un conjunto de argumentos sólidos, no se pudo brindar esta información a la ciudadanía, por ello, se apeló a valores patrióticos que resultaron totalmente vacíos. Se debe agregar además que la falta de liderazgo inicial, también pasó factura en la etapa comunicativa, puesto que la gente percibía la falta de sentido de orientación o rumbo coherente para el país.

4.2 Cambios incrementales 1995-2015

Luego del periodo de intento reforma, ambos países siguieron rutas divergentes. En Colombia, con la Ley 100 aprobada, se efectuó un cambio rápido por desplazamiento. Luego, en la reglamentación y consecuente implementación, se evidenció un proceso de deriva, ya que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) han actuado como agentes simbióticos-parasitarios, para explotar la Ley 100 y obtener beneficios privados, a pesar de que dependen de la existencia y el buen funcionamiento del sistema para lograr esta ganancia. El segundo tipo cambio que ha operado en el periodo 1993-2015 ha sido la conversión, pues la Ley 100 sigue formalmente igual, pero ha sido interpretada e implementadas de nuevas maneras gracias a la ambigüedad constructiva, que permite la existencia de una brecha que puede ser llenada de diversos modos. Dicho vacío interpretativo fue llenado por la Corte Suprema y sus Sentencias, que han establecido entre otras cosas, que el derecho a la salud no es de tipo prestacional sino un derecho fundamental, abriendo así, nuevas posibilidades de interpretación para la inclusión de servicios y medicamentos bajo el amparo de este derecho. Tales sentencias en efecto, surtieron cambios en la implementación de la Ley al obligar a las EPS no sólo a cumplir el Plan Obligatorio de Salud, sino a entregar servicios y medicamentos fuera de éste para garantizar el derecho a la salud, y en consecuencia, la vida de los ciudadanos, llevando la Ley hacia nuevos fines y funciones. Por lo tanto, dicha interpretación ha producido una transformación significativa, pero sin llegar a destituir o reemplazar la Ley 100, sino que ha operado un cambio endógeno y gradual.

Por su parte, en Ecuador, entre 1996 y 2006, el país vivió un periodo de gran inestabilidad política e ingobernabilidad. Estos problemas afectaron la dinámica del sector salud y sus reformas. Los reiterados cambios de ministro de salud y la inserción de planes y programas propios en cada administración, no solo debilitaron la autoridad sanitaria nacional, sino que también entorpecieron el desarrollo de programas que podrían haber sido exitosos como el AUS. De tal forma, a este periodo corresponde el tipo de cambio denominado deriva, en el cual el Gobierno, por inercia política o negligencia, permitió el debilitamiento tanto al IESS como de la red pública, lo que empeoró la situación y los servicios de estas instituciones. Durante este periodo de deriva, se disminuyeron drásticamente los recursos para el sector, y los hospitales debieron buscar mecanismos de recuperación de costos y disminución de servicios. Y

aunque las leyes no cambiaron, el cambio gradual se vivía con el deterioro de las instituciones. En este tipo de cambio, actuaron los agentes simbióticos en su variedad parasitaria, especialmente en el IESS, pues los numerosos sindicatos necesitaban la instituciones para obtener beneficios, pero dependían de la existencia de ésta; no obstante, estos actores llevaban a cabo acciones que contradecían el propósito misional de la institución. Posteriormente, el país acumuló dos cambios por desplazamiento: La Constitución de 1998 y la Constitución de 2008. Ambos cambios por desplazamiento fueron radicales y rápidos, al rechazar los agentes insurrectos las instituciones existentes y por ello, la norma suprema, es decir la Carta Magna fue eliminada y reemplazada por otra.

4.3. Transformaciones de los sistemas de protección social en salud

A partir de la taxonomía de Wendt, Frisina y Rothgang (2009), a continuación se categoriza el tipo de sistema de salud de cada país, para identificar diferencias y similitudes; además para considerar el cambio a partir del punto inicial 1990, hasta el punto final de comparación 2015. Se debe recordar que esta propuesta se basa en responder a las siguientes preguntas: ¿quién asume las siguientes funciones?: ¿quién financia?, ¿quién provee el servicio? y ¿quién regula?

En primera instancia, en Colombia en 1990, las fuentes de financiación estaban compuestas de la siguiente manera: el 59.3% provenía de aportes nacionales, de las rentas cedidas el 25.2%, de los aportes departamentales y municipales el 1.9% y de la venta de servicios el 13.6% como señalaba el Plan Nacional de Desarrollo 1990-1994 del Gobierno de César Gaviria. Por lo tanto, la financiación era predominantemente estatal. En cuanto a la provisión de servicios, para 1991 en el Plan Nacional de Desarrollo se señalaba que el país contaba con 4.000 puestos y centros de salud y 947 hospitales, para un total de 45.800 camas. De este total, las entidades del sector público eran 680 con 29.500 camas es decir el 67% . En síntesis, el sistema de protección social en salud se financiaba principalmente con aportes del presupuesto nacional.

Sobre la regulación, el primer aspecto a considerar es la cobertura: para el periodo en cuestión, el 40% de la población usaba la red pública y el 18% la seguridad social, para un total de 58%. El sistema de financiamiento, como ya se señaló, era

predominantemente público (impuestos y contribuciones de seguro social). Sobre la relación entre agencias financieras y proveedores, se debe señalar que la remuneración del servicio de proveedores era mayoritariamente estatal, pues como ya se mencionó, la mayoría de camas hospitalarias pertenecían a la red pública. En cuanto a la relación entre proveedores y potenciales beneficiarios, el acceso a los servicios de atención médica funcionaba a través del aseguramiento del ISS, las cajas de compensación, seguros privados, o la asistencia pública para los más pobres en la red estatal. Finalmente, en cuanto a la definición del catálogo de servicios, solamente el ISS contaba con un plan bastante generoso de servicios, mientras que la red pública hacía uso de un plan limitado, a parte de los programas de prevención, vacunación y atención a niños y madres. Por lo anterior, se puede señalar que la regulación recaía principalmente en el Estado.

Por su parte, Ecuador durante 1990 también financiaba el sistema de salud en su mayor parte con recursos públicos. Concretamente aportaba el 55,36% del gasto total en salud. Sobre la provisión de servicios, en 1994 existían 452 establecimientos de salud, de los cuales 175 eran públicos, y 277 privados, por lo cual la red de servicios era en su mayoría privada (INEC). En cuanto a la regulación, sobre la relación entre los potenciales beneficiarios y agencias financieras, se puede afirmar que la cobertura era predominantemente estatal, sumando la cobertura del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) que abarcaba el 18,37% de la población para 1993 y la asistencia pública en la red del Ministerio de Salud (51%), para un total de 68%. El sistema de financiamiento, como ya se señaló, era predominantemente público (impuestos o contribuciones provenientes del seguro social). En cuanto al segundo punto de la regulación, sobre cómo funciona el acceso a los servicios de atención médica y quién define el catálogo de servicios, se puede afirmar que el acceso era bastante similar a la situación colombiana, es decir, quienes estaban afiliados al IESS podían contar con un plan generoso de servicios (aunque en aquel momento sólo el afiliado y no su familia tenía derecho a acceder a los servicios), mientras que el grueso de la población accedía a la asistencia pública, cuyo paquete de servicios era de tipo correctivo, con muy pocos programas preventivos. En síntesis, en este caso, la regulación del sistema estaba a cargo del Estado.

Veamos estas mismas dimensiones veinticinco años después. Con datos del 2014, en Colombia, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS) tiene una cuenta adscrita al MS denominada Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), la cual reúne todos los recursos del Sgsss cuyo manejo es de tipo fiduciario. Aunque las proyecciones de la Ley 100 asumían que el régimen contributivo sería mayor que el subsidiado (y por lo cual disminuiría la carga de gasto estatal), ante la caída de ingresos por cotizaciones del régimen contributivo y el consecuente aumento del subsidiado (el cual es financiado en su totalidad por el Estado), el Estado ha terminado siendo el mayor financiador. En ese sentido, los recursos del sector público representan el 75,12% (datos del BM del 2014). Adicionalmente cabe resaltar que el Ministerio de Salud es quien maneja y autoriza los desembolsos de las subcuentas, por lo tanto, se evidencia que el control está bajo el control estatal. En cuanto a la provisión de servicios, en el país existen 19 mil sedes de IPS (hospitales, clínicas y centro de diagnóstico), de las cuales el 79% es de naturaleza privada y el 21% corresponde al sector público (Guzmán, 2014).

En lo que se refiere a la regulación, es en primera instancia el Estado quien decide la inclusión de los diferentes segmentos de la población en los diferentes subsistemas. Por un lado, con la condición de empleado o se tiene la capacidad de pago, según la Ley es obligatorio inscribirse al régimen contributivo. De otro lado, las personas sin capacidad de pago deben estar registradas en el Sisbén, y con el puntaje que allí se les asigne, se determina si pueden inscribirse al régimen subsidiado, y elegir a las EPS que ofrezca el servicio en este subsistema.

Sobre las relaciones entre agencias financieras y proveedores, resalta que son las EPS quienes pagan a los proveedores, es decir, las IPS, y estas a su vez pagan al personal médico. Es válido agregar en este punto, que para el 2015 el Régimen Subsidiado abarcaba el 53% de la población, mientras el contributivo cubría al 46% (Base Única de Afiliados Fosyga, 2015). Sobre cómo funciona el acceso a los servicios de atención médica y quién define el catálogo de servicios, ambos puntos dependen del Estado; el paquete de beneficios estaba determinado en el Plan Obligatorio de Salud (POS), y definido principalmente por la jurisprudencia de la Corte Suprema, el MSP, y las leyes emitidas, en otras palabras, esta responsabilidad recae enteramente en el Estado.

Con la Ley Estatutaria desaparece el POS y ahora los afiliados tienen derecho a lo que los médicos ordenen, excepto servicios como los estéticos o aquellos cuyos beneficios no estén científicamente comprobados. Estos, de manera explícita, quedan por fuera del régimen. Lo anterior, no cambia la definición del catálogo de servicios, que sigue siendo estatal.

En lo referente al financiamiento en Ecuador, cabe resaltar que aunque en los últimos años el Estado ha aumentado significativamente el presupuesto para el sector de la salud, como porcentaje total queda ligeramente por debajo del gasto privado y del bolsillo. Así, el gasto del sector público según el Banco Mundial es de 49,21%. La red de servicios del MSP y algunas instituciones no gubernamentales sin fines de lucro como la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG) y la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (Solca) reciben recursos del Presupuesto General del Estado, fondos extrapresupuestarios, fondos de emergencia y de contingencia y a través de aportes de Proyectos y Convenios Nacionales e Internacionales. Sobre la provisión de servicios, de los 742 establecimientos de salud con internación hospitalaria, el 24,93% (185) pertenecen al sector público y el 75,07% (557) al sector privado. El sector público está conformado en un 51,89% por hospitales básicos (96), seguido por un 31,35% de hospitales generales (58%); los hospitales especializados corresponden al 14,05% (26) y los de especialidades al 2,70% (5). En el sector privado, la mayor participación porcentual corresponde a las clínicas generales con el 91,02% (507), siguiendo en importancia las Clínicas Especializadas con el 5,21% (29) (Anuario de Estadística de Salud: Recursos y Actividades, 2014).

En cuanto a la regulación, se puede afirmar que la cobertura recae principalmente en la red pública, pues según los datos del Censo de Población 2010, el 19% posee algún tipo de seguro de salud (IESS, SSC, ISSFA, ISSPOL), mientras el 81% no posee ninguno y acude a los hospitales públicos y a los privados. En cuanto al sistema de financiamiento, como ya se señaló, es predominantemente privado, al ser ligeramente mayor el gastos privado y de bolsillo (51%). Sobre quién define el catálogo de servicios, es el Estado quien lo ha hecho, a través del Tarifario Nacional de Prestaciones, que es el instrumento técnico para regular el pago de los servicios de salud brindados por las instituciones públicas, entre estas y con las privadas en el

marco de la Red Pública Integral y Complementaria del Sistema Nacional de Salud. Por lo tanto, establece el techo máximo del valor para el reconocimiento económico entre prestadores y financiadores. En 2016, se aprobó la Ley de Seguros Médicos y Medicina Prepagada, la cual regula los servicios de las empresas que venden pólizas de asistencia médica, estableciendo la cobertura de nuevas enfermedades como las preexistentes y catastróficas; a partir de esta Ley, el Estado regula también el paquete de beneficios de las aseguradoras privados.

4.4 Tipo de cambio desde el punto A hasta el B

Mientras en Colombia en el 2015 se aprobó la Ley Estatutaria (LE), en Ecuador desde el 2007 hasta el 2017 hubo un aumento importante del gasto en Salud, una mejora de la infraestructura e inversión en recursos humanos en el sector. Ahora bien, en ambos países se ha denominado estos dos eventos como “reforma” (Espinosa et al, 2017; Etienne, 2017, Luna et al, 2017), y la pregunta que surge es ¿En qué medida ha cambiado el sistema de protección social en salud en Colombia con la LE y en Ecuador con las medidas adoptadas en los últimos 10 años?

Con base en la taxonomía descrita en el capítulo uno, a continuación se analizan la dimensión de financiamiento, provisión de servicios y regulación, para determinar si el cambio del periodo A hasta el punto B, ha sido un cambio de primer, segundo o tercer orden (Hall 1993). Como muestra la tabla 4.3 en la etapa de intento de reforma, regulación y financiamiento eran prioritariamente estatales en ambos países, no obstante, en Ecuador la provisión era mayoritariamente privada, convirtiendo al sistema ecuatoriano en uno de base estatal con tipo mixto, mientras el colombiano es totalmente estatal, aunque lo que esto significa es que en ambos países, la provisión era de carácter asistencial, pues estos servicios estaban orientados exclusivamente a asistir a las personas pobres o vulnerables, pero con base en un sentido caritativo y discrecional. En contraste, las personas de mayor poder adquisitivo, no usaban estos servicios al preferir la red hospitalaria privada, asumiendo de antemano que los servicios estatales eran de baja calidad y por funcionar bajo el estigma de lo inferior socialmente.

Tabla 4.2. Comparación Colombia y Ecuador con base en la taxonomía de los sistemas de salud a inicios de los noventa.

	Colombia 1991	Ecuador 1990
Financiamiento	-Estatal Gasto en Salud, sector público (% del gasto total en salud) 59,3% Fuente: DNP	-Estatal Gasto en Salud, sector público (% del gasto total en salud) 55,36 Fuente: Banco Mundial
Provisión	Estatal 67% de las camas son públicas.	Privada 452 establecimientos de salud 175 eran públicos- 277 privados
Regulación	Estatal	Estatal

Fuente: Información obtenida a partir de entrevistas y datos del Ministerio de Salud (1995)

Veinticinco años después, y como muestra la tabla 4.4, Colombia pasó de tener un sistema en el que el Estado era el regulaba, proveía y financiaba el sistema, a un sistema de base estatal con tipo mixto, en el que el Estado financia y regula, pero el sector privado es el mayor proveedor. Este proceso se denomina *cambio interno del sistema*. En tales circunstancias, el sistema sufre una alteración significativa, pero sigue siendo predominantemente estatal (Wendt, Frisina y Rothgang 2009). En relación a la propuesta de Hall, sería un cambio de segundo orden pues se relaciona con las "técnicas o instrumentos de política" utilizadas para alcanzar ciertos objetivos. Me gustaría resaltar entonces que la Ley 100 no fue un cambio extremo, es decir, no fue la creación de un sistema completamente nuevo en el que se redefinen completamente los objetivos generales del sector. De hecho, la provisión sigue segmentada entre los pobres y sin capacidad de pago, quienes deben inscribirse al régimen subsidiado y como se ha señalado, reciben menos servicios en comparación con el régimen contributivo y los regímenes especiales (Ecopetrol, FFAA, Magisterio).

En cuanto a Ecuador, en 1990 tenía un sistema con base estatal con tipo mixto, en el que el Estado regulaba y financiaba el sistema, pero la mayoría de establecimientos de salud eran privados; veinticinco años después, el sistema se clasifica como de base estatal con tipo mixto, donde el Estado regula y provee los servicios, pero la financiación recae principalmente en el sector privado (sobre todo porque tiene un alto gasto de bolsillo), aunque con una diferencia muy pequeña en relación a la financiación estatal. Aquí debe considerarse que el Estado ecuatoriano ha hecho un

gran esfuerzo financiero al aumentar el presupuesto de salud y mejorar la infraestructura, el personal y la calidad de la red pública en general. De tal modo, se han introducido iniciativas para mejorar la financiación en la atención de la salud pública para satisfacer las necesidades de cobertura de las personas que viven por debajo de la línea de pobreza, por ello, la dimensión de la financiación ha experimentado un cambio interno de niveles, que fortalece la presencia del Estado.

En consecuencia, esta especie de transformación del sistema no supera el nivel subdimensional y, por tanto, no da lugar ni a un cambio en la dimensión o dimensiones específicas, ni al propio sistema. Si bien este tipo de cambio interno de niveles no incorpora el mismo grado de transformación que otras formas, sí refleja un desarrollo altamente significativo dentro de los sistemas de salud: En primer lugar, por su modesta naturaleza, un cambio interno de niveles es la transformación más común en períodos cortos de tiempo. En segundo lugar, a pesar de ser un cambio simple y modesto, puede ser el precursor de formas graduales de transformación que podrían derivar en un cambio interno del sistema o un cambio completo del mismo, especialmente si las características "estatales", "sociales" o "privadas" están cerca de perder su posición dominante dentro de una dimensión dada (Wendt, Frisina y Rothgang 2009). Por lo tanto, el Gobierno deberá seguir mejorando la financiación a largo plazo, para que sea significativa y termine generando un cambio a mayor escala.

Tabla 4.3. taxonomía de los sistemas de salud en el 2014-2015

	Colombia 2014-2015	Ecuador 2014-2015
Financiamiento	Estatal: Gasto en Salud, sector público (% del gasto total en salud). 75,12 Fuente: Banco Mundial	Privada: Gasto en Salud, sector público (% del gasto total en salud) 49,21 Fuente: Banco Mundial
Provisión	Predominantemente privada 19 mil sedes de IPS (hospitales, clínicas y centro de diagnóstico). El 79% es privada y el 21% pública (Guzmán, 2014).	Predominantemente privada De los 742 establecimientos de salud con internación hospitalaria, el 24,93% (185) es pública y el 75,07% (557) es del sector privado.
Regulación	Estatal	Estatal

Fuente: Información obtenida principalmente de datos del Banco Mundial (2015)

Conclusiones

Del nirvana a la realidad

El análisis de los sistemas de protección social en salud en perspectiva comparada, durante el periodo 1990-2015, ha sido una oportunidad para comprender políticas públicas que son fundamentales para el bienestar de los ciudadanos. Para que el lector no se pierda en esta maraña de ideas que de repente me saltan al terminar este proceso investigativo, plantearé esta reflexión final en el siguiente orden: Primero, responderé las preguntas que guiaron la investigación; segundo, resaltaré el aporte teórico de la investigación, y tercero, resumiré los hallazgos empíricos más relevantes.

Para comenzar, formulé tres preguntas de investigación; la primera referida al proceso de formulación y cambio de los sistemas de protección social en salud en Colombia y Ecuador, durante el periodo 1990-2015, en relación a quienes participaron, el contenido ideacional y los procesos discursivos llevados a cabo. Sobre los actores, los principales protagonistas en Colombia han sido los profesionales en áreas de la economía y la administración, que han recibido formación educativa en Estados Unidos, y han trabajado previamente o después de la formulación de la política pública, en la banca internacional. Aquí cabe resaltar que en los veinticinco años analizados, la mayoría de Ministros de Salud y Protección social en Colombia, han sido economistas, con la excepción de Diego Palacios (que era médico). En contraste en Ecuador, la gran mayoría de los encargados de esta cartera han sido médicos, a excepción de Carina Vance que era politóloga e historiadora. No obstante, en Colombia, es más estable el tiempo de permanencia de los ministros (4 a 6 años en promedio), mientras que en Ecuador estos funcionarios tienen una alta rotación, durando en promedio dos años o tres años en el cargo. Un ejemplo para ilustrar lo anterior, es que entre 2001 y 2005, pasaron nueve ministros por la cartera de salud, cada uno con planes y programas propios. De hecho, tanto el BM como la OMS, en diferentes documentos reconocían que la corta duración de los ministros entorpecía y dificultaba la continuidad de las políticas.

Sobre los actores, quiero agregar algo más: la formulación y deliberación de las políticas ha seguido un patrón de arriba hacia abajo (top down), es decir, imponerse

desde el diseño propuesto por los tecnócratas del Estado central, así como las instituciones de la democracia representativa, como el órgano legislativo. No obstante, paulatinamente se evidencia una mayor participación de abajo hacia arriba, es decir, de grupos de pacientes, asociaciones indígenas, etc., que si bien no participan directamente en la formulación y diseño, si están convocando foros, congresos, participando en medios de comunicación para debatir y problematizar al sector, lo que ha ido permeando el proceso decisorio, fortaleciendo tanto al proceso coordinativo como el comunicativo.

En efecto, en ambos países a inicios de los noventas predominó el discurso coordinativo, y paulatinamente se han fortalecido los discursos comunicativos. El discurso comunicativo en Colombia ha tenido un desarrollo interesante, dado que la Ley 100 se aprobó prácticamente sin discurso comunicativo, pero a medida que se ha venido implementando, ha aumentado el debate y la deliberación sobre el sistema, involucrando a gran cantidad de actores que no participaron en su elaboración. De hecho, considero que en términos discursivos, el mérito más importante de la ley 100 es que ha conseguido que desde el ciudadano más humilde hasta la persona más acaudalada, hable, se informe y cuestione el funcionamiento de las EPS, el paquete de servicios, las tutelas, etc. Incluso me atrevo a llevar mi afirmación aún más lejos, señalando que la ciudadanía en general, ha reconocido el derecho a la queja sobre la protección social en salud.

El derecho a la queja, como bien se sabe, es la capacidad que tienen los ciudadanos de presentar ante las autoridades (judiciales, administrativas, etc.) peticiones verbales o escritas para denunciar una situación irregular, arbitraria o injusta, y cuyo fin es exigir la restitución de sus derechos. Aunque el derecho a la queja está presente formalmente en los ordenamientos jurídicos de ambos países, esto no significa que sea suficiente para garantizar su uso y protección. Es necesario por ello, que existan mecanismos e instrumentos claros y conocidos al alcance de todos, para poder hacerlos efectivos y defender los derechos. Ejercer el derecho a la queja es una señal clara de participación política y de fortalecimiento del discurso comunicativo. Si la gente se queja y critica, más se visibilizan el descontento y la insatisfacción ciudadana, y ante la acumulación de malestar social, el Gobierno se ve obligado a asumir e intentar resolver los

problemas. De ahí que este proceso muestra la bidireccionalidad de la relación entre Estado y sociedad, dejando al descubierto la capacidad del Estado de brindar respuestas efectivas a las demandas ciudadanas. Si la sociedad no reclama nada, el Estado no recibe ninguna retroalimentación, ni presión social, y poco cambiará. Ciertamente esto es paradójico, pues la Ley 100 buscaba disminuir la presión (económica y de demanda de servicios) sobre el Estado y pasar dicha responsabilidad al sector privado, pero justamente ha sucedido lo contrario: ha aumentado sin cesar la demanda ciudadana por mejores servicios, más financiación y garantías sobre el derecho a la salud.

Pero ¿cómo se evidencia el ejercicio del derecho a la queja? Por un lado, con las miles de tutelas⁷⁰, y derechos de petición. Por otro, por la visibilidad mediática de las denuncias sobre violación de este derecho, como el tristemente célebre paseo de la muerte⁷¹, así como la constante referencia en los medios a la crisis del sistema de salud, las tutelas, las medidas del Ministerio de Salud, etc. En resumen, es un tema que se ha convertido en objeto de amplio debate social. Gracias a estas quejas, críticas y deliberación constante, y como ya se ha descrito en este documento, se han promulgado varias leyes, como respuesta gubernamental para ajustar y mejorar el sistema.

Por su parte, en Ecuador también ha aumentado el discurso comunicativo, dado que los foros, las discusiones y encuentros entre diversas asociaciones y la comunidad para debatir sobre el tema, ocurren con relativa frecuencia. No obstante, este derecho a la queja es prácticamente inexistente; y no me refiero solamente a la ausencia de noticias sobre las arbitrariedades y muertes causadas por la falta de atención médica⁷²; también por la falta de mecanismos que sean conocidos por la ciudadanía para vehicular dichos reclamos y demandas. Y esto a pesar de que Ecuador tiene una de

⁷⁰ En el 2015 se presentaron 614.520 acciones de tutela por violaciones al derecho a la salud, 411 cada día del 2015.

<http://www.eltiempo.com/vida/salud/tutelas-por-vulnerar-el-derecho-a-la-salud-en-colombia-48516>

⁷¹ El paseo de la muerte hace referencia a los casos en que las personas mueren esperando atención médica, la cual les es negada por múltiples barreras de acceso.

⁷² Durante las entrevistas, salieron a relucir al menos dos casos de personas que fallecieron por falta de atención médica en unidades del Iess y de la red pública por negligencia, pero que obviamente, no fueron objeto de debate ni conocimiento público.

las más altas tasas de gasto de bolsillo en salud en Latinoamérica⁷³, y que el sistema sigue fragmentado y segmentado entre la red pública de naturaleza asistencialista y marcada por el estigma de la pobreza y de ser de inferior calidad. Además, según el INEC en el 2010, 9,4% de la población compraban un salud privado, quienes suelen ser asalariados que cotizan también al Iess, y pagan impuestos que financian la red pública, lo cual muestra la duplicación de pagos por servicios que no se usan (porque son valorados como de inferior calidad); Aún así, en los medios no se encuentran noticias que muestren el descontento social o denuncien casos de violación del derecho a la salud.

En relación al contenido ideacional, en Colombia el discurso normativo se caracteriza por la alusión a la libertad de elección, la eficiencia, la competencia, y la solidaridad. Es importante resaltar que el conflicto interno con las guerrillas de izquierda, ha provocado un rechazo hacia las ideas relacionadas con dicha tendencia, por lo cual, un sistema de tipo Beveridge o Sistema nacional de salud, estaban totalmente descartadas en el momento de discusión de la reforma en 1993, dado que este tipo de modelo supondría dejar exclusivamente en manos del Estado tanto la financiación como la provisión de servicios. Y considerando que Colombia es un país donde el Estado ni si quiera ha logrado conservar el monopolio del uso de la fuerza, y por lo tanto ha fallado hasta en las condiciones básicas para ser legitimado como Estado, es normal que la ciudadanía sospeché y tenga pocas simpatías por la figura estatal y la manera como cumple sus funciones.

Por su parte, en Ecuador el contenido normativo ha estado marcado por la solidaridad y la noción asistencial. Este contenido es tan fuerte, que mientras se discutía la reforma en 1994, y las empresas de medicina prepagada eran consultadas por los medios para que se expresaran al respecto, éstas usaban todo tipo de eufemismos para que no se les juzgara como empresas codiciosas y deshumanizadas; para ilustrarlo baste la siguiente declaración de Juan Sevilla, gerente de Salud sobre las preexistencias “nosotros aseguramos a algunos enfermitos, en algunos casos le

⁷³ Realmente es muy difícil encontrar estadísticas recientes sobre el tema. Al respecto, el Banco Mundial indica que en el 2010, el paciente aportaba el 78% de los gastos de salud.

ponemos un plazo de espera y si la enfermedad tiene solución, le cubrimos” (“Salud prepagada: la clave está en el nivel de ingresos”. *El Comercio*, 4 de diciembre de 1995). En el mismo artículo Fredy Wulf gerente de Humana manifestaba “Bajo el esquema actual no podemos, y es muy feo lo que digo, aceptar a personas con enfermedades preexistentes” (“Salud prepagada: la clave está en el nivel de ingresos”. *El Comercio*, 4 de diciembre de 1995). Al señalar que “es muy feo lo que digo” este actor reconoce que la falta de empatía, de solidaridad y sensibilidad hacia el otro es un aspecto reprochable. Por lo tanto, la idea de crear un mercado de seguros de salud, privatizando las instituciones públicas o el Iess no ha tenido mayor acogida.

Con respecto a la dependencia de la trayectoria, en Colombia, con la ley 100 se abrió una nueva ruta institucional, y cada decisión adicional resulta en retroalimentaciones que refuerzan el camino ya tomado. Específicamente dicha dependencia se evidencia en la imposibilidad de eliminar las EPS, a pesar de que ha sido un tema constante no solo en el debate de la Ley Estatutaria, sino en los foros académicos, empresariales, etc. Al respecto, lo puntualizaba el famoso experto en temas de salud William Hsiao: “Una vez que creas estas empresas privadas de salud es imposible volver atrás. Así que es necesario inventar políticas que las hagan cumplir. Por ejemplo, se puede desarrollar una EPS sin ánimo de lucro que realmente tenga un interés en servir a la gente y darle unos beneficios tributarios o créditos baratos por algunos años para que se consolide y pueda competir con las privadas. Se puede proyectar esta EPS como el estándar de calidad, la gente se afiliará allí y esto hará que las demás compitan con ella en calidad y costos⁷⁴. Asimismo, resultaría muy costoso en términos económicos y administrativos eliminar las EPS, pues como aseguraba uno de mis entrevistados, esto conllevaría demandas multimillonarias al Estado, ya que algunas de éstas instituciones han recibido capital de corporaciones multinacionales (Ex funcionario del Congreso, Bogotá, entrevista con la autora, 15/07 de 2015). Otro hecho que explica la dificultad de retroceder el camino ya andado, es que actores poderosos involucrados en la toma de decisiones, como congresistas, apoyan la continuidad del sistema; esto se evidencia en el archivo legislativo de la Ley Estatutaria, en el cual se

⁷⁴ Ronderos, María Teresa. Lo mejor y más débil del sistema de salud colombiano. *Revista Semana*, 7 de junio de 2009, <http://www.semana.com/nacion/salud-seguridad-social/articulo/lo-mejor-mas-debil-del-sistema-salud-colombiano/104899-3>

encuentran los impedimentos de más de 25 Congresistas para participar en las discusiones de la Ley, argumentado que tenían algún tipo de vínculo con las EPS. No obstante, recordemos que la versión débil de la dependencia, señala grados de dependencia o cambios incrementales, que en Colombia han operado a través de la deriva y la conversión.

En Ecuador, hubo una ventana de no cambio, es decir, no se abrió una ruta institucional y para encontrar el punto concreto de toma de decisión que ha dado origen al sistema actual, hubiera sido necesario devolverse muchas décadas atrás, lo cual superaba los alcances de esta investigación; en cualquier caso, el sistema de protección social en salud ecuatoriano ha mostrado resistencia al cambio, y en consecuencia, han ocurrido cambios incrementales como la deriva, y recientemente dos cambios por desplazamiento, pero aun es muy pronto para reconocer los alcances reales del último cambio que es la Constitución de 2008. Cabe resaltar, que aunque las instituciones actuales fueron diseñadas hace mucho tiempo, como el Iess, se han planteado cambios para adaptarla a las nuevas realidades. Se debe resaltar también que la red del MSP se evalúa como moralmente adecuada, y en consecuencia, es una vía legítima para atender a la población más pobre. De hecho, la importancia del sentido asistencial de la red del MSP ha estado presente en todos los eventos descritos. Sobre el Iess, resultaría costoso en muchas dimensiones su eliminación; además el sindicalismo asociado a este y algunos grupos de beneficiarios, han contribuido a su continuidad. Una institución muy interesante y que muestra la gran dificultad de cambiar el sistema es la Junta de Beneficencia de Guayaquil, ya que en todas las discusiones de las normas analizadas, aparecía la defensa acérrima de su autonomía. Más allá del conflicto regionalista que evoca ese debate, es evidente que es una institución fuerte y poderosa, que compite con las instituciones estatales al ofrecer servicios de salud; y aunque se orienta por un sentido filantrópico, al parecer sus servicios son eficaces, pues incluso en los momentos más críticos y de peor servicio de la red pública (como a inicios de los noventa), la Junta funcionaba sin contratiempos y prestaba asistencia de buena calidad (De la Torre, 2004). De todas formas, estas son respuestas tentativas y arriesgadas a preguntas muy complejas, que han surgido para futuros proyectos de investigación.

En cuanto al aporte teórico de la investigación, por un lado, contribuye a refinar la teoría de las Corrientes Múltiples, pues es necesario “escapar de la lógica circular de que todos los episodios de la reforma son ventanas de oportunidad y que lo que caracteriza a una ventana de oportunidad es la evidencia de un cambio de política. El reto para los investigadores es distinguir, teórica y empíricamente, las ventanas de no cambio, de las que dan lugar a las ventanas de cambio” (Ackrill, Kay, Zahariadis 2013, 880). De ahí que el trabajo teórico sobre las ventanas de oportunidad donde los cambios o reformas no suceden es muy escaso; Por lo tanto, esta investigación ofrece una explicación de las oportunidades fallidas, sin la cual, el CM estaría limitado en su poder explicativo en la reconstrucción causal de episodios de formulación de políticas. Entonces, al contrastar el caso colombiano y ecuatoriano, se ofrece un razonamiento contrafáctico que muestra la existencia de la ventana de no cambio en Ecuador, en contraste con la ventana de cambio colombiana.

Asimismo, he propuesto como aporte teórico cuatro estrategias discursivas: la ininteligibilidad deliberada que es de tipo argumentativo; la narración maniquea pertenece al enmarcado; la escucha activa y pasiva referida a las macro estrategias dialógicas, y la ambigüedad constructiva. Por lo tanto, la investigación llena otro vacío teórico relacionado con las Corrientes Múltiples, ya que en ésta, no se desarrolla una taxonomía exhaustiva de las estrategias empleadas por los actores que impulsan el cambio, o que muestre cómo lograron sus objetivos. No obstante, se necesita más investigación empírica para identificar elementos más precisos de funcionamiento de estas estrategias, así como de otras asociadas, además de las condiciones que contribuyen a su éxito o fracaso.

En cuanto a los hallazgos empíricos más importantes, en primer lugar, una situación compartida por ambos países, ha sido el problema de los recursos para los hospitales públicos, ya sea por la falta de financiamiento vía subsidios a la demanda o a la oferta. En Colombia, esto sucede porque los hospitales públicos fueron convertidos en Empresas Sociales del Estado, y deben financiarse por los servicios que les venden a las EPS; sin embargo, como ya se ha descrito, la iliquidez ha sido uno de los problemas más graves del sistema, y la falta de pago de las EPS están llevando a la quiebra a muchos hospitales. Las EPS a su vez, no reciben sus pagos del Fosyga, y

éste no desembolsa los dineros por diversas razones, entre otras, que el Ministerio de Salud y Protección Social no lo autoriza. De ahí que el Estado ha sido una parte importante del problema. En Ecuador, la escasez de recursos se debía al achicamiento progresivo del presupuesto, o a su entrega con retraso, lo que llevó a la red pública a trabajar en condiciones paupérrimas entre 1992-1997; por ello, eran frecuentes las huelgas y paros de los médicos. Además, para paliar tan lamentable situación, los centros médicos se vieron obligados a aplicar tarifarios para la recuperación de costos. Por lo tanto, sin importar el tipo de sistema de protección social en salud que implemente un país, sin un Estado fuerte (sea cual sea su papel: regular, vigilar, controlar, entregar recursos, ofrecer servicios, etc.), simplemente el sistema no funcionará. En efecto, todos mis entrevistados señalaban que tanto el Estado ecuatoriano como el colombiano, son una fuente de problemas. El primero porque no ha tenido durante mucho tiempo como prioridad a la salud, de ahí que no se encuentre una política de estado seria al respecto; el segundo porque ha sido muy débil en su rol de vigilancia y control.

Segundo: Durante los años de formulación de la reforma, ambos países recibieron las visitas de las comisiones de expertos del BM y del BID, pero solamente Colombia fue ampliamente receptiva a las ideas de estas instituciones, puesto que muchos actores clave del proceso ya tenían una bagaje académico en Norteamérica, además de una historia laboral vinculada a éstas, por lo cual ya estaban familiarizados con sus ideas. Es verdad que la banca internacional puede ejercer presión para que sean implementadas ciertas medidas o políticas, como lo hizo con Colombia y Ecuador, así como en muchos otros países latinoamericanos, pero se necesitan numerosos actores locales que estén en sintonía con las ideas de las Instituciones Financieras Internacionales, para que dicha influencia tenga un efecto importante. Esto demuestra que la presión de las IFI tiene unos límites muy concretos, y que sin la activa participación, colaboración y convencimiento de los políticos locales, sus ideas no pueden convertirse en política pública. También se debe agregar, que el caso colombiano muestra que toda idea (sea foránea o impuesta) es negociada y reconstruida en escenarios políticos locales, donde es reformulada de acuerdo a las complejas dinámicas de cada país. En consecuencia, los paradigmas de los organismos internacionales se insertan en procesos históricos situados y nacionales

que condicionan su influencia; de tal modo que los procesos nacionales de formulación y cambio de política pública no son el resultado mecánico de imposiciones globales, sino que son el resultado de una construcción imbricada entre las fuerzas e ideas locales y los paradigmas globales.

Tercero, en Colombia en el periodo analizado, ha operado un cambio interno de sistema pues la provisión de servicios dejó de ser predominantemente estatal, y se convirtió en predominantemente privada, quedando la regulación y financiación en manos estatales. Este cambio en la tipología de Hall, sería de segundo orden, que se refiere al cuestionamiento de la política como tal y el desarrollo nuevos instrumentos de política, pero bajo los mismos objetivos. En contraste, en Ecuador ha operado un cambio interno de niveles dentro de una o más dimensiones, sin que se produzcan cambios drásticos en las características generales del sistema. A pesar del aumento del presupuesto y otras medidas orientadas a mejorar la infraestructura y el talento humano, estructuralmente el sistema tiene las mismas características de hace 25 años, es decir, segmentación, fragmentación y la misma forma de financiación. Se trata entonces de ajustes relativamente marginales, como modificaciones administrativas, nuevos decretos, reglamentos, etc; que corresponde a cambios de tipo incrementalista o primer orden. Sin embargo, son un desarrollo significativo que a largo plazo, puede llevar a cambios más amplios y sustanciales, y que a la larga modifiquen completamente el sistema.

Cuarto, el análisis de las tres corrientes y el cambio incremental ilumina la importancia del discurso, tanto en problematización de un sector, como en la implementación de una política pública. En ambos momentos el discurso tiene un rol fundamental, e incluso es un factor causal cuando contribuye a consolidar el discurso coordinativo que lleve a consensos. En la implementación, el rol del discurso promueve el debate, la crítica y la deliberación de la sociedad en cuanto al funcionamiento de una política pública, lo cual es un proceso de retroalimentación para que el Gobierno, ofrezca respuesta a las demandas ciudadanas. De otro lado, en la implementación también se abren brechas interpretativas que llevan a cambios graduales, evidenciado la importancia del discurso.

Quinto, en ambos países se ha establecido una suerte de periodo garantista o periodo nirvana, que ofrece la garantía universal del derecho a la salud y a la seguridad social, con principios como universalidad, calidad, eficiencia, participación y solidaridad.

Quiero resaltar que estos cinco conceptos aparecen prácticamente en toda la normativa analizada, en ambos países. Y a partir de ahí, surgen nuevas preguntas que servirán de pretexto para otras investigaciones: ¿cómo surgen estos conceptos? ¿cómo circulan e influyen en las políticas públicas? ¿cómo se interpretan, se transforman, se vuelven dominantes o se desvanecen? ¿cómo se emplean los objetos discursivos e ideacionales para diseñar políticas, cuál es su papel en la implementación y en la legitimidad de una política? ¿Qué significan estos cambios en política social para nuestra comprensión del neoliberalismo latinoamericano?

Independientemente de las respuestas, está claro que el nirvana es un concepto que evoca un lugar prometido como un horizonte celestial. Y en la formulación de la política pública, los conceptos nirvana son centrales y habituales; pero como promesas, se ponen a prueba en la realidad de la implementación; tal vez lo más importante, es que alimentan la expectativa ciudadana para exigir el cumplimiento de las promesas de bienestar y justicia social.

Anexo1

Otros aportes y comunicaciones que recibió el Congreso de Colombia en la formulación y discusión de la Ley 100 de 1993.

Fecha	autor	Asuntos principales
Junio 3 de 1993	Servicio seccional de salud de Antioquia	<p>Cuestionan “la compatibilidad entre el objetivo de cubrir la salud de los más pobres con la rentabilidad económica que se le propicia a empresa privada, cuanto se pretende delegar en ella la prestación de los servicios públicos de salud a estas comunidades. En consecuencia, vemos con preocupación que al paso de la privatización se van a ver debilitadas e insuficientes las entidades estatales, cada vez se harán más incompetentes en el cumplimiento de la obligación constitucional de garantizar servicios integrales de salud a las comunidades más pobres (227).</p> <p>“El ISS queda sometido a la inercia de las nuevas circunstancias”</p> <p>“es un supuesto equivocado creer que el sector público es por naturaleza ineficiente. En el caso colombiano debería suponerse, en cambio, que la estructura de la red oficial de servicios es insuficiente y que amerita cambios”.</p> <p>“el proyecto de ley propone un modelo de salud desde la perspectiva economicista, que desarticula los aspectos de promoción y prevención y mayor énfasis en los aspectos resolutivos y curativos.”</p> <p>Entre otras cosas se cuestiona la pérdida de importancia de la acciones preventivas y fomento de protección de salud, por no ser rentables para empresas privadas, la descentralización institucional y no territorial del modelo, la falta de fortalecimiento de entidades públicas para que compitan con éxito con el sector privado, y la franja poblacional que quedaría sin protección, es decir los estratos medios por no poder acceder ni al contributivo ni al subsidiado.</p>
Mayo de 1993	Servicio seccional de salud de Bolívar	<p>En general se apoya el proyecto y se hacen algunas sugerencias como buscar fortalecer el sector rural, a través de un subsidio para el campesinado o algo por el estilo, y considerar un régimen de sanciones por falta a la ética.</p>
Mayo 1993	Instituto metropolitano de salud Medellín, MEETROSALUD	<p>Se cuestiona: la incoherencia e incoordinación del proyecto con otras leyes, la franja poblacional descubierta, la exclusión de patologías del POS, las exclusiones que dejan en entredicho la supuesta universalidad del modelo, y la falta de estrategia para fortalecer el ISS que se condenaría a desaparecer.</p>

Mayo de 1993	Servisalud Meta Jorge Hernando Pardo	Se hace un listado de sugerencias y recomendaciones generales.
Mayo de 1993	Instituto seccional de salud del Quindío	Plantean gran expectativa sobre la reforma, pero algunas preguntas sobre si se tuvieron en cuentas las características específicas de las comunidades y su realidad.
Mayo de 1993	Servicio seccional de salud de Risaralda	Se aplaude el proyecto y sus objetivos, pero se cuestiona su viabilidad financiera.
Mayo de 1993	Secretaria distrital de salud de Santafé de Bogotá	Se realizan algunas sugerencias generales.
Junio de 1994	Secretaría de salud del Tolima	Se señala que se convocó un foro abierto para discutir la propuesta y allí se llegó a estas conclusiones: solicitar el aplazamiento para la aprobación del proyecto, de tal manera que permita a los congresistas mayor espacio de discusión, permitir el análisis a nivel departamental de las diferentes propuestas, existen problemas de financiamiento, multiplicidad de intermediación que incrementa los costos, concepción de salud en términos de costos y no de valores desigualdad en la prestación de servicios, se incrementaría la cobertura pero no la calidad (243-245)
Mayo 17 de 1993	Secretaria departamental de salud del Valle del Cauca.	Se cuestiona abiertamente toda la propuesta, señalando varias objeciones: su falta de claridad en lo financiero, excluir importantes sectores de la población, crear nueva burocracia, destrucción de los sistemas departamentales y locales de salud.
Mayo de 1993	Secretaria departamental de salud del Magdalena	Se alaba el proyecto, reconociendo sus méritos para lograr la universalidad, solidaridad y eficiencia en el sistema.
Agosto de 1993	Hospital Pablo Tobón y clínica Santa María	Comentario y sugerencias para la reforma, con artículos concretos.
Mayo de 1993	Federación Médica Colombiana	Reconocen las bondades de la reforma y sugieren abolir preexistencias, carencias y exclusiones.

Mayo de 1993	Academia Nacional de Medicina	Realizan comentarios puntuales a algunos artículos.
Mayo de 1993	Asociación Colombiana de Facultades de Medicina ASCOFAME	Se hacen comentarios al articulado, cuestionando las preexistencias, las diferencias entre los planes subsidiados y el contributivo que consolidaría desigualdades.
Mayo de 1993	ASCOFAME	Sugerencias: extensión de la cobertura a municipio y áreas rurales, apoyo técnico, administrativo a los municipios en el proceso de descentralización,
Agosto de 1993	Asociación Colombiana de Sociedades científicas, federación Médica Colombiana, asociación Colombiana de Facultades de Medicina	Apoyan el proyecto al considerar que responde a las necesidades de la población. Por lo cual, reiteran el apoyo al proyecto de ley, haciendo algunas observaciones: la necesidad de desarrollar capacidad técnica y administrativa para la descentralización, aprovechamiento el ISS para aprender de su experiencia y ampliar la cobertura, tener en cuenta las especificidades regionales y étnicas en el POS.
Julio de 1993	ACEMI	Se hacen las siguientes observaciones: patologías que por su naturaleza deben ser asumidas por el fono de salud y n por las EPS, contar con un periodo de permanencia de un año para cambiar de EPS, periodos mínimos de cotización, eliminar al contribución del 10% para los contratos de planes complementarios, entre otras aclaraciones que piden.
Agosto de 1993	ACEMI	Presenta costos médicos de la medicina prepagada que no cubre ni preexistencias ni enfermedades congénitas. Se insiste en la eliminación del 10% adicional para planes complementarios.
Agosto de 1993	ACEMI	Recalcan su preocupación sobre ofrecen un plan e salud obligatorio con precio fiados posteriormente por el consejo nacional de seguridad en salud que no garantiza la rentabilidad financiera del proyecto. Asimismo, consideran inviable la obligación de recibir a todo usuario que así lo demande. Y expresan su malestar por el tema de las preexistencias.

Julio de 1993	Colsanitas medisanitas	Observaciones: planes mínimos y no máximos, establecer un régimen de preexistencias adecuado, que las cuotas moderadoras sean recursos de las EPS, periodos mínimos cotizados para acceder a servicios, sanción por mora de los aportantes.
Mayo de 1993	Fasecolda, unión de aseguradores Colombianos	Plantean interrogantes y objeciones sobre: remuneración de la EPS, planes complementarios, seguro obligatorio de accidentes.
Julio de 1993	Fasecolda	Eliminar la contribución del 10% a planes complementarios, liberación de tarifas del seguro obligatorio de accidentes de tránsito.
Agosto 1993	Asociación Nacional de industriales ANDI	Observaciones, que el ministerio de desarrollo siga asumiendo el control de precios de medicamentos (pues se pretendía pasarlo al de salud) pues las leyes de la oferta y demanda se encargan de regular debidamente los precios de los mismos. Preocupación por el impacto macroeconómico por el incremento de cotizaciones para salud.
Agosto de 1993	Consejo gremial Nacional	Apoyo a la iniciativa, pero con preocupaciones: aumento de cotizaciones para salud, traslado de competencia para fijar los precios de los medicamentos. La imposibilidad económica de prestar los mismos servicios que brinda el ISS, por ello, piden precisar el pos de acuerdo a los recursos disponibles.
Julio de 1993	Asociación Bancaria y entidades financieras	Apoyo a la iniciativa.
Mayo de 1993	ASMEDAS	Cuestionamiento de nuevos decretos (2147 y 2148), y rechazo a la privatización de las instituciones de salud, disminuyendo la responsabilidad estatal mediante la reforma. Cuestionamiento de los principios rectores de la reforma como el de la competencia y la rentabilidad del sector privado que no son congruentes con objetivos sociales. El estado le da una gran carga a los trabajadores, que deben responder por la obligaciones del gobierno, pues su aportes irán tanto al régimen contributivo y al subsidiado. El sistema no es coordinado, sino anárquico pues son un conjunto de instituciones sin capacidad organizativa, sobrecostos innecesarios e incontrolables en su labor. No está clara la cobertura al sector rural.

Sept 1993	Asociación Nacional de enfermeras de Colombia de seccional Cundinamarca	Cuestionamiento de la reforma por ir en contravía de los derechos constitucionales, resaltar la responsabilidad estatal para organizar los regímenes de salud no debe recaer esto en base privada. Por Las características geográficas y de infraestructura, hace inviables para el sector privado la oferta de servicios. Cuestionamiento del funcionamiento del fondo de solidaridad, las personas deben pagar cuotas moderadoras, incremento de cotización lo que hace costosa para el bolsillo de las personas. Posibilidad de quiebra de los hospitales estatales por dejar de recibir presupuesto directo sino recibirlo por subsidios a la demanda.
Junio de 1993	Asociación Nacional de Cajas de Compensación Familiar	Observaciones: la manera como las cajas entrarían a ser administradores del régimen subsidiado o EPS, y las consecuencias monetarias o implicaciones, piden elevar a 15% los gastos de administración y funcionamiento.
Junio de 1993	Fedecajas	Manifiestan el apoyo a la reforma y sugieren que hay dos representantes de las cajas de compensación en el consejo nacional de seguridad social en salud.
Julio de 1993	Fedecajas	Comentario al articulado, como el cuestionamiento del año de privilegio al ISS de mantener por un año congelada el traspaso de afiliados.
Agosto de 1993	Fedecajas	Comentarios al articulado resaltando un análisis sobre la cuota de capitación y que garantice un plan básico, para darle factibilidad financiera al proyecto. Se señala que como está planteado el proyecto es inviable financieramente.
Mayo de 1993	Fundación Corona	Observaciones al articulado y sugerencias: organiza, consolidar y manejo de bando de datos centralizado a nivel nacional. Concertación, formulación, actualización y permanente divulgación de la visión y misión del sistema propuesto. Orquestación a nivel nacional, de un plan de estímulos sociales competitivos para lograr crecientes metas en las afiliaciones, y la excelencia de los servicios 334-335
Mayo de 1993	Consejo Seccional Comunitario	Se cuestiona que el proyecto no ha tenido la necesaria divulgación y no posee participación comunitaria, el proyecto pretende la privatización de la salud, dejando al margen las comunidades más desprotegidas.

ANEXO 2

Comentarios de otros actores sociales sobre la reforma a la seguridad social en salud en 1993.

fecha	autor	Asunto
Oct 91	Francisco posada de la peña	Propuesta de definición de seguridad social
enero de 1993	Fundación Corona	Ejes y características deseables para una reforma a la seguridad social
Marzo de 1993	Wolfgang Munar Viceministro de salud.	Comentarios al proyecto de ley de reforma a la seguridad social.
Marzo de 1993	Coasmedas limitada	Primer seminario nacional de sistemas de medicina prepagada
Abril de 1993	Roberto Cocheteux. Colsanitas	Régimen contributivo, régimen subsidiado
Abril de 1993	Ascofame	Un nuevo sistema de seguridad social en salud para los colombianos
Abril de 1993	German collazos directo Compensar	Propuesta para garantizar el conocimiento y compromiso de la población colombiana frente al nuevo régimen de seguridad social.
Abril de 1993	DNP María Eliza Zambrano	Comentario ley de seguridad social.
Abril de 1993	Roberto Cocheteux	Artículos sobre sistema general de seguridad social en salud.
Abril de 1993	DNP	Comentarios ley de salud

Abril de 1993	Carta INS	Envía alternativas 1 y 2
Mayo de 1993	María Cecilia López ISS	Proyecto de ley ISS
Mayo de 1993	INS	Resumen en relación al INVIMA
Mayo de 1993	Academia nacional de Medicina	Observaciones al sistema general e seguridad social en salud.
Mayo de 1993	Juan Jacobo Muñoz Mario rueda Rafael Sarmiento Julio E Ospina	Ajunta propuesta que repercute en el desarrollo de la seguridad social.
Mayo de 1993	Fanny Santamaría, ISS	Restricciones financieras que tendrían en caso de aporte para el seguro de enfermedad general y maternidad en medicina familiar se disminuya del 12% al 10%
Mayo de 1993	Mauricio Poveda ramos	Seguridad social y solidaridad social
Mayo de 1993	Alberto vejarano Laverde, clínica Shaio	
Mayo de 1993	Wolfgang Munar	Comentario sobre el tema de invima
Mayo de 1993	Ivan Darío velez Federico Villegas a Federico Londoño	Comentario al artículo del proyecto de ley 155

Mayo de 1993	Danilo vega Arévalo Fedecajas	Comentario al último articulado en salud
Mayo de 1993	Supersalud	Comentario al proyecto de ley
Mayo de 1993	Víctor Andrade rojas	Respecto al proyecto de ley
Mayo de 1993	Instituto FES de liderazgo	Observaciones al proyecto de ley
Junio de 1993	Tarcisio Castañeda	Carta al despacho del ministro
Junio de 1993	Servicio seccional de salud de Antioquia	Comentario al articulado del proyecto de ley seguridad social en salud
Junio de 1993	Ascofame	Cambios para el libro II del sistema de seguridad social.
Junio de 1993	Tarcisio Castañeda DNP	Comentario a la ley de salud
Junio de 1993	Juna Muñoz Academia nacional de medicina	Comentarios sobre el proyecto de ley
Junio de 1993	Fedecajas Danilo vega Arévalo	Sobre el proyecto de ley
Junio de 1993	Fasecolda	Propuesta sobre eventos catastróficos y actos terroristas
Junio de 1993	Oscar Guerra Superintendente nacional	

Junio de 1993	Servisalud de Bolívar, pedro Osorio	Remite recomendaciones sobre el proyecto de ley sobre seguridad social.
Junio de 1993	Servisalud Antioquia, Luis Ochoa	Ajustes al proyecto de ley
Junio de 1993	Alberto vejarano	Felicitación por sesión sobre proyecto de ley
Junio de 1993	DNP Tarsicio Castañeda	Comentario a la ley de salud
Junio de 1993	Superintendente bancario	Comentarios al Proyecto de Ley 155
Julio de 1993	Fernando silva García superintendencia bancaria	Modificaciones seguro obligatorio de accidentes de tránsito
Julio de 1993	Francisco San clemente ACEMI	Análisis del proyecto de ley
Julio de 1993	Félix León Martínez ISS	Anotación al segundo libro proyecto de ley 155
Julio de 1993	Superintendente nacional de salud	Observaciones proyecto de ley seguridad social
Julio de 1993	Afibro	Laboratorio que salieron de Colombia o se han fusionado, presupuesto de Minsalud.
Agosto de 1993	Fedecajas	Correcciones al articulado relacionadas con las cajas de compensación familiar
Agosto de 1993	Contraloría general	Costo fiscal del sistema integral de seguridad social
Agosto de 1993	Ascofame julio enrique Ospina	Comentario respecto al proyecto de ley

Agosto de 1993	ACEMI, Francisco san Clemente	Anexa cuadro de las estadísticas a mayo correspondiente a empresas de medicina prepagada
Agosto de 1993	Ecopetrol	Implicaciones para Ecopetrol en caso de ser aprobado el proyecto sobre seguridad social
Agosto de 1993	Ascofame, Julio Enrique Ospina	Consideración de acciones tendentes a mantener y hacer explícita la posición de apoyo de las instituciones médicas al proyecto de ley
Agosto de 1993	Oscar Villegas Manlio Lafont herrera USO, ECOPETROL Bernardo ortega	Observaciones proyecto de ley, componente salud
Agosto de 1993	FEDECAJAS	Correcciones indispensables al articulado de reformas a la seguridad social, relacionados con cajas de compensación familiar.
agosto	Hospital Pablo Tobón Uribe	Comentario y sugerencias al proyecto de ley
Septiembre de 1993	FESCOL	La política social en Colombia, los caso de salud y pensiones
Sept 1993	Wolfgang Munar	Remite copia y anexos que recibió del Minsalud el Uruguay sobre el sistema de salud de ese país, comenta que sería importante traer algunos de sus buenos técnicos.
Sept 1993	Alberto Bejarano cruz roja colombiana	Remite copia de conferencia que directa en Exposalud.
Sept 1993	Colsanitas Medisanitas	Propuesta para reformar el proyecto de ley de seguridad social

Sept 1993	Edgar Alfonso González	Sugerencia a la redacción del proyecto aprobado en primeros debates, en consideración a la claridad de competencias problemas de constitucionalidad y claridad del texto.
Sept 1993	Ecopetrol	Implicaciones de la reforma de seguridad social en Ecopetrol.
Sept 1993	Ecopetrol	Regulaciones, impuestos y dividendos

Lista de siglas y acrónimos

ANC: Asamblea Nacional Constituyente

ACEMI: Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral

Acopi: Asociación Colombiana Popular de Industrias

ANIF: Asociación Nacional de Instituciones Financieras

ANDI: Asociación Nacional de Industriales

AUS: Aseguramiento Universal en Salud

BID: Banco Interamericano de Desarrollo.

BM: Banco Mundial

CB: Comisión Biministerial

Cepar: Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social

Cemein: Centro Ecuatoriano de Medicamentos e Insumos

CGTD: Confederación General de Trabajadores Democráticos

CONADE: Consejo Nacional de Desarrollo

Conam: Consejo Nacional de Modernización

Conasa: Consejo Nacional de Salud

Cnsss: Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

CM: Corrientes múltiples

CUT: Central Unitaria de Trabajadores

CTC: Central de Trabajadores de Colombia

DNP: Departamento Nacional de Planeación

EPS: Entidades Promotoras de Salud.

Fasbase: Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud

FFAA: Fuerzas Armadas

FES: Fundación para la Educación y el Desarrollo Social

FOSYGA: Fondo de Solidaridad y Garantía.

GATSS: Grupo de Apoyo para la Transformación del Sector Salud

ID: Institucionalismo Discursivo

IFI: Instituciones Financieras Internacionales

Incolda: Instituto Colombiano de Administración Pública

IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

Issf: Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas

Isspol: Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional

Losns: Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud

MAIS-FCI : Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural

MDCS: Ministerio de Desarrollo y Coordinación Social

MSP: Ministerio de Salud Pública de Ecuador

Modersa: Modernización de los servicios de salud

ISS: Instituto de Seguros Sociales

ONG: Organizaciones No Gubernamentales

OPS/OMS: Organización Panamericana de Salud/ Organización Mundial de la Salud

OMP: Organizaciones de Medicina Prepagada

OIT: Organización Internacional del Trabajo

PAS: Plan de Aseguramiento en Salud

PIS: Plan Integral de Salud

POS: Plan Obligatorio de Salud

PSS: Prestadores de Servicios de Salud

PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

Spss: Sistema de protección social en salud

RCP: Rastreo Comparativo de Procesos

UMPS: Unidades Médicas Prestadoras de Salud

Unfpa: United Nations Fund for Population Activities

UPC: Unidad de Pago por Capitación

PIS: Plan Integral de Salud

SGSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

SELBEN: Sistema de Identificación y Selección de Beneficiarios de Programas Sociales

SISBEN: Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales.

Spss: Sistema de Protección Social en Salud

USAID: United States Agency for International Development

Lista de referencias

- Ackrill Robert, Kay Adrian y Zahariadis, Nikolaos. 2013. "Ambiguity, multiple streams, and EU policy". *Journal of European Public Policy* 6: 871-887. DOI: 10.1080/13501763.2013.781824
- Ackrill Robert y Kay Adrian. 2011. "Multiple streams in EU policy-making: the case of the 2005 sugar reform". *Journal of European Public Policy* 72-89. DOI: 10.1080/13501763.2011.520879
- Almeida Celia. 2006. Reforma del sector salud en America Latina y el Caribe: el papel de los organismos internacionales al formular las agendas y al implementar las políticas. *Revista Bienestar y Política Social*. 2, No. 1, pp. 135-175
- Banco de la República 2007. *Borradores de Economía. Implicaciones Fiscales y Sectoriales de la Reforma a las Transferencias Territoriales en Colombia*. Recuperado de: <http://www.banrep.gov.co/es/borrador-437>
- Barzela, Michael y Gallego Raquel. 2006. "From "New Institutionalism" to "Institutional Processualism": Advancing Knowledge about Public Management Policy Change". *Governance* 19 (enero): 531 - 557.
- Barrientos, Armando y Lloyd-Sherlock, Peter. 2000. "Reforming health insurance in Argentina and Chile". *Health Policy and Planning* 15 (4). 417-423.
- Basabe-Serrano Santiago, Pachano Simón y Mejía Andrés. 2010. La democracia inconclusa: Derechos fundamentales, instituciones políticas y rendimientos gubernamentales en Ecuador. *Revista de ciencia política* .Volumen 30 / N° 1; 65 – 85.
- Blankenau, Joe. 2001. "The Fate of National Health Insurance in Canada and the United States: A Multiple Streams Explanation". *Policy Studies Journal* 29: 38-55
- Bengtsson Bo y Ruonavaara Hannu. 2016. "Comparative Process Tracing: Making Historical Comparison Structured and Focused". *Philosophy of the Social Sciences*. Vol. 47: 44–66.
- Bengtsson Bo y Ruonavaara Hannu. 2011. "Comparative Process Tracing in Housing Studies". *European Journal of Housing Policy* (Diciembre) DOI: 10.1080/14616718.2011.626603

- Bengtsson, Bo, y Nils Hertting. 2014. "Generalization by Mechanism: Thin Rationality and Ideal-Type Analysis in Case Study Research." *Philosophy of the Social Sciences* 44 (6): 707-31
- Bennet Andrew y Colin Elman. 2006. "Qualitative Research: Recent Developments in Case Study Methods". *Annual Review of Political Science*. Vol. 9 (Junio) 455-476.
- Borrás Susana y Radaelli, Claudio. 2011. "Special issue: The Politics of the Lisbon Agenda: Governance Architectures and Domestic Usages of Europe". *Journal of European Public Policy*. vol 18 nr. 4.
- Bossert, Thomas y Larrañaga Osvaldo, Giedion Ursual, Arbelaez Jose, y Bowser Diana . 2003. "Decentralization and Equity of Resource Allocation: Evidence from Colombia and Chile." *Bulletin of World Health Organization*. 81 (2): 95-100.
- Cairney Paul. 2009. "The role of ideas in policy transfer: The case of UK smoking bans since devolution". *Journal of European Public Policy*. 16, 471- 488.
- Cairney Paul y Jones Michael. 2016. "Kingdon's Multiple Streams Approach: What Is the Empirical Impact of this Universal Theory?" *Policy Studies Journal*, 44, 1, 37-58.
- Cairney Paul y Zahariadis Nikolaos. 2016. "Multiple Streams Analysis: A Flexible Metaphor Presents an Opportunity to Operationalize Agenda Setting Processes". *Handbook of Public Policy Agenda-Setting*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing Limited.
- Calsamiglia, Helena y Tuson Amparo. 1999. *Las cosas del decir: manual de análisis del discurso*. Barcelona: Ariel.
- Carte Neil y Jacobs Michael. 2014. Explaining radical policy change: the case of climate change and energy policy under the british Labour Government 2006-10. *Public Administration*. Volume 92, Issue 1 March Pages 125–141
- Centeno, Miguel Ángel. 1993. "The New Leviathan: The Dynamics and Limits of Technocracy". *Theory and Society*, 22(3), 307–335.
- Clarke, Lee. 2006. Mistaken Ideas and Their Effects. *The Oxford Handbook of Contextual Political Analysis*. Edited by Robert E. Goodin and Charles Tilly.
- Collins Charles, Green Andrew y Hunter David. 1999. "Health sector reform and the interpretation of policy context". *Health Policy* 47, 69–83.
- Comisión para la Auditoria Integral del Crédito Público del Ecuador 2008. Informe

final de la auditoría integral de la deuda ecuatoriana. Impreso en Ecuador.

Congreso de la República de Colombia. Gaceta 255 de 1993.

Congreso de la República de Colombia. Gaceta 130 de 1993.

Congreso de la República de Colombia. Gaceta 448 de 1993.

Congreso de la República de Colombia. Gaceta 454 de 1993.

Congreso de la República de Colombia. Gaceta 300 de 1993.

Congreso Nacional de la República de Ecuador. Proyecto de Ley de Seguridad Social. 1999.

Congreso Nacional de la República de Ecuador. Proyecto de Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. 2002.

Consejo Nacional de Modernización del Estado 1995. Propuesta de Reforma a la seguridad social. Documento de trabajo.

Cordova Polibio. 1995. Los resultados de la consulta electoral. Una comparación con eventos similares. En: Los resultados de la Consulta Popular en el Ecuador. Quito: FLACSO.

Cox, Robert Henry. 2001. The Social Construction of an Imperative: Why Welfare Reform Happened in Denmark and the Netherlands but Not in Germany. *World Politics*, 53, 463-498.

DANE 1997. Encuesta de calidad de vida DANE.

DANE 2011. Encuesta de Calidad de Vida.

De la Torre, Patricia. 2004. *Stato Nostro. La cara oculta de la Beneficiencia en Ecuador*. Quito: Abya-Yala.

De Beyer, Joy A.; Preker, Alexander S. y Feachem, Richard G. A. “The role of the World Bank in international health: renewed commitment and partnership”. *Social Science & Medicine* 50. 2000: 169-176.

Defensoría del pueblo 2014. La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social. Bogotá: Defensoría del Pueblo de Colombia.

Delvaux, Bernard y Mangez, Éric. 2008. “Towards a Sociology of the Knowledge-Policy Relation”. Integrative Report. Know & Pol.

Díaz, Pedro. 1993. *La Constitución política colombiana. Proceso, estructuras y contexto*. Bogotá: Temis.

- Dogan, Mattei y Pelassy, Dominique. 1990. *How to Compare Nations*. New Jersey: Chatham House Publisher.
- Durán-Ballén, Sixto. 2011. *A mi manera. Los años de Carondelet*. Universidad Simón Bolívar y Universidad de las Américas. Quito:Abya-ya.
- Echeverría Tapia, Ramiro. 1997. El proceso de reforma del sector salud en el Ecuador 1997–2000: Aportes para el debate. USAID – CEPAR Quito.
- Echeverría Tapia, Ramiro, De Paepe, Pierre, Aguilar Edison y Unger, Jean-Pierre. 2012. “Ecuador’s Silent Health Reform”. *International Journal of Health Services*, 42(2), 219–233.
- Espinosa, Carlos. 2010. *Historia del Ecuador*. Barcelona: Lexus Editores.
- Espinosa Verónica, Acuña Cecilia, De la Torre Daniel, Tambini Gina. 2017. La reforma en salud del Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Publica*. 41: 96.
- Estrada, Jairo. 2004. *Construcción del modelo neoliberal en Colombia. 1970-2004*. Bogotá: Ediciones Aurora.
- Etienne, Carissa. 2017. “Health systems reform in the quest for universal health”. *Revista Panamericana de Salud Publica*. 2017;41:e79.
- Febres, Francisco. 2015, 8 de abril. *Mauricio Pinto: La decisión de no darse por vencido*. Mundo Diners. Recuperado de: <http://www.revistamundodiners.com/?p=4729>
- Fischer, Frank. 1990. *Technocracy and the Politics of Expertise*. Newbury Park, Sage Publications.
- Fischer, Frank. 2000. *Citizens, Experts, and the Environment: The Politics of Local Knowledge*. Duke University Press.
- Fischer, Frank. 2003. *Reframing Public Policy: Discursive Politics and Deliberative Practices*. New York: Oxford University Press.
- Fischer, Frank y Gottweis Herbert. 2012. *The Argumentative Turn Revisited. Public Policy as Communicative Practice*. Durham: Duke University Press.
- Fleury, Sonia Susana Belmartino, and Enis Baris. *Reshaping health care in Latin America: a comparative analysis of health care reform in Argentina, Brazil, and Mexico*. 2002. Ottawa : International Development Research Centre
- Franco-Giraldo, Álvaro. 2012. “La última reforma del sistema general de seguridad social en salud Colombiano”. *Revista de Salud Pública*, 14 (5), 865-877.
- Freeman, Richard, y Moran, Michael. 2000. “Reforming health care in Europe”. *West*

- European Politics*, 23 (2), 35–58. doi:10.1080/01402380008425366
- Fontaine, Guillaume. 2016. *Comparative Public Policy*. Documento de trabajo.
- Frenk, Julio. 1994. “Dimensions of health system reform”. *Health Policy* 27:19–34.
- Galarza, Ramiro. 1995. “El Gobierno nos quiso engañar”. *Los resultados de la Consulta Popular en el Ecuador*. Quito: FLACSO.
- Garay, Luis Jorge. 2004. *Colombia: estructura industrial e internacionalización 1967-1996*. Biblioteca Virtual del Banco de la República.
- Genieys, William y Smyrl, Mark. 2008. *Elites, Ideas and the evolution of public policy*. Palgrave Macmillan US. DOI 10.1057/9780230612990
- Giraldo, César. 2007. *¿Protección o desprotección social?* Bogotá: Desde Abajo, Cesde, Universidad Nacional de Colombia.
- González, Roberto, Molineros Ivonne. 2013. *Conflicto y violencias en Colombia*. En: *En: Violencia Política y Conflictos sociales en América Latina*. CLACSO, U. del Norte. Barranquilla.
- González-Rossetti Alejandra y Ramírez Patricia. 2000. *Enhancing the Political Feasibility of Health Reform: The Colombia Case*. Agency for International Development under Cooperative Agreement No. DPE-5991-A-00-1052-00. Harvard School of Public Health. USAID
- Guiraudon, Virginie. 2000. “European Integration and Migration Policy: Vertical Policy Making as Venue Shopping”. *Journal of Common Market Studies*, 38, 249–69.
- Guzmán, Karelys. 2014. Radiografía de la oferta de servicios de salud en Colombia, *Documento de trabajo sobre Economía Regional*, 202.
- Habermas, Jürgen. 1998. *Facticidad y validez. Sobre el derecho y el Estado democrático de derecho en términos de teoría del discurso*. Madrid: Trotta.
- Hall, Peter 1993. “Policy Paradigms, Social Learning and the State: The Case of Economic Policymaking in Britain”. *Comparative Politics*, 25(3), 275–296.
- Hall, Peter y Taylor, Rosemary. 1996. “Political Science and the Three New Institutionalisms”. *Political Studies*, 44(4), 936-57
- Hassenteufel Patrick y Zittoun Philippe. 2014. “Why do policy change discourse succeed? Combining sociological and discursive analysis of policy actors strategies”. Policy and Politics Conference 2014. (Bristol, September 16-17).

<http://www.bristol.ac.uk/media-library/sites/sps/migrated/documents/hassenteufelwhydopolicychange.pdf>

- Herdman, Elizabeth. 2002. "Lifelong Investment in Health: The Discursive Construction of Problems in Hong Kong". *Health Policy, Health Policy and Planning*, 17 (2): 161-166
- Hermida, César. 2007. El proceso de construcción del Sistema Nacional de Salud. En Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) (Ed.), *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas*. Quito: OPS/MSP/Conasa.
- Hermida, César. 2011. *El Sistema Nacional de Salud del Ecuador. Periodo 1998-2010. ¿La construcción de la esperanza?* Cuenca: Editores del Austro.
- Hernández, Mario y Obregón Diana. 2002. La OPS y el Estado colombiano: Cien años de historia 1902-2002. Documento disponible en:
http://www.paho.org/coL/index.php?option=com_content&view=article&id=267:1a-ops-y-el-estado-colombiano-cien-anos-de-historia-1902-2002&catid=683:pwr-office-colombia&Itemid=361
- Homedes, Nuria y Ugalde Antonio. 2005. Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso, *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 17(3)
- Howlett Michael, McConnell Allan y Perl Anthony. 2015. Streams and stages: Reconciling Kingdon and policy process theory. *European Journal of Political Research*. Volume 54, Issue 3. Agosto 2015. Pages 419–434. DOI: 10.1111/1475-6765.12064
- Holzmann, Robert y Jorgensen, Steen. 2000. Manejo Social del Riesgo: un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá. Banco Mundial. Documento de trabajo N° 006.
- Huhle, Rainer. 2001. La violencia paramilitar en Colombia: Historia, estructuras, políticas del Estado e impacto político. *Revista del CESLA* No 2
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2014). Anuario de Estadística de Salud: Recursos y Actividades.
http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/R

- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social 1996. Propuesta de Reforma del Área Médica del IESS para su consolidación y desarrollo. Quito.
- Iturralde, Pablo José. 2015. Privatización de la salud en Ecuador. Estudio de la interacción pública con clínicas y hospitales privados. Arcoiris Producción Gráfica. Centro de Derechos Económicos y Sociales - CDES
- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social 1996. Propuesta de Reforma del Área Médica del IESS para su consolidación y desarrollo. Documento de Trabajo.
- Jobert, Bruno. 1992. “Représentations Sociales, Controverses et Débats dans la Conduite des Politiques Publiques”. *Revue Française de Science Politique*, 42, 219–34.
- Kalmanovitz, Salomón 2010. *Nueva historia económica de Colombia*. Bogotá: Fundación universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano.
- Kay, Jhon y David Thompson. 1986. “Privatisation: A policy in search of a rationale”. *The Economic Journal* 96: 19–32.
- Katzenstein, Peter. 1996. *Cultural Norms and National Security: Police and the Military in Postwar Japan*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Kingstone, Peter. 2011. *The Political Economy of Latin America: Reflections on Neo-liberalism and Development*. Routledge, New York.
- Kingdon, John. 2014. *Agendas, Alternatives and Public Policies*. Essex: Pearson New International Edition.
- Laird, Frank. 1990. “Technocracy Revisited: Knowledge, Power and the Crisis in Energy Decision Making”. *Industrial Crisis Quarterly*, (4), 49–61.
- Lamprea, Everaldo. 2011. *La Constitución de 1991 y la crisis de la salud. Encrucijadas y salidas*. Bogotá: Universidad de los Andes.
- Laso, Jose. 1995. “¿La consulta le interesaba al gobierno? En: *Los resultados de la Consulta Popular en el Ecuador*. Quito: FLACSO.
- La salud: barril sin fondo. *El Tiempo*. 27 de junio de 1993.
<http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-149291>
- Lautier, Bruno. 2005. Una protección mutualista y universal: condición para la eficacia de la lucha contra la pobreza. En: *Sistemas de protección social : entre la*

- volatilidad económica y la vulnerabilidad social / [comp.] Oscar Rodríguez. - Bogotá : Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Económicas. Centro de Investigaciones para el Desarrollo. 95-146
- Lemieux, Vincent. 2002. "L'étude des politiques publiques, les acteurs et leur pouvoir", Quebec: Les Presses de l'Université Laval.
- Letza, Smallman, y Xiuping 2004. "Reframing privatisation: Deconstructing the myth of efficiency". *Policy Sciences* . June 2004, Volume 37, Issue 2, pp 159–183
- Loer, Katrin. 2015. "Political processes in "new health care policy", multiple streams and their explanatory power in the field of social policy". International Conference on Public Policy, Milan, 1-4 July 2015.
- Lucio, Ruth. 2011. *Sistema de Salud de Ecuador*. Revista salud pública de México / vol. 53, suplemento 2 de 2011. México.
- Luna Cristina, Emanuele Carlos, De La Torre Daniel. 2017. "Posicionamiento de Ecuador en la agenda de salud global como producto de la reforma sectorial". *Revista Panamericana de Salud Publica*. 2017;41:e55
- Mahoney James. 2000. "Path Dependence in Historical Sociology". *Theory and Society* 29(4), 507-48.
- Mahoney James y Thelen Kathleen. 2010. *A Theory of Gradual Institutional Change. En: Explaining Institutional Change. Ambiguity, Agency, and Power*. Cambridge University Press, New York.
- March, James G.; Olsen, Johan. 2008. The logic of appropriateness. *The Oxford Handbook of Public Policy*. Oxford, UK: Oxford University Press. p. 689-708
- Marshall, T. H., y T. Bottomore. 1998. Ciudadanía y Clase Social. Madrid: Alianza Editorial.
- McIntyre, Alasdair. 1978. *Against the Self-Images of the Age: Essays on Ideology and Philosophy*. Notre Dame: University of Notre Dame Press.
- Mehta, Jal 2011. "The Varied Roles of Ideas in Politics. From "Whether" to "How". Béland, Daniel y Cox, R. (Eds.) *Ideas and Politics in Social Science Research*. New York: Oxford University Press.
- Mesa-Lago, Carmelo y Lo vuolo Ruben. 1998. Social Security in Ecuador. Mixed or substitutive reform? En: *Changing Social Security in Latin America: Toward Alleviating the Social Costs of Economic Reform*. Pag. 310- 331. Boulder: Lynne Rienner Publishers.

- Mesa Lago Carmelo, Cruz Amparo. 1998. *Do options exists? the reform of pension and health care system in Latin America*. University of Pittsburgh Press, University of Pittsburgh.
- Mesa-Lago, Carmelo. 2008. *Reassembling Social Security A Survey of Pensions and Health Care Reforms in Latin America*. Oxford University Press.
- Ministerio de Salud de Colombia. 1994. *La reforma de la seguridad social en salud*. Anexo documental. Bogotá: Oficina de comunicaciones del Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud Pública de Ecuador 1988. *Lineamientos Básicos del Plan Nacional de Salud 1988-1992*" Quito: MSP, Mimeo
- Ministerio de Salud de Colombia 2008. *Evaluación externa de las actividades del Programa de Apoyo a la Reforma de la Salud PARS en Colombia*. Boletín de prensa N. 38
- Molle, François. 2008. "Nirvana Concepts, Narratives and Policy Models: Insights from the Water Sector". *Water Alternatives* 1(1), 131-156
- Muller Pierre, 2009. *Las políticas públicas*. Estudios de caso No.3. Universidad externado de Colombia. 72-73.
- Organización Panamericana de la Salud 2008. *Perfil de Sistema de Salud: Ecuador, monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma*.
http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=document&slug=perfil-de-los-sistemas-de-salud-ecuador-monitoreo-y-analisis-de-los-procesos-de-cambio-y-reforma&layout=default&alias=74-perfil-de-los-sistemas-de-salud-ecuador-monitoreo-y-analisis-de-los-procesos-de-cambio-y-reforma&category_slug=publications&Itemid=599
- Organización Panamericana de la Salud 2009. *Perfil de Sistema de Salud: Colombia, monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma*.
http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Colombia_2009.pdf.
- Orenstein, Mitchell. 2008. *Privatizing Pensions: The Transnational Campaign for Social Security Reform*. Princeton and Oxford: Princeton University Press.
- Orren, Karen and Stephen Skowronek. 2004. *The Search for American Political Development*. New York: Cambridge University Press.

- Paz y Miño, Juan José 2008. Visión histórica de las constituciones de 1998 y 2008, <http://www.institut-gouvernance.org/es/analyse/fiche-analyse-449.html#h1>
- Pazmiño, Catalina. 2005. “La frágil legitimidad del príncipe democrático”. *Iconos*, (23), 31-32.
- Parsons, Wayne. 2007. *Políticas públicas. Una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas*. México, FLACSO.
- Pierson, Paul. 2004. *Politics in Time: History, Institutions and Social Analysis*. Princeton: Princeton University Press.
- Powell, Martin, y Exworthy Mark. 2001. “Joined-up Solutions to Address Health Inequalities: Analysing Policy, Process and Resource Streams”. *Public Money and Management*, (Junio-marzo) 21– 6.
- Procuraduría General de la Nación 2008. *El derecho a la salud en perspectiva de derechos humanos*. Bogotá: PGN.
- Putnam, Robert. 1977. “Elite Transformation in Advanced Industrial Societies. an Empirical Assessment of the Theory of Technocracy”. *Comparative Political Studies*, 10(3), 383–410.
- Restrepo, Jairo Humberto. 2007. “¿Qué cambió en la seguridad social con la Ley 1122?” *Revista de Salud Pública* 25(1), 82-89.
- Ribbhagen, Christina. 2013. *Technocracy within Representative Democracy: Technocratic Reasoning and Justification among Bureaucrats and Politicians*. (Tesis de Doctorado). University of Gothenburg, Suecia.
- Ridde, Valery. 2009. “Policy Implementation in an African State: An Extension of Kingdon's Multiple-Streams Approach”. *Public administration*. Volume 87, Issue 4. 938–954.
- Riveros Efraín y Amado Laura. 2012. “Modelo de salud en Colombia: ¿financiamiento basado en seguridad social o en impuestos?” *Rev. Gerenc. Polit. Salud*. 11 (Julio-diciembre): 111-120.
- Sacoto, Fernando. 2013. Los modelos de atención de la salud en Ecuador. En: Organización Panamericana de la Salud (Ed.) *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas*. Quito: OPS/MSP/Conasa.
- Sasso, Jimena. 2013. Descentralización del sector salud en Ecuador (1998-2008). En: *Actores, procesos y retos de la descentralización en Ecuador / coordinado por*

- Anita Krainer y María Fernanda Mora. Quito: FLACSO, Sede Ecuador: Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ).
- Schiller Christof, Henni Hensen y Stein Kuhnle. 2009 "Global health policy: What role for international governmental organizations?". En: Rune Ervik, Nanna Kildal and Even Nilssen (eds), *The Role of International Organizations in Social Policy. Ideas, Actors and Impact*, Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing : pp. 212-245.
- Schmidt, Vivien. 2008. "Discursive Institutionalism: The Explanatory Power of Ideas and Discourse". *Annual Review of Political Science* (11), 303–326.
- Schmidt, Vivien. 2010. "Taking Ideas and Discourse Seriously: Explaining Change Through Discursive Institutionalisms. The Fourth New Institutionalism". *European Political Science Review* 2(1), 1–25.
DO:10.1017/S175577390999021X.
- Schmidt, Vivien 2002a. "Does Discourse Matter in the Politics of Welfare State Adjustment?". *Comparative Political Studies*. 35:2, 168–93.
- Schmidt, Vivien. 2002b. *The Future of European Capitalism*. Oxford: Oxford University Press.
- Schmidt Vivien. 2011. "Speaking of Change: Why Discourse is Key to the Dynamics of Policy Transformation". *Critical Policy Studies*, 5(2), 106-126.
doi:10.1080/19460171.2011.576520.
- Schmidt Vivien y Radaelli Claudio. 2004. "Policy Change and Discourse in Europe: Conceptual and Methodological Issues". *West European Politics* Vol. 27 , Iss. 2.
- Schön, Donald. y Rein, Martin. 1994. *Frame Reflection: Toward the Resolution of Intractable Policy Controversies*, New York: Basic Books.
- Sempertegui Fernando y Plaza Luis Enrique. 1989. Política de salud. En: Cuadernos de Políticas Sociales. Compilador Santiago Escobar. Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social, ILPES-CEPAL - Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales, ILDIS .
- Sennett, Richard. 2012. *Juntos, rituales, placeres y política de cooperación*. Barcelona: Anagrama.
- Sixirei, Carlos. 2011. *La violencia en Colombia (1990-2002). Antecedentes y desarrollo histórico*. Pontevedra: Banda Vermella - Serie Humanidades e Ciencias Xurídico-Sociais.
- Stone, Deborah. 2002. *Policy Paradox. The Art of Political Decision Making*. New

- York: Norton.
- Storch Sabine y Winkel Georg. 2013. “Coupling climate change and forest policy: A multiple streams analysis of two German case studies”. *Forest Policy and Economics*. 36:14–26 .DOI: 10.1016/j.forpol.2013.01.009
- Tamayo, Eduardo. 1995. Huelga nacional contra privatizaciones. *Servicio Informativo*, N° 213, ALAI, Quito.
- Tsarouhas, Dimitris. 2012. “Political discourse and path shaping in public policy: comparing pension reforms in Greece and Italy”. *Public Administration*. Volume 90, Issue 1 (marzo): 160–174.
- Thelen, Kathleen. 2003. “How Institutions Evolve: Insights from Comparative Historical Analysis.” En *Comparative Historical Analysis in the Social Sciences*, ed. James Mahoney and Dietrich Rueschemeyer, 305–336. Cambridge: Cambridge University Press.
- Thelen Kathleen y Wolfgang Streeck. 2005. Introduction: Institutional Change in Advanced Political Economies. En *Beyond Continuity: Institutional Change in Advanced Political Economies*. Oxford: Oxford University Press, 2005
- Thorp, Rosemary. 1998. *Progreso, pobreza y exclusión. Una historia económica de América Latina en el siglo XX*. Washington D.C: Banco Interamericano de Desarrollo y Unión Europea.
- Tommasi, Mariano, Stein, Ernesto, Echebarría, Koldo, Lora, Eduardo & Payne, Mark. 2006. *La política de las políticas públicas*. México, D.C: Editorial Planeta Mexicana, S.A. de C.V.
- Travis, Rick, y Zahariadis Nikolaos. 2002. “A Multiple Streams Model of US Foreign Aid Policy”. *Policy Studies Journal*. 30, 4, 495–514.
- Ugalde Antonio y Homedes, Núria. 2005. “Why neoliberal health reforms have failed in Latin America.”. *Health Policy* 71: 83–96.
- Unicef. 2015. *Colombia, Estadísticas*.
https://www.unicef.org/spanish/infobycountry/colombia_statistics.html
- Uribe Gomez, Monica. 2009. “La dinámica de los actores en la implementación de la reforma del sistema de salud en Colombia: exclusiones y resistencias (1995-2003)”. *Revista de Gerencia en Políticas de Salud* 8 (junio-diciembre): 44-68.
- Vega Manuel, Eslava Juan Carlos, Arrubla Deisy y Hernández Mario. 2012. “La

- reforma sanitaria en la Colombia de finales del siglo XX: aproximación histórica desde el análisis sociopolítico”. *Gerencia Política en Salud*. 2012; 11(23):58-84.
- Venturini, Tommaso. 2010. “Diving in Magma. How to Explore Controversies with Actor-Network Theory”. *Public Understanding of Science*. 19 (3), 258–273.
- Verduga, César. 1995. “Algunas hipótesis a propósito del triunfo del NO en la consulta popular”. En: *Los resultados de la Consulta Popular en el Ecuador*. Quito: FLACSO.
- Victoria, Diego. 2007. “Los organismos internacionales y su apoyo a la reforma de salud. En: Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)” En: *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas* . Quito: OPS/MSP/CONASA
- Villacrés, Nilhda y Guerrero, Marco. 2007. Aseguramiento universal en salud: instrumento de la reforma sectorial. En Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas*. Quito: OPS/MSP/Conasa.
- Wagenaar, Hendrik. 2011. "A Beckon to the Makings, Workings and Doings of Human Beings": The Critical Pragmatism of John Forester”. *Public Administration Review*, 71(2), 293-298.
- Walt, Gil y Gilson, Lucy. 1994. “Reforming the Health Sector in Developing Countries: the Central Role of Policy Analysis”. *Health Policy and Planning* 9 (4), 353-370.
- Wendt Claus, Frisina Lorraine y Rothgang Heinz. 2009. “Healthcare System Types: A Conceptual Framework for Comparison”. *Social Policy y Administration* Vol . 43, No . 1: 70-90.
- Winkel Georg y Leipold Sina. 2016. “Demolishing Dikes: Multiple Streams and Policy Discourse Analysis”. *The Policy Studies Journal*. Vol. 44.
- World Bank 1988. *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform*, <http://documents.worldbank.org/curated/en/468091468137379607/Financing-health-services-in-developing-countries-an-agenda-for-reform>.
- World Bank 1992. *Staff Appraisal Report Ecuador. Second Social Development Project Health And Nutrition*, <http://documents.worldbank.org/curated/en/841441468026428611/Ecuador-Second>

d-Social-Development-Health-and-Nutrition-Project

- World Bank .1993. *World Development Report 1993. Investing in Health*,
<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/5976>
- World Bank. 2007. *Implementation Completion and Results Report (ibrd- 43420) on a Loan in the Amount of US\$45.0 Million to the Republic of Ecuador for a Health Services Modernization Project*;
<http://documents.worldbank.org/curated/en/951091468248412060/text/ICR2050ICR0P031sclosed0March0502008.txt>
- World Bank. 2017. *Social Development II: Health and Nutrition (Fasbase)*.
<http://web.worldbank.org/external/projects/main?pagePK=104231&theSitePK=40941&menuPK=228424&Projectid=P007087>
- Yepes, Francisco. 1990. *Estudio Sectorial de Salud. La Salud en Colombia. Documento general*. 2 Tomos. Bogotá: Ministerio de Salud, Departamento Nacional de Planeación.
- Yepes, Francisco. 2010. Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 9 (Enero-junio): 118-123.
- Zahariadis, Nikolaos. 2007. “The multiple streams framework”. En P. Sabatier (ed), *Theories of the Policy Process*, Cambridge MA: Westview.
- Zahariadis, Nikolaos. 2008. “Ambiguity and Choice in European Public Policy”. *Journal of European Public Policy*. 20 (1), 514-530. doi: 10.1080/13501760801996717
- Zahariadis, Nikolaos. 2014, “Ambiguity and multiple streams” in P. Sabatier and C. M. Weible (eds.), *Theories of the Policy Process* (3rd ed.), Boulder, CO: Westview Press.
- Zittoun, Philippe. 2014. *The Political Process of Policymaking*. London: Palgrave.

Prensa

- Baja cobertura y recursos. *El tiempo*. 21 de junio de 1998
<http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-791767>
- Cantillo, Diana. 2012. *Algunas EPS cobraban drogas como Isodine de \$255 a \$2*

- millones*. El Espectador, 24 de mayo de 2012,
<http://m.elespectador.com/noticias/salud/articulo-348343-algunas-eps-cobran-drogas-isodine-de-255-2-millones>
- Economist 1998. ‘The end of privatisation?’ The Economist 11 June.
- Economist 1999. ‘The painful privatisation of South Africa’, The Economist 9 September.
- Economist 2002. ‘The politics of privatisation: Arequipa’s anger, Peru’s problem’, The Economist 20 June.
- El Espectador 2012, nueve de diciembre *¿Es necesaria una ley estatutaria para la salud?* Recuperado de:
<http://www.elespectador.com/opinion/editorial/articulo-391566-necesaria-una-ley-estatutaria-salud>
- Estos son los retos de la unificación del Plan Obligatorio de Salud. *El Tiempo*. 2 de julio de 2012. <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-11990418>
- Gaviria garantiza seguridad social. *El Tiempo*. 24 de diciembre de 1993.
<http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-279470>
- Hacia una reforma de la seguridad social. *El Tiempo*. 26 de febrero de 1992.
<http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-46605>
- Herrera, Washington. Privatización de la seguridad social. *El Comercio*, 26 de noviembre de 1994.
- IESS Cambios por etapas. *El Comercio*, 9 de julio de 1994.
- Lento debate a la reforma a la seguridad social. *El Tiempo*. 20 de mayo de 1993.
<http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-129710>
- Los médicos tendrán cheque hoy. *El Comercio*, 14 de junio de 1994
- Mazuera, Jaime. “en ese caso, el sistema quedaría en cabeza del Estado y se perdería la oportunidad de privatizarlo”. *El Tiempo*, 12 de septiembre de 1993.
<http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-219958>
- Salud prepagada quedó esperando. *El Tiempo*. 5 de diciembre de 1993,
<http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-271394>
- Se enreda trámite de seguridad social. *El Tiempo*. 12 de mayo de 1993.
<http://www.eltiempo.com/archivo/documento-2013/MAM-123631>

Se me acaba el discurso. El Comercio 16 de octubre de 1994.
Seguridad social a pupitrazo. El Tiempo. 2 de diciembre de 1993.
<http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-270939>

Normatividad

Constitución Política de Colombia de 1991

Constitución Ecuatoriana de 1998

Constitución de la República del Ecuador 2008

Corte Constitucional, Sentencia C-869/10

Sentencia T-227 de 2003

Sentencia T-540 de 2002

Sentencia T-016 de 2007

Sentencia T-760 de 2008

Ley 10 de 1990.

Ley 60 de 1993

Ley 100 de 1993

Ley 1122 del 2007.

Ley 1438 del 2011.

Ley Estatutaria 1751 de 2015

Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud.

Ley de Descentralización y Participación Social

Ley de Maternidad Gratuita y Atención de la Infancia

Ley de Seguridad Social 2001

Ley Especial de Descentralización del Estado y de Participación Social, 1997