
La reforma de salud y su componente político: un análisis de factibilidad

A. González Rossetti^a / O. Mogollón^b

^aLondon School of Hygiene & Tropical Medicine (LSHTM). ^bInstituto Tecnológico Autónomo de México (ITAM).

Correspondencia: Alejandra González. 1a CDA San Jerónimo, 39.
Del. Magdalena Contreras. México DF. 10200 México.
E-mail: agr333@yahoo.com/omogollon@yahoo.com

Recibido: 16 de junio de 2000.
Aceptado: 14 de noviembre de 2000.

(Health reform and its political component: a feasibility analysis)

Resumen

La dimensión política del proceso de reforma de salud es un factor fundamental que no sólo determina su factibilidad, sino la forma y contenido que ésta tome. De ahí que el estudio del aspecto político de las reformas de salud sea esencial en el análisis y manejo de la factibilidad política de las mismas. El presente estudio enfoca su atención sobre la capacidad del Estado para impulsar exitosamente propuestas de reforma de salud, usando como estudios de caso Colombia y México. Se concentra específicamente en aquellos elementos que buscan incrementar la factibilidad política para formular, legislar e instrumentar propuestas de cambio. Para ello, toma como variables el contexto institucional en que se desenvuelven las iniciativas de reforma; la dinámica política de su proceso, y las características y estrategias de los equipos a cargo de dirigir el cambio (equipos de cambio). Entre los principales hallazgos que aquí se presentan destacan las claras similitudes entre las estrategias políticas usadas por los grupos encargados de la reforma de salud y aquellas aplicadas por equipos tecnocráticos similares, a cargo de las reformas económicas en estos países. Se argumenta que si bien estas estrategias resultaron efectivas en la creación de nuevos actores en el sector salud –tales como organizaciones privadas de financiamiento y provisión de servicios–, no tuvieron el mismo impacto en la transformación de los viejos actores –los servicios de los ministerios de salud y de los institutos de seguridad social–, lo que ha limitado considerablemente el avance de las reformas.

Palabras clave: Seguridad social. Reforma de salud. Economía política. Colombia. México.

Abstract

The political dimension of the health reform is a fundamental aspect that not only influences the project's feasibility, but also its form and content. Therefore the study of the political aspects involved in the health reform process is essential to determine the political feasibility of the reform. Based on the case studies of Colombia and Mexico, this study concentrates on the State's capability to promote health reform projects successfully. It specifically focuses on those elements that seek to improve the political feasibility of formulating, legislating and implementing reform proposals. The relevant variables under study are: the institutional context in which the reform initiatives develop; the political dynamic of the reform process; and the characteristics and strategies of the teams in charge of leading the reforms (change teams). The similarities in the political strategies used by the teams in charge of the health reform, and those of similar technocratic teams in charge of economic reform, stand out as one of the study's main findings. It is argued that, although these strategies were effective in bringing about the creation of new actors in the health sector –such as private organizations for the financing and provision of health services–, they did not have the same impact on the transformation of the old actors –the health ministries and the social security institutes–, therefore considerably limiting the scope of the reforms.

Key words: Social security. Health reform. Political economy. Colombia. Mexico.

Introducción

Durante casi dos décadas ya, distintos países en vías de desarrollo y del antiguo bloque socialista han llevado a cabo amplios procesos de reforma económica, política y social. Aunque la transformación de la esfera económica fue la prioridad, ésta se habría de ver seguida por la reforma del ámbito social, con particular énfasis en los sistemas de educación, pensiones y salud.

En lo que respecta a la salud, la mayor parte de los países se enfrentaron a la necesidad de transformar sistemas sumamente ineficientes, formados en el período de la posguerra, que venían operando bajo los mismos principios desde hace más de 50 años. De ahí que haya surgido un consenso en cuanto a la necesidad de reformarlos. Sin embargo, este consenso no se ha reflejado en un acuerdo sobre el contenido de la agenda de reforma. La definición de los problemas a resolver y sus posibles soluciones, así como la velocidad y amplitud de las reformas, han sido todos puntos en disputa. Esto se debe a que las distintas opciones de reforma afectan de manera diferente los intereses de los grupos relacionados con el sector salud: los proveedores de servicios, las burocracias que los gestionan, los proveedores de insumos y los usuarios, entre otros.

La reforma del sistema de salud es, pues, un proceso sumamente político, que moviliza a un gran número de grupos tanto en el interior del Estado como en la sociedad. Sin desestimar la complejidad técnica que existe detrás de las opciones de reforma, el factor principal que determina la profundidad y alcance de las mismas es de naturaleza política. Por tanto, se relaciona, por un lado, con las reglas del juego (las instituciones) que rigen la interacción entre los diversos grupos involucrados (y entre éstos y la reforma) y, por otro, con la naturaleza de estos grupos y sus estrategias políticas. Ambos elementos repercuten de manera fundamental sobre el grado de influencia que conseguirán los diferentes actores sobre el proceso de reforma.

Por parte del Estado, su capacidad de maniobra dependerá de las estrategias de los tomadores de decisiones encaminadas a maximizar la probabilidad de alcanzar los objetivos planteados. Por parte de la sociedad, los grupos de interés harán una lectura cuidadosa del entramado institucional, y en función de ello escogerán los lugares y momentos en los que sus acciones obtengan el mayor grado de influencia sobre el proceso de reforma, para así cuidar y promover sus intereses. Así pues, la dimensión política del proceso de reforma determina, en gran medida, su factibilidad.

Este artículo pretende contribuir a refinar el conocimiento acerca de la factibilidad política de las iniciativas de reforma que hoy día se están implementando en varios países de América Latina. Para ello, presen-

ta un análisis del contexto institucional en el que se desenvuelven las iniciativas de reforma, de la dinámica política del proceso de formulación, legislación e instrumentación de las mismas, así como de las características y estrategias de los equipos a cargo de dirigir el cambio. El trabajo se basa en el estudio político de los procesos de reforma de salud en Colombia y México, que comienzan desde principios de los noventa, y continúan hasta la fecha.

Como se expondrá a continuación, a pesar de los diferentes contextos en que estas reformas se instrumentaron y de las divergencias en las agendas de sus grupos de cambio, cabe señalar que ambas se enfrentaron a obstáculos similares y recurrieron a estrategias políticas semejantes para tratar de superarlos.

Los proyectos de reforma en estos dos países varían en cuanto a sus objetivos y al alcance esperado de los mismos. Sin embargo, comparten la intención de cambiar la configuración organizacional del sistema de prestación de servicios de salud y de modificar el papel que desempeñan los sectores público y privado en la provisión de los servicios.

Los reformadores en estos países han planteado la reorganización de los sistemas de salud en torno a dos ejes fundamentales. Por un lado, la creación de nuevos actores y organizaciones —fundamentalmente dentro del sector privado— que asuman responsabilidades de provisión de servicios de salud dentro de nuevos esquemas de colaboración entre los sectores público y privado. Por otro, la transformación de los viejos actores, o instituciones públicas prestadoras de servicios de salud existentes —ministerios de salud e institutos de seguridad social—, para que funcionen bajo nuevas regulaciones e incentivos.

En los dos casos que se analizan, los tomadores de decisiones consideraron tanto la transformación de los viejos actores, como la creación de nuevos actores, y las condiciones indispensables para consolidar la reforma del sistema de salud. Las diferencias fundamentales entre las propuestas se relacionan con el énfasis que en cada uno de los países se dio a los dos ejes de su proyecto de reforma —creación de nuevos actores frente a la de viejos actores—, así como el momento dentro del proceso en que se pensó en instrumentarlos.

El artículo presenta, como uno de los principales hallazgos del estudio, las claras similitudes entre las estrategias políticas usadas por los grupos encargados de la reforma de salud y las aplicadas por los equipos a cargo de la reforma económica en estos países. Se argumenta que si bien estas estrategias resultaron efectivas en la creación de nuevos actores en el sector salud, no tuvieron el mismo impacto en la transformación de los viejos actores, por lo que los procesos de reforma siguen incompletos.

Marco analítico

El presente estudio enfoca su atención sobre la capacidad del Estado para impulsar exitosamente propuestas de reforma del sistema de salud. Se concentra específicamente en aquellos elementos que buscan incrementar la factibilidad política de formular, legislar e instrumentar estas propuestas de reforma.

La hipótesis de trabajo que se maneja es que la capacidad del Estado para impulsar el cambio de régimen de salud, y por tanto la factibilidad política de la reforma, se ve afectada fundamentalmente por tres elementos: *a)* el contexto de economía política del país (sus instituciones, sus normas de gobierno, sus grupos de interés, entre otros); *b)* el proceso de política, es decir, la interrelación entre los tomadores de decisiones y los grupos de interés que actúan durante el proceso de reforma, de acuerdo con las oportunidades y limitaciones que les impone el contexto, para impulsar sus propias agendas, y *c)* las estrategias políticas utilizadas por los reformadores, es decir, las maniobras políticas de los tomadores de decisiones para fortalecer al Estado e incrementar la factibilidad política de consolidar su agenda de reforma. De entre estas estrategias se pone especial atención en la creación de grupos de cambio¹ como instrumentos para promover las reformas.

Contexto político institucional

El contexto institucional incluye al sistema político nacional y a las instituciones formales de gobierno y de representación social. Comprende también la historia reciente de un país, sus condiciones socioeconómicas y las reglas formales e informales que regulan la dinámica política y que impulsan u obstaculizan la participación de los distintos actores en el proceso de toma de decisiones. De esta forma, el marco económico-político establece las condiciones dentro de las cuales los tomadores de decisiones y los grupos de interés operan durante el proceso de reforma. Al mismo tiempo, determina hasta qué punto cada uno de los grupos involucrados puede promover su propia agenda de cambio.

A medida que el proceso de reforma se desarrolla dentro del marco institucional de cada país, pasa por una serie de momentos o puntos en los que la esencia de la propuesta puede ser alterada, o en los que inclusive la instrumentación misma del proyecto puede ponerse en riesgo. A cada uno de estos lugares o momentos en el contexto político institucional se le ha dado el nombre de «punto nodal» o «punto de veto»². Es precisamente en estos puntos de veto donde la iniciativa de reforma se ve afectada por aquellos actores con ca-

pacidad para acceder, en ese momento, a la toma de decisiones.

Dadas las características institucionales de cada uno de estos puntos, los actores que pueden influir sobre el proceso de reforma son diferentes. En países cuyos mecanismos de representación —como el Congreso y los partidos políticos— son débiles o poco democráticos, los reformadores logran transferir la negociación política alrededor de la formulación de la reforma de un ámbito social más amplio, a uno más estrecho y controlado al interior del Estado. En este ámbito estatal más limitado la política entre facciones burocráticas se vuelve significativa para el resultado del proceso, ya que dichas facciones responden a posturas ideológicas y agendas diferentes cuando negocian el contenido de la reforma.

Proceso de política

El proceso de política comprende la serie de eventos que sigue una iniciativa de reforma, desde la definición del problema y su incorporación a la agenda pública, hasta la consolidación de la propuesta de cambio. El proceso de reforma raramente es secuencial. Para fines analíticos se pueden identificar tres momentos clave: *a)* formulación de política; *b)* legislación, y *c)* instrumentación.

El cambio institucional que se espera obtener como resultado de la legislación y la instrumentación de la reforma se da de manera paulatina, y por intervalos irregulares inmersos en el proceso mismo de la reforma. De ahí que el análisis se concentre en las tres primeras etapas generales —formulación, legislación e instrumentación—, y desarrollo, a manera de conclusión, el aspecto relacionado con el cambio institucional y la consolidación de la reforma.

Los grupos interesados en el proceso de reforma hacen una lectura del contexto institucional para definir los puntos básicos donde sus posibilidades de influir significativamente sobre el proceso de reforma son mayores. Para ello, se basan en experiencias previas de interacción con el Estado, así como en información sobre procesos semejantes en los que se ha hecho evidente la manera de interacción con el Estado y con otros grupos de interés³.

Al percibir los grupos de interés que los puntos de veto que definen la naturaleza de la propuesta de política se encuentran en el Ejecutivo, y no en el Congreso, procuran establecer canales de comunicación con el primero. Para ello, algunos grupos recurren a contactos de elite y a canales informales de relación que les permitan el acceso a los tomadores de decisiones clave. Otros grupos —como los niveles primarios de la burocracia—, incapaces de establecer contactos de elite, esperarán a que el proceso de reforma se «abra», ya sea

a la hora de ser presentado para su aprobación en el Congreso, o una vez que se inicie su instrumentación.

Por su parte, las diferentes facciones del gobierno, que compiten para hacer prevalecer su proyecto de reforma en el Ejecutivo, establecen redes de relación con aquellos grupos de interés fuera del Estado que estén a favor de su proyecto, como una estrategia para reforzar su posición. De esta manera se establecen, por fuera de los mecanismos institucionales de representación, coaliciones a favor y en contra de la reforma que cruzan la división entre el Estado y la sociedad. Esto lleva a una participación limitada y controlada de sólo algunos grupos de interés.

Este modo autocrático de acotar la participación social durante el proceso de formulación de las reformas de salud ha sido motivo de un intenso debate. Se ha argumentado que la negociación política que se limita por estos medios durante la etapa de formulación simplemente resurge en el período de instrumentación, una vez que necesariamente el proceso se abre a la influencia de otros actores⁴. También se ha señalado que la estrategia tecnocrática de aislar a los grupos de interés de la formulación de la propuesta repercute en una enorme resistencia durante la etapa de instrumentación. Sin embargo, estos argumentos no tienen en cuenta que también los grupos que se oponen a la reforma eligen los momentos óptimos en el proceso para ejercer presión. Esto es, aquellos puntos básicos en los que su posición para negociar e influir sobre el contenido de la reforma es más fuerte. Esto resulta particularmente importante en el caso de las reformas de segunda generación, como es el caso de salud, en las que, a diferencia de las reformas económicas, el Estado depende de su burocracia para impulsar el cambio.

De tal forma, la burocracia y los proveedores de servicios, a través de sus organizaciones gremiales y asociaciones, pueden elegir no participar en el proceso durante la etapa de formulación de las propuestas —cuando los tomadores de decisiones pretenden cerrar el proceso a influencias externas—, y en cambio decidir incrementar su presencia durante el proceso legislativo, cuando los reformadores se ven obligados por el contexto institucional a buscar consensos para su aprobación. Pero será durante la etapa de instrumentación cuando el poder de negociación de estos grupos alcance su nivel máximo, pues la instrumentación de la reforma dependerá de ellos.

Grupos de cambio y otras estrategias políticas

El acto de crear un grupo de cambio y de otorgarle el respaldo y poder suficiente para guiar el proceso de reforma puede ser considerado como una estrategia en sí misma. Un gobierno recurre a esta estrate-

gia como una medida para incrementar su autonomía respecto de los grupos de interés dentro y fuera del Estado, y con ello incrementar la probabilidad de lograr los cambios de política planeados.

Las características del grupo, el respaldo político con el que cuente —del cual se deriva su poder—, y el lugar en el contexto institucional donde se localice determinan su capacidad de maniobra política y su habilidad para conseguir apoyo a favor de la reforma, tanto en el Estado como entre los grupos sociales. La capacidad del grupo de cambio para diseñar e instrumentar estrategias políticas a favor de la propuesta de reforma al margen de los intereses creados en el sector, tendrá un impacto significativo sobre la capacidad del Estado para lograr el cambio. En este sentido, su influencia sobre la factibilidad política de la agenda de reforma es determinante.

El poder de los grupos de cambio no proviene del mandato de la sociedad, ya que no son elegidos por voto popular, sino del apoyo sistemático de funcionarios de alto nivel del gobierno. De esta forma, el grupo de cambio depende para su supervivencia, y para poder impulsar la propuesta de reforma, del apoyo de sus redes verticales de relación. Es decir, de sus vínculos con funcionarios de alto nivel, quienes lo conforman y le asignan la responsabilidad de la reforma⁵.

Cabe destacar que en muchos casos los líderes de los grupos de cambio en el área de salud han sido anteriormente miembros jóvenes de los equipos encargados de la reforma económica. Los líderes de la reforma económica forman y apoyan grupos de cambio como un medio para promover la transformación de áreas ajenas a la esfera económica. Por esto mismo, la experiencia profesional de la mayoría de los miembros de los grupos de cambio de salud ha sido ajena al sector, al tiempo que la participación de los médicos dentro de los mismos ha sido muy limitada.

El grupo de cambio puede localizarse en diferentes puntos y momentos del proceso de reforma, dependiendo del marco institucional de cada uno de los países⁶⁻⁹. Ha sido una práctica común el situar a estos equipos técnicos en el interior mismo de las agencias a reformar, y mantenerlos en relación constante con grupos tecnocráticos más poderosos, generalmente a cargo de la conducción de la economía. En el caso de la salud, las redes verticales de apoyo que le dan a un equipo técnico la autoridad para funcionar como grupo de cambio no provienen de funcionarios de alto nivel del Ministerio de Salud o de los Institutos de Seguridad Social, sino de funcionarios de alto nivel de las agencias económicas y de planeación del gobierno, donde se localiza el equipo económico.

Una vez se conforma el grupo de cambio y se le asigna la responsabilidad de llevar a cabo el proceso de reforma, sus miembros recurren a una serie de estrategias políticas —sólo acotadas por el contexto institu-

cional— para mejorar la factibilidad política de instrumentar y consolidar su proyecto. Buscarán, principalmente, limitar la influencia de aquellos actores que se oponen a la propuesta. Tratarán de mantener el proceso en ámbitos institucionales en los que puedan controlar la participación de grupos ajenos a la reforma, o de aquellos que se opongan a la misma. De ahí que, con excepción de las etapas (como la legislación de una nueva ley) en las que la propuesta de reforma deba pasar forzosamente por mecanismos institucionales de representación, como es el Congreso, los reformadores buscarán mantener el proceso dentro del ámbito institucional más cerrado del Ejecutivo y su burocracia de alto nivel.

Metodología del estudio

Para llevar a cabo la presente investigación se siguió un esquema comparativo institucional¹⁰. Institucional, en cuanto a que concentra su atención sobre la interacción entre los tomadores de decisiones y el marco institucional dentro del cual tienen que actuar, y relaciona lo anterior con la factibilidad política de la propuesta de cambio. Comparativo, en el sentido de que busca variaciones en procesos de reforma similares como base para entender cuáles son los elementos relevantes que determinan la factibilidad política de un proyecto de reforma de salud.

Los casos de Colombia y México se eligieron porque ambos compartían en su agenda de reforma la intención de modificar el papel del Estado y de los particulares en la prestación de los servicios médicos y en el manejo de los fondos de salud. Los dos países pasaron por un proceso previo en el que se reconsideró el papel del Estado y de los particulares en el ámbito económico. A partir de esta experiencia, los equipos tecnocráticos buscaron modificarlos también en el ámbito de la seguridad social y, por consiguiente, en el de la prestación de los servicios de salud.

El estudio se basó en fuentes primarias y secundarias de y sobre la reforma de salud, así como en el análisis de procesos de reforma del Estado similares llevados a cabo durante el mismo período de tiempo. A esto siguieron entrevistas realizadas a los diversos actores de elite que participaron en los procesos de reforma, a fin de corroborar y/o ahondar en la información obtenida en fuentes primarias y secundarias, así como para indagar sobre la interacción entre los diversos actores relevantes.

En el caso de Colombia, el estudio se concentró en el período de 1990 a 1995, durante el gobierno de Gaviria y parte del gobierno de Samper, etapa en la que se formuló, legisló e instrumentó la Ley 100. El objetivo de la reforma fue «... estructurar reglas del juego

para un sistema plural de instituciones que permitieran, con competencia y libertad, buscar la universalización del acceso a la seguridad social en salud con equidad y eficiencia»¹¹. Con la nueva ley se buscó separar las funciones de rectoría, financiamiento, articulación y producción de servicios en el sector salud. Para manejar las cuestiones de financiamiento se creó el Fondo Nacional de Salud; para articular los servicios, las Organizaciones para la Articulación de los Servicios de Salud (EPS), y para proveer los servicios, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). A raíz de la reforma de salud, la cobertura de seguridad social en salud en Colombia pasó de menos de un cuarto de la población a más de la mitad¹², y se han creado más de 30 EPS. Sin embargo, el Instituto de Seguridad Social, que hasta ahora no ha sido reformado a pesar del mandato en la nueva ley, sigue siendo la EPS más importante del sector, con dos terceras partes del total de afiliados a la seguridad social.

Para el caso de México, el estudio se concentró en el período de 1994 a 2000, durante el gobierno de Ernesto Zedillo. En esta etapa se formuló y legisló la nueva Ley del Seguro Social con la que se estableció el esquema privado de cuentas individuales de pensiones. La reforma a la seguridad social de 1995 planteó como sus objetivos fundamentales, en primer término, privatizar el sistema de pensiones; en segundo lugar, reformar el régimen financiero del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para lograr el saneamiento económico de la institución; por último, mejorar la calidad de los servicios de salud. Los instrumentos específicos que se propusieron para alcanzar este último objetivo fueron: la creación de áreas médicas de gestión desconcentrada, dar al usuario, en el primer nivel de atención, la posibilidad de elegir a su médico familiar; reformar el sistema de remuneración del médico familiar, mediante esquemas como el pago por capitación, el bono de permanencia y el bono de productividad; utilizar con mayor frecuencia el mecanismo de reversión de cuotas, dentro de un esquema transparente y no discrecional y ampliar la cobertura del seguro de gastos médicos.

Los aspectos relacionados con el componente de salud que ya se instrumentaron son la modificación al esquema de contribución tripartita a la cuota del seguro de salud, aumentando la participación del Estado, y la reingeniería de las finanzas del componente de salud. Los aspectos que se encuentran en fase piloto son los relacionados con la reorganización de los servicios —que tiene como eje la creación de áreas médicas de gestión desconcentrada— y con mejoras en su calidad y eficiencia. La iniciativa de subrogación integral de los servicios —antes llamada reversión de cuotas—, mediante la cual los afiliados a la seguridad social podrían optar por usar servicios privados, no cuenta con un cuerpo regulatorio y su instrumentación sigue detenida.

Principales hallazgos

El análisis comparativo de los procesos de reforma de salud en Colombia y México apunta hacia un posible modelo dominante en la región en relación con las iniciativas de reforma de salud. Las propuestas de reforma de los equipos tecnocráticos son notablemente similares en cuanto al papel que le asignan al Estado y a la iniciativa privada en la provisión de servicios de salud. En los dos casos se considera la necesidad de incrementar la presencia de la iniciativa privada en ámbitos donde la presencia del Estado era previamente dominante. Sin embargo, continúa la discusión en torno a cuáles son los instrumentos ideales para la instrumentación de la reforma.

En los dos casos bajo estudio, la reforma se ha dado dentro de un contexto de pugna entre dos grandes coaliciones que apoyan modelos distintos de lo que debe ser y cómo debe funcionar el sector salud: promercado el primero, y estatista el segundo. Lo que ha determinado la amplitud y el alcance de las reformas de salud en los dos países ha sido el resultado de esta pugna política entre ambas coaliciones. Las coaliciones se componen de actores dentro y fuera del Estado cuyas posiciones se basan no solamente en cuestiones de interés particular, sino también en premisas ideológicas claras en cuanto a lo que deben ser los papeles del Estado y del mercado en el desempeño de la economía y la prestación de servicios.

Asimismo, en los dos casos, los líderes de las coaliciones han actuado desde un cargo dentro del gobierno. En el caso del grupo promercado, el liderazgo está fuertemente relacionado con los ministerios encargados de la política económica; mientras que en el del modelo estatista, éste proviene de las agencias de previsión social, tales como el Ministerio de Salud y los Institutos de Seguridad Social. La fuerza del primer grupo se deriva fundamentalmente del apoyo que recibe por parte de funcionarios de alto nivel dentro del mismo gobierno. La del segundo, de su capacidad para recurrir al apoyo de las burocracias con potencial para ejercer una acción colectiva en defensa de sus intereses y del control sobre la provisión misma de los servicios de salud.

Tanto en Colombia como en México, la reforma al componente de salud no se incorporó a la agenda pública de manera individual, sino como parte de una reforma más amplia a la seguridad social, que tenía como componente principal la reforma del esquema de pensiones. En el caso de Colombia, el hecho de que la reforma de salud se incluyera dentro del paquete de pensiones incrementó la factibilidad política de la reforma de salud, ya que esta última fue puesta como condición por el Congreso para aprobar la reforma de pensiones. En el caso de México, sin embargo, la incor-

poración de salud y pensiones dentro del mismo paquete de reforma afectó negativamente la factibilidad política de la reforma de salud. De hecho, en la medida en que el Ejecutivo la percibió como una amenaza a la reforma de pensiones, limitó su alcance hasta prácticamente eliminarla de la agenda pública.

Debido a que en los dos casos prevaleció la postura promercado, apoyada por los equipos económicos, predominó el énfasis en el saneamiento de las finanzas públicas y la búsqueda de una provisión de servicios más eficiente, y no la necesidad de mejorar la calidad de los servicios.

El contexto político institucional y el proceso de reforma

En el caso de los dos países estudiados, la configuración institucional ha determinado que sea el Ejecutivo el punto de veto más importante dentro del proceso de reforma. Tanto en Colombia como en México, la fuerza del poder ejecutivo junto con las otras esferas de gobierno, en particular en relación con el poder legislativo, lo han convertido en la principal área donde los actores con suficiente poder para influir en el proceso negocian sus posiciones respecto a la agenda pública. En ambos países, el balance de poder entre las diferentes facciones gubernamentales del Ejecutivo se refleja en el proceso legislativo, a través de los canales formales e informales de influencia con los que el Ejecutivo cuenta para promover su agenda.

Al percibir esta situación, los actores dentro y fuera del Estado con intereses en el sector salud buscaron canales para acceder al proceso de toma de decisiones que se daba a puertas cerradas en el Ejecutivo. Fue sólo cuando esta estrategia falló que algunos de estos grupos recurrieron a estrategias alternativas, como buscar contactos con los legisladores o, eventualmente, recurrir a medios de acción colectiva, como huelgas y marchas. Ya en la etapa de instrumentación, los grupos en contra de la reforma, pero encargados de llevarla a término—sobre todo los médicos y las burocracias del sector—, recurrieron a la resistencia pasiva. De hecho, el punto de veto que sigue en importancia al Ejecutivo se localiza en el interior de la burocracia proveedora de servicios, durante la etapa de instrumentación de la reforma.

En Colombia y México los grupos de cambio encargados de promover la reforma buscaron aislarse a sí mismos y al proyecto de la influencia de otros actores. Para ello, ejercieron el control que el contexto institucional les daba para limitar el acceso a la toma de decisiones. Sin embargo, el mismo contexto institucional les forzó a abrir el proceso en determinados momentos, fundamentalmente durante la aprobación de las iniciativas de ley en el Congreso y, aún más, durante el proceso de instrumentación.

El hecho de que ambos países cuenten con gobiernos democráticos en forma, pero de participación restringida *de facto*, influyó las primeras etapas de la reforma, pero no pesó significativamente sobre la capacidad del Estado para limitar el potencial de veto de la burocracia durante la etapa de instrumentación. Tanto en Colombia como en México, la capacidad de los grupos de proveedores de servicios para influir durante la etapa de formulación de las propuestas fue muy restringida. Sin embargo, dado que la instrumentación de la reforma depende de ellos, una vez ésta regresó a su ámbito de influencia recuperaron su posición de fuerza.

Así pues, se puede concluir que la estrategia de los grupos que se oponen a la reforma no es únicamente reactiva a las maniobras de aislamiento de los tomadores de decisiones, sino una estrategia paralela propia que los lleva a actuar en el lugar y momento en que su fuerza y capacidad de influencia se incrementa. En los dos países, la decisión estratégica de los grupos de interés en relación con el momento y el lugar en que deciden ejercer presión explica en gran medida la falta de congruencia entre lo que se aprueba en las nuevas leyes de salud y lo que se instrumenta en la práctica.

Por último, aunque tanto la coalición que defiende el *status quo* como la que apoya el cambio plantean como su objetivo último beneficiar a los usuarios de los servicios de salud, el estudio ha encontrado que este grupo difícilmente puede influir sobre el proceso de reforma. Los usuarios raramente tienen la capacidad para organizarse y utilizar una acción colectiva en defensa de sus intereses, por lo que su potencial para ejercer presión sobre los tomadores de decisiones es muy limitada. Dicho potencial se reduce aún más ante la ausencia de intereses comunes por parte de los usuarios y la falta de una idea clara respecto a cuáles son sus derechos en materia de servicios de salud.

Grupos de cambio y otras estrategias políticas

Entre las características que más se han mencionado de los grupos de cambio son su cohesión interna, su aislamiento respecto a los grupos de interés relacionados con el sector y su elevada preparación técnica. El presente estudio demuestra que, además de estas características, un grupo de cambio se constituye como tal solamente cuando se le confiere la autoridad y la responsabilidad de ir más allá de la formulación técnica de la iniciativa de reforma. Es decir, a un grupo de cambio se le encomienda también la estrategia política después de la legislación e instrumentación de la reforma, por lo que su responsabilidad trasciende el área netamente técnica y pasa al terreno de lo político.

Para poder operar políticamente el grupo de cambio recurre a redes verticales y horizontales de relación. En los casos de Colombia y México, el constante apoyo de funcionarios de alto nivel dentro de las agencias con mayor poder del gobierno —como la Presidencia, el Ministerio de Hacienda y el de Planeación— da al grupo sus redes verticales de relación. En los dos casos estudiados el apoyo del Ministro de Hacienda fue una condición *sine qua non* para el éxito de la reforma de salud. De hecho, la postura del ministro de Hacienda resultó más determinante para el éxito del proyecto de reforma que la posición, a favor o en contra, de los propios ministros de salud o de las directivas de los institutos de seguridad social.

En el caso de Colombia, por ejemplo, cuándo el ministro de Finanzas cuestionó la viabilidad fiscal de la reforma de salud, ésta quedó en juego hasta la intervención directa del Presidente de la República a su favor. En el caso de México, la renuncia prematura del Ministro de Hacienda, quien era la principal red vertical de apoyo del equipo de cambio, redujo seriamente el margen de maniobra del equipo. Con ello, la factibilidad política de la reforma de salud tal cual se había formulado se vio sumamente limitada.

Los equipos de cambio en México y Colombia establecieron redes horizontales de relación con funcionarios del mismo nivel en otras agencias gubernamentales, con quienes tenían compatibilidad ideológica y programática. Ambos equipos de cambio contaron, fundamentalmente gracias a experiencias laborales previas de sus miembros, con fuertes redes horizontales de apoyo en ministerios de mayor peso dentro del gabinete —Finanzas y Planeación—. Estas redes no les presentaron una fuente fundamental de apoyo político, pero sí les ayudaron a exponer sus posiciones en otras agencias, sin depender para ello de la intermediación de sus jefes inmediatos. Las redes horizontales también les permitieron trabajar en cooperación con otros equipos interesados en reformar el Estado desde otras agencias. Asimismo, les ayudaron a superar las instancias políticas en las que las reformas podrían obstaculizarse, y a tener acceso a información crítica, de circulación restringida, en momentos clave.

Las características de los grupos de cambio en sí mismos, como sus antecedentes, conocimientos y experiencias de política previas, determinaron en gran medida el contenido de sus propuestas de reforma, sus estrategias políticas y, en última instancia, su habilidad para maniobrar políticamente. Tanto en Colombia como en México, los miembros del equipo de cambio de salud tuvieron experiencias previas en reformas de primera generación, lo que les llevó a actuar bajo la premisa de que las estrategias que habían funcionado adecuadamente en las reformas económicas podrían ser también aplicadas con éxito en las reformas del sector social. Esto influyó de manera decisiva en su in-

tención de promover la reforma de salud mediante una estrategia de cambios en la regulación, que había funcionado tan bien en la reforma económica.

Finalmente, a fin de guiar el contenido de la reforma, los grupos de cambio en ambos países optaron por mantener un control selectivo sobre la participación de grupos sociales y del gobierno interesados en la misma. Por ejemplo, buscaron sistemáticamente operadores políticos clave en los diferentes ámbitos políticos por donde iba pasando la reforma, a fin de promover su aprobación. Para ello, procuraron simplificar su argumentación y ofrecer la información y análisis necesarios a fin de que el cabildeo político tuviera éxito. Pero, simultáneamente, recurrieron al uso de propuestas y argumentaciones de alto contenido técnico, particularmente económico, como una forma de limitar la participación —si no de forma, *de facto*— en las discusiones sobre la reforma con aquellos grupos que podrían oponer resistencia al cambio. Siguiendo esta última lógica, ambos equipos de cambio procuraron llevar a cabo la redacción de la regulación de las leyes aprobadas en los respectivos Congresos, lejos del escrutinio público y de otras facciones dentro del Estado.

Comentarios finales: viejos actores y nuevos actores en las reformas de salud

Al inicio de este artículo se argumentó que los grupos de cambio en Colombia y México apoyaron sus reformas de salud en dos ejes. El primero se relaciona con el cambio en las reglas del juego y la creación de nuevos actores para la provisión, articulación y financiamiento de los servicios de salud. El segundo se refiere a la transformación de los viejos actores, es decir, las grandes agencias gubernamentales encargadas de prestar servicios de salud a la mayor parte de la población.

Los actores involucrados en la dinámica política que gira en torno a estos dos aspectos de la reforma son diferentes. En el caso de la creación de nuevos actores, los principales grupos de interés son las aseguradoras y un sector de la iniciativa privada en busca de nuevas oportunidades de inversión. Estos grupos están dispuestos a apoyar la reforma siempre y cuando implique un retraimiento de la gestión estatal en favor del mercado. En cambio, en el caso de la transformación de los viejos actores, los principales grupos de interés son las grandes burocracias encargadas de la administración de los servicios y el personal de salud. Ambos grupos generalmente están organizados en grandes sindicatos y asociaciones, cuya finalidad principal es vigilar la seguridad laboral, el ingreso económico y las condiciones de trabajo de sus agremiados. Estos grupos no están interesados en apoyar la reforma —y más importante aún, no están dispuestos a instrumentarla—, si perciben que sus intereses pueden verse afectados.

De esto se desprende que los costes y beneficios políticos de enfrentarse o cooperar con cada una de las coaliciones de grupos de interés son muy distintos para un gobierno que busca promover la reforma, especialmente, cuando los costes y beneficios del cambio sólo son evidentes —al menos en el corto plazo— para dichos grupos, y no así para un conjunto considerable de usuarios. Por ello, los grupos de cambio encargados de llevar a cabo las reformas se ven en la necesidad de hacer un balance de factibilidad política y decidir cuál de los dos ejes de la reforma promover primero, así como el grado de relación programática entre los mismos.

En Colombia, como en México, los grupos de cambio pospusieron la transformación de los viejos actores como una estrategia para asegurar la factibilidad política del otro eje de la reforma: la creación de nuevos actores y la introducción al sistema de salud de mecanismos de mercado. Uno de los supuestos de esta decisión era que las fuerzas de mercado desencadenarían, en el mediano plazo, de manera indirecta y evitando la confrontación con los grupos de interés, la transformación de los viejos actores. También esta estrategia refleja nítidamente la aplicación de las tácticas políticas usadas por los equipos de cambio en el ámbito económico, en las que prevaleció el uso de una nueva regulación e incentivos económicos y la creación de nuevos actores, sobre la transformación de viejos actores.

Las decisiones y estrategias de los equipos de cambio deben ser sopesadas a la luz de dos factores contextuales. En primer lugar, el hecho de que, a diferencia de lo que pasó en las reformas económicas, en las reformas del sector social (o de segunda generación), los gobiernos dependen de sus burocracias y de sus proveedores de servicios para instrumentar la transformación de las viejas organizaciones prestadoras de servicios de salud. En segundo lugar, el que no sean las reglas e incentivos de mercado los que rigen a estos grupos, sino los contratos colectivos de trabajo que sostienen con el Estado, por lo que el impacto de cambios en la regulación es, por lo menos, indirecto y a muy largo plazo.

Así pues, los grupos de cambio y sus estrategias políticas han probado su eficacia como instrumentos para promover la reforma de salud mediante cambios en el esquema regulatorio y la reasignación de recursos. Sin embargo, su capacidad para promover la reestructuración de las agencias públicas de provisión de servicios ha sido muy reducida, por lo que el ámbito de la reforma de salud se ha visto sumamente limitado. Para lograr la transformación de los viejos actores resulta indispensable tener en cuenta, ya sea a través de la construcción de consensos o mediante la confrontación constructiva, a aquellos grupos de interés a los que se ha buscado excluir del proceso de reforma;

fundamentalmente, a la burocracia organizada y las agrupaciones gremiales de proveedores de servicios públicos de salud.

Agradecimientos

Este artículo se basa en los estudios de casos sobre Colombia (P. Ramírez y A. González Rossetti) y México (O. Mo-

gollón, A. González Rossetti, C. Cruz y E. Carrera), así como en el análisis comparativo «Mejorando la factibilidad política de la reforma en salud» (A. González Rossetti) preparados como parte del proyecto «Health Policy Process» —América Latina— de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard. Las autoras agradecen las contribuciones de los miembros del equipo mencionados, así como los comentarios hechos a estos reportes por el Dr. Thomas Bossert de Harvard, la Dra. Gill Walt de LSHTM y el Profesor Federico Estévez de ITAM.

Bibliografía

1. Waterbury J. The heart of the matter? Public enterprise and the adjustment process. En: Haggard S, Kaufman R, editores. *The politics of economic adjustment: international constraints, distributive conflicts and the state*. Princeton: Princeton University Press, 1992.
2. Immergut EM. *Health politics: interests and institutions in western Europe*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.
3. Smith MJ. *Pressure power and policy: State autonomy and policy networks in Britain and the United States*. Londres: Harvester Wheatsheaf, 1993.
4. Grindle M. *Challenging the State: crisis and innovation in Latin America and Africa*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.
5. Waterbury J. *Op cit.*, 1992.
6. Downs A. *Inside Bureaucracy*. Boston: Little Brown, 1967.
7. Schneider BR. *Politics within the State: elite bureaucrats and industrial policy in authoritarian Brazil*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 1991.
8. Waterbury J. *Op cit.*, 1992.
9. Geddes B. *Politician's dilemma: building State capacity in Latin America*. Los Ángeles: University of California Press, 1994.
10. Evans P. *Embedded autonomy: states and industrial transformation*. Princeton: Princeton University Press, 1995.
11. Londoño JL. *Managed competition in the Tropics*. International Health Economics Association Inaugural Conference. Vancouver, Canadá, marzo de 1996.
12. *Recuento del diseño y trámite de la reforma de seguridad social en salud (tomos I, II y III)*. Santa Fe de Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud, 1998.