



junio 2000

# 36

---

Mejorando la Factibilidad  
Política de la Reforma en  
Salud: Un Análisis Comparativo  
de Chile, Colombia, y México

Mejorando la Factibilidad Política de la Reforma en  
Salud: Un Análisis Comparativo de Chile,  
Colombia y México

Alejandra González-Rossetti, M.Sc., M.P.A.  
Escuela de Salud Pública de Harvard

Thomas J. Bossert, Ph.D.  
Escuela de Salud Pública de Harvard

junio 2000

Este documento fue producido por el Proyecto denominado Datos para la Toma de Decisiones, el cual es financiado por la Agencia Internacional de Desarrollo de los Estados Unidos, bajo el Contrato No. DPE-5991-A-00-1052-00 con la Escuela de Salud Pública de Harvard. Se desarrolló en colaboración con La Iniciativa Regional de Latino América y el Caribe para la Reforma en Salud, financiado por USAID bajo Contrato No. HRN-5974-C-00-5024-00.

Las opiniones aquí expresadas son de los autores y no reflejan necesariamente las perspectivas de la Agencia Internacional de Desarrollo de los Estados Unidos.

## TABLA DE CONTENIDO

---

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>1</b>
<b>I. RESUMEN DE LOS CONOCIMIENTOS E INVESTIGACIÓN ACTUAL</b> .....	<b>3</b>
LAS REFORMAS EN SALUD .....	3
LA POLÍTICA Y EL PROCESO DE REFORMA EN SALUD .....	4
LOS GRUPOS DE INTERSADOS Y EL PROCESO DE LA REFORMA EN SALUD .....	4
EL CONTEXTO INSTITUCIONAL Y EL PROCESO DE LA REFORMA EN SALUD.....	5
LOS EQUIPOS DE CAMBIO Y EL PROCESO DE LA REFORMA EN SALUD .....	7
EL PROCESO DE LA REFORMA EN SALUD .....	8
<b>II. EL MARCO ANALÍTICO</b> .....	<b>9</b>
EL CONTEXTO DE LA POLÍTICA ECONOMICA.....	11
EL PROCESO DE POLÍTICAS .....	11
LOS EQUIPOS DE CAMBIO Y OTROS ESTRATEGIAS POLITICAS .....	14
METODOS.....	16
<b>III. ESTUDIO DE CASOS</b> .....	<b>18</b>
CHILE.....	18
<i>El Contexto de la Política Económica</i> .....	19
<i>Proceso de Políticas</i> .....	20
<i>El Equipo de Cambio y otras Estrategias Políticas</i> .....	22
COLOMBIA .....	25
<i>Contexto de la Economía política</i> .....	26
<i>El Proceso de Formulación de Políticas</i> .....	27
<i>Equipo de Cambio y otras estrategias políticas</i> .....	29
MÉXICO .....	30
<i>Contexto de la Política Económica</i> .....	31
<i>El Proceso de Políticas</i> .....	34
<i>El Equipo de Cambio y otras estrategias políticas</i> .....	38
<b>IV. HALLAZGOS PRINCIPALES</b> .....	<b>42</b>
CONTEXTO .....	44
EL PROCESO DE POLÍTICAS.....	47
EQUIPOS DE CAMBIO Y SUS ESTRATEGIAS POLÍTICAS .....	51
<b>V. COMENTARIOS FINALES: ACTORES ANTIGUOS VERSUS ACTORES NUEVOS—PONIENDO EL DESEMPEÑO DE LOS EQUIPOS DE CAMBIO EN PERSPECTIVA</b> .....	<b>56</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>59</b>
<b>PUBLICACIONES DE LA INICIATIVA REGIONAL DE REFORMA DEL SECTOR SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE</b> .....	<b>67</b>

## INTRODUCCIÓN

---

Durante casi dos décadas, países en desarrollo y los del bloque soviético han seguido un camino de reforma gubernamental, con consecuencias significativas en las esferas sociales, políticas y económicas. Aunque la primera iniciativa de los tomadores de decisiones fue la de efectuar cambios en el rol del Estado en el sector económico -- producción, exportaciones, regulación del mercado y otros -- los sectores sociales siguieron, con énfasis particular en salud y educación.

En salud, la mayoría de los países enfrentaron la necesidad de transformar sus sistemas grandes e ineficientes, que habían operado con las mismas políticas establecidas durante el período de la posguerra. A pesar de avances importantes en el estatus de salud de muchas poblaciones, se sabe que mucho más se tiene que hacer para resolver los problemas que todavía prevalecen, y prepararse para los futuros desafíos causados por la demanda creciente -- y cambiante -- aunado a los costos desenfrenados.

Con estos retos de políticas y con la influencia significativa del escenario internacional de política en salud, existe un consenso entre funcionarios públicos, proveedores de servicios de salud, y los usuarios de estos servicios, de la necesidad de cambios estructurales en el sector salud. Sin embargo, no existe un consenso general en cuanto al contenido de la agenda de la reforma del sector. La definición de los problemas a resolverse, los medios para efectuar la resolución, al igual que la rapidez y la magnitud de los cambios de la política, todos son temas contenciosos y cada uno afecta los intereses de grupos e individuos de maneras diferentes.

La Reforma del sector salud entonces, es un proceso altamente político, movilizándolo muchos grupos dentro del Estado y en la sociedad, que tienen intereses que pueden ser afectados por los cambios previstos en las políticas de salud. Como resultado, las dimensiones políticas de la formulación de la reforma del sector salud, la legislación, y su implementación, han resultado como factores importantes en la determinación de la factibilidad de un cambio de una política en salud, al igual que sus resultados finales.

Un análisis cuidadoso del contexto político y el proceso de la formulación de políticas dentro del cual las iniciativas de reforma del sector salud son formuladas, legisladas y eventualmente implementadas, puede ser de bastante utilidad en la formulación de estrategias de la gestión política que puede incrementar marcadamente la factibilidad de la reforma. Puede ser útil para agencias donantes y los que toman decisiones en su promoción de la reforma en salud para ajustar su apoyo y enfocarlo a las áreas relevantes, y así hacer uso más efectivo de los recursos dirigidos hacia la iniciación y consolidación de cambios en las políticas de salud.

Esta síntesis analiza tres casos de estudio enfocados en las iniciativas de reforma del sector salud en Chile, Colombia y México. Desde la experiencia de Chile en los primeros años de los ochenta, hasta el proceso actual de México, a finales de los noventa, estas iniciativas son representativas de los esfuerzos en la Región de Latinoamérica y el Caribe de enfrentar la transformación de la provisión pública de servicios de salud. En los tres casos, el proceso ha significado reconsideraciones serias de qué deberían ser los roles del Estado y la sociedad en la provisión a cada ciudadano de un acceso adecuado a servicios de salud.

Existen semejanzas en las agendas de reforma en los tres países, pero los objetivos finales varían de acuerdo con el contexto en que se implementaron, y las características de los tomadores de decisiones que lideraron las iniciativas. Sin embargo, a pesar de estas diferencias, funcionarios públicos en los tres países enfrentaron obstáculos similares y, sorprendentemente, emprendieron estrategias políticas bastante similares para resolver éstos. Este estudio trata de

caracterizar estas estrategias y analizar su respuesta a la necesidad de fortalecer el apoyo político a favor de cambios en las políticas en salud.

El estudio actual se concentra en la creación y uso de equipos de cambio como una estrategia para llevar a cabo las reformas en salud, en vista de los retos políticos y económicos presentados por el contexto en que los cambios de la política toman lugar. Esta decisión estratégica es parte de una estrategia global o juego de estrategias que incluyen:

- Organizar apoyo para la reforma en salud a nivel de la presidencia, el gabinete y en los Ministerios de planificación y finanzas, además del Ministerio de Salud;
- Reclutar un “equipo de cambio” técnicamente competente con vínculos verticales con oficiales de alto rango y vínculos horizontales con otros sectores;
- Desarrollar argumentos técnicos acertados para la reforma sobre la base de datos confiables y creíbles;
- Aislar el equipo de cambio durante la etapa de formulación de las políticas, para crear un paquete único y coherente.

Para llevar a cabo el estudio comparativo, un factor común en todos los casos fue seleccionado y analizado. Este tiene que ver con la apertura de la posibilidad de que el sector privado participe en la provisión de servicios de salud y en la administración de los fondos de salud, los cuales habían sido responsabilidad exclusiva de agencias del gobierno, tales como Ministerios de salud o esquemas nacionales de seguridad social.

Tanto Chile como Colombia han logrado cambios extraordinarios en este aspecto. El nivel de cambio intentado – y en cierto grado, logrado – en estos dos casos ha llamado la atención de la comunidad de salud internacional. Sin embargo, no es posible declarar, en ambos casos, que los objetivos iniciales fueron completamente logrados, tales como fueron planificados. En el caso de Chile, parece que el contexto de la economía política fue el factor determinante en limitar las posibilidades de implementar la agenda de reforma completamente. En el caso de Colombia, se puede argumentar que está todavía en proceso de lograrse. El último país en este continuo es México. Aunque comparte objetivos similares con Chile y Colombia, su avance no ha sido igual, no solamente porque fue el último proceso en iniciar, sino que es un buen ejemplo del grado de la politización que puede suceder en la reforma del sector salud, y por lo tanto, un desafío formidable para tomadores de decisiones en intentar el cambio.

Este estudio sustenta que aunque la importancia del desafío de las complejidades técnicas detrás de un cambio de política de esta naturaleza no se debe subestimar, el factor principal determinante del grado del logro de las reformas es político. Por lo tanto, tiene que ver fundamentalmente con la interacción de los diferentes actores involucrados, su potencial de influir en el proceso y las estrategias utilizadas por los tomadores de decisiones en la ejecución de su agenda de reforma. El estudio resalta la relevancia de la dimensión política de las reformas en salud. Nuestra meta es proporcionar algunos lineamientos para otros esfuerzos de reformas en la Región que, a pesar de algunas diferencias en sus agendas, enfrentan algunos desafíos políticos similares y tienen que tomar decisiones de acción parecidas.

El trabajo está dividido en cinco secciones. La Sección 1 presenta una reseña breve del conocimiento e investigación actual en este campo. La Sección 2 consiste en la estructura analítica que fue utilizada en los tres casos, y es seguida por una breve discusión de los métodos utilizados. La Sección 3 presenta un resumen de los tres casos. La Sección 4 presenta los hallazgos principales de los tres casos de estudio. La Sección 5 presenta las conclusiones y una evaluación general del uso de equipos de cambio como una estrategia política para la reforma en salud. La última sección incluye lineamientos sugeridos de las estrategias para lo mismo.

## I. RESUMEN DE LOS CONOCIMIENTOS E INVESTIGACIÓN ACTUAL

---

### LAS REFORMAS EN SALUD

Un número creciente de países han incluido reformas al sector salud en sus agendas políticas, en sus esfuerzos de mejorar el estatus de salud de sus poblaciones y al mismo tiempo, manteniendo o reduciendo sus gastos públicos (OECD, 1995,1992; World Bank, 1993; Walt, 1994; Frenk et al., 1994; Berman et al., 1995; Walt and Gilson, 1995). En algunas instancias, estas reformas han tenido un componente importante de redistribución de ingresos, inmerso en el esfuerzo de enfrentar los desbalances en el acceso a servicios de salud y en la distribución de recursos en salud. (World Bank, 1993; Frenk et al., 1994; Ugalde, 1995; Zwi and Mills, 1995). En otros, preocupaciones con la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud existentes, han dominado la agenda de la reforma en salud.

Las Reformas en salud han variado en su contenido y amplitud, pero comparten ciertos detalles. La mayoría involucran cambios en la configuración institucional del sistema de salud, el rol de los sectores públicos y privados, y últimamente, en la naturaleza y cantidades de servicios accesibles a los diferentes grupos de la población. (La Forgia, 1994; Berman et al., 1995).

En los países en desarrollo, esfuerzos en la reforma del sector salud durante la última década se han enfocado en cuatro conceptos o principios principales. Estas incluyen: 1) la separación del financiamiento y la provisión de servicios de salud, 2) la introducción de análisis de costo-efectividad, para establecer prioridades de políticas y asignación de recursos, 3) la introducción de cobros al usuario y expansión de seguros obligatorios, y 4) el crecimiento del sector privado en áreas que previamente se consideraban como jurisdicción exclusiva del Estado. (Zwi and Mills, 1995). Las Reformas en salud involucrando cambios institucionales han incluido la política de descentralización en la toma de decisiones y gerencia de recursos a niveles sub-regionales y locales (Lee and Mills, 1982; La Forgia, 1994; Bossert, 1995) e involucrado cambios institucionales en la modernización del Estado (Grindle, 1996).

Los Reformadores han basado la re-configuración de sus sistemas de salud en dos cambios importantes. Uno es la creación de nuevos actores u organizaciones—principalmente en el sector privado—que asumirán roles y responsabilidades, tales como la provisión y articulación de servicios de salud bajo un nuevo esquema de colaboración entre el sector privado y el sector público. El otro es la transformación de los actores antiguos, o instituciones públicas existentes, para que puedan operar bajo las nuevas reglas del juego. (Frenk et al., 1994; Londoño, 1996; Frenk y Londoño, 1998). En los casos analizados en este estudio, reformadores consideraron la creación de nuevos actores y la transformación de antiguos, como condiciones concomitantes para la consolidación de sus reformas al sector salud. Las decisiones sobre política solo variaron con respecto a la prioridad dada a cualquiera de estos dos retos, al igual que la decisión de cuando era el momento para su implementación. Como se ha analizado en detalle a continuación, esta decisión se tomó de acuerdo a la visión y con los supuestos de los reformadores, en vista de los obstáculos políticos y oportunidades encontradas durante el proceso de la reforma. Desde esta perspectiva, la implementación exitosa de cualquiera de estas dos iniciativas con la ausencia o implementación parcial de la otra, solo se puede ver como la finalización de una fase en el proceso largo y multi lineal hacia la reforma del sector, y no como la finalización exitosa de la otra opción.

## LA POLÍTICA Y EL PROCESO DE REFORMA EN SALUD

A pesar de que iniciativas en la reforma en salud han sido convergentes—creando un nuevo paradigma (Chernichovsky, 1995)—y evidenciando muchas semejanzas en los objetivos que buscan, la ratificación de las reformas a través del proceso político ha generado resultados diferentes. En algunos casos, las reformas han encontrado resistencias efectivas, como fueron los esfuerzos de reforma en los Estados Unidos (Skocpol, 1995; Steinmo, 1995). En otros, tales como la reforma en Chile, la experiencia ha sido tan efectiva en lograr los cambios que otros países en la Región se han animado de seguir el ejemplo (World Development Report, 1993; Jiménez de la Jara y Bossert, 1995). Pero en la mayoría de los casos, la ratificación de las iniciativas de reforma por el proceso político ha generado resultados mixtos; dando cambios positivos en algunos aspectos del sistema de salud, pero titubeantes en otros aspectos.

Como reacción a estas experiencias, tomadores de decisiones y las agencias donantes, quienes, hasta hace poco, habían estado preocupados principalmente con aspectos técnicos de las iniciativas de la reforma del sector, han empezado a darse cuenta del rol de la política en el proceso de la reforma. Empiezan a percatarse que la política es una realidad y que ejerce una influencia considerable sobre los objetivos buscados, los medios para lograr éstos, y el impacto resultante en el estatus de salud de la población. Por lo tanto, los contenidos de la reforma del sector salud empiezan a verse como el resultado de la economía política en el entorno del proceso de política, además de las consideraciones epidemiológicas, económicas, y organizacionales implícitas en estas acciones (Walt and Gilson, 1995).

Hasta el momento, la mayoría de los estudios sobre la política en salud se han concentrado en el análisis de grupos en sociedad—llamados **grupos interesados**—quienes, percibiendo que sus intereses pueden ser afectados, tratan de influenciar el proceso de formulación de políticas en que la reforma está siendo formulada e implementada (Reich, 1994, 1995; Diderichsen, 1995; Makison, 1992; Blumenthal, 1992; Blendon y Mollya, 1995). Algunos estudios han analizado las **instituciones políticas** que componen el proceso de la reforma en salud, y sus efectos sobre la capacidad de los grupos interesados de efectivamente influenciarlo (Dohler, 1995; Skocpol, 1995, 1992; Steinmo and Watts, 1995; Cassels, 1995; Smith, 1993; Immergut, 1992). Finalmente, existe un conjunto de estudios sobre cambios de política en otros sectores públicos, los cuales se han enfocado en los reformadores mismos—el **equipo de cambio** (Schneider, 1991; Waterbury, 1992; Geddes, 1994; Evans, 1995). Este enfoque tiene gran potencial para el análisis de iniciativas de la reforma en salud, porque un número creciente de países están escogiendo esta estrategia de política—creando y empoderando equipos de cambio—para emprender cambios de políticas en salud.

## LOS GRUPOS DE INTERSADOS Y EL PROCESO DE LA REFORMA EN SALUD

El análisis de la política en salud con frecuencia considera el factor político de las reformas en salud en el contexto de políticas de grupos de interesados en lo que Morone (1994) describe como “cálculos pluralísticos: ‘grupos a favor’ versus ‘grupos en contra’” (Morone, 1994:223).<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> El concepto pluralista—y dentro de éste, grupos de interesados o análisis de *stakeholders*—refleja mejor la dinámica del proceso de regateo entre los diferentes grupos que tratan de influenciar el proceso de la política, y dentro de éstos tomadores de decisiones (Kingdom, 1995; Zajac, 1995; Lindblom et al., 1993; Lindblom, 1988; Olson, 1982, 1965; Wilson, 1980; Peltzman, 1976; Lowi, 1972; Dhal, 1961; Downs, 1972). Los proponentes del concepto pluralista conciben al Estado como un actor neutral que tiene un rol mediador y refleja el regateo político entre grupos interesados que están tratando de influenciar el escenario de la política para asegurar y mejorar sus propios intereses (Olson, 1982).

Desde esta perspectiva, la formulación, legislación, implementación y finalmente, los resultados de las reformas en salud, reflejan las presiones de los grupos afectados—tales como usuarios, proveedores, ciudadanos que pagan sus impuestos y otros. Los resultados de la reforma en salud, entonces, reflejan los intereses del grupo más poderoso y/o la coalición de más peso. (Diderichsen, 1995; OECD, 1995; Reich, 1994, 1995; Walt and Gilson, 1995; La Forgia, 1993; World Bank, 1993).

Aunque el análisis de grupos de interesados nos permite entender las dinámicas de la política de las reformas de salud, ofrece pocas respuestas en los casos donde los tomadores de decisiones han decidido continuar su apoyo de una la reforma, a pesar de una resistencia obvia de los grupos sociales poderosos. Una reexaminación más cercana de las limitaciones y oportunidades ofrecidas por el contexto institucional en donde estos funcionarios persiguen su agenda de la reforma, presenta un cuadro más completo de los factores políticos que afectan cambios en las políticas.

## EL CONTEXTO INSTITUCIONAL Y EL PROCESO DE LA REFORMA EN SALUD

Para entender las oportunidades y restricciones que tomadores de decisiones en salud enfrentan, algunos estudios han cambiado su atención de los grupos de interesados en la sociedad y se han concentrado en el rol de las instituciones políticas. Se han enfocado en el rol de las instituciones, en la interacción entre *stakeholders* o grupos de interesados, al igual que en su mediación entre el Estado y la sociedad, lo cual sucede durante el proceso de la política.<sup>2</sup> El contexto institucional, en este enfoque, es comprendido por, el sistema nacional de política y las instituciones formales del gobierno y la representación social. Pero el enfoque también mira las reglas de gobernabilidad—tanto formal e informal—que dirigen el proceso de formulación de la política y que median las perspectivas y agendas conflictivas de los actores políticos, desde ciudadanos hasta grupos de interesados y formuladores de políticas, entre otros (Immergut, 1992). El supuesto fundamental es que el contexto institucional de un país fija las reglas para la competencia política, y así determinan el grado de acceso que los grupos de interesados tienen para influenciar la agenda política. Al mismo tiempo, las instituciones determinan cuanto espacio hay para las maniobras de los reformadores, y por lo tanto el grado de autonomía que el Estado espera tener para promover cambios en la política. Desde este punto de vista, el contexto político económico de un país, y particularmente la configuración institucional – con sus elementos formales e informales – juega un rol determinante en la naturaleza de la reforma en salud y su factibilidad política.

Immergut (1992), por ejemplo, argumenta que los arreglos institucionales políticos pueden explicar las grandes diferencias en los resultados finales de iniciativas similares de la reforma en salud, promovidos en Suiza, Francia y Suecia. Estudiando la política social en los Estados Unidos,

---

<sup>2</sup> El Nuevo institucionalismo da un enfoque alternativo al pluralismo por medio de ver el efecto institucional sobre la formulación de políticas. Regresa el Estado al análisis político de la formulación de políticas (Evans et al., 1985) y ve los tomadores de decisión como un grupo mas de interesado en preferencias particulares que van mas allá de la maximización de ingresos y manteniendo el poder, y asume una posición sobre la dirección que debe tomar la política publica (Geddes, 1994; Steinmo, 1992; Hall, 1986; Skocpol, 1985; Mann, 1984; Nordlinger, 1981). En vez de analizar las instituciones formales como hacían antes los observadores estatistas, el nuevo enfoque intitucionalista es “como la configuración institucional puede afectar las interacciones políticas” (Thelen et al., 1992:6). Entonces, el enfoque no es en las instituciones *per se*, pero en los detalles institucionales, o “factores intermedios institucionales (tales como) arreglos corporativas, redes de políticas vinculando grupos económicos con la burocracia del Estado, estructuras partidarias, y el rol nuevo que juegan en la definición de la constelación de incentivos y restricciones enfrentados por los actores políticos en diferentes contextos nacionales.” (Thelen et al., 1992:6).

y después, en reacción al fracaso de los esfuerzos de la reforma del sector salud en los años 90, Skocpol (1992, 1995) también ha puesto a las instituciones en el centro de su análisis. La importancia dada a instituciones en el análisis de las políticas de la reforma en salud ha sido confirmada por otros observadores como Morone (1994), quien sostiene que el fracaso reciente en el esfuerzo de los Estados Unidos es causado en parte a la falta de análisis institucional. Después de un estudio histórico de los esfuerzos de la reforma en salud en los Estados Unidos, Steinmo y Watts (1995) concluyeron que una estrategia que incluye el uso y modificación del contexto institucional, podría haber mejorado las posibilidades de la reforma de políticas en salud en ese país.

Finalmente, en otros países industrializados,<sup>3</sup> Wilsford (1995), después de examinar los casos de Alemania, Japón, Canadá, e Inglaterra, concluyó que para tener éxito en reformar sus sistemas de salud, tomadores de decisiones han intentado incrementar la autonomía del Estado para poder contrarrestar la movilización de proveedores por los grupos de interesados, y lo han hecho por medio de un uso cuidadoso de las oportunidades ofrecidas por los contextos institucionales particulares de cada país. Entonces, él argumenta que la autonomía del Estado en el proceso de la reforma en salud es un resultado tanto de la estructura institucional, como producto de los funcionarios públicos que están al frente del proceso.

Sin embargo, el relacionar la estructura institucional con los resultados de la reforma de políticas no es tan evidente como puede parecer. Estudiando regímenes políticos diferentes en Latinoamérica, Remmer (1990) demostró que no había relación empírica entre el tipo de régimen político y la capacidad del Estado de poder promover cambio de las políticas. También, el contenido de la reforma de la política no puede automáticamente ser asociada con una configuración institucional específica. Esto significa que el análisis de la factibilidad política de reformar el sector salud tiene que ir más allá de la configuración institucional del país y examinar las dinámicas del proceso político dentro del cual las reformas en salud están inmersas.

Los resultados distribucionales de la reforma en salud es un punto relevante. Estudios de grupos de interesados tienden a demostrar que en un régimen democrático, existe una alta posibilidad que grupos de interesados poderosos logren una captura del Estado<sup>4</sup>, y en esta manera efectuar un *estatus quo* no equitativo. Sin embargo, ha habido instancias en que estas mismas instituciones democráticas han otorgado mayor acceso a grupos políticamente débiles que, de esta manera, han podido influenciar las políticas a su favor, por medio del ejercicio de presión política para incrementar los incentivos del gobierno en confrontar las coaliciones de grupos de interesados que están resistiendo el cambio

Esto demuestra la necesidad de enfocar el análisis en los grupos de funcionarios encargados de la reforma de la política, porque es aquí donde los elementos políticos que afectan la formulación de política en salud convergen. Sus perfiles, sus agendas, su potencial de maniobra dentro del Estado, sus relaciones con otros grupos en la sociedad jugarán un rol importante en la capacidad del Estado de poder lograr cambios en sus políticas. En las palabras de Geddes: "Para entender por qué gobiernos a veces emprenden reformas radicales y peligrosas, los investigadores tienen que pensar sobre quienes son las personas que formulan políticas, cuáles son sus intereses, y qué puede afectar estos intereses." (Geddes, 1995:198).

---

<sup>3</sup> Otros estudios utilizando el enfoque institucionalista para analizar las reformas en salud en países industrializados incluyen: Dohler, 1995; Schut, 1995; Freddi, 1989; Ferrara, 1989; Wilsford, 1989 y Bjorkman, 1989.

<sup>4</sup> El concepto de "captura" se refiere a la posibilidad que grupos de interesados poderosos logren la consolidación de su influencia sobre el Estado y así cambiar permanentemente a su favor las políticas públicas. (Ver Olson, 1982; Sandler, 1992).

## LOS EQUIPOS DE CAMBIO Y EL PROCESO DE LA REFORMA EN SALUD

El grupo específico de funcionarios encargados de formular y promover cambios en las políticas han sido denominados como el "equipo de cambio" (Waterbury, 1992) y ha sido objeto de investigación de varios estudios de la política económica sobre cambio de la política— particularmente relacionado con ajustes estructurales y la reforma económica (Nelson, 1990, Schneider, 1991; Evans, 1982; Geddes, 1994).<sup>5</sup> El supuesto que fundamenta estos estudios es que los tomadores de decisiones tienen una agenda política que está basada no solamente en las presiones de grupos de interesados en la sociedad. Similarmente, el Estado deja de ser visto como un actor monolítico con una posición única sobre lo que se debe hacer; mas bien, es compuesto de múltiples grupos de funcionarios con ideas diferentes—y muchas veces contradictorias—sobre qué debe hacerse.

El acto de crear un equipo de cambio, empoderándolo, y poniéndolo en una posición de liderazgo de un proceso de la reforma puede ser considerado como una estrategia de por sí. Un gobierno adopta esta estrategia con el propósito de aumentar su autonomía de las presiones de grupos de interesados—tanto dentro o afuera del Estado—y así mejorar las posibilidades de lograr cambios en las políticas. En el proceso de crear y utilizar un equipo de cambio, el gobierno facilita el uso de una serie de maniobras políticas diseñadas para mejorar la factibilidad política de su agenda de reforma. Estas maniobras son las estrategias que los equipos de cambios seleccionan y ponen en acción durante el proceso de la reforma para facilitar su implementación exitosa.

En el caso de una reforma en salud, el equipo de cambio sentirá presión y competencia de acceso al proceso de reforma que tiene su fuente *dentro* del Estado, concurrente con presiones de grupos de fuera, en la sociedad. Al mismo tiempo que el Estado tiene que ganar el apoyo de grupos grandes en coalición en la sociedad para lograr cambios de política, el equipo de cambio tiene que ganar el apoyo, o por lo menos, neutralizar la resistencia, de otras facciones dentro del gobierno, tales como los tomadores de decisiones de otros sectores y la burocracia.

El equipo de cambio puede ser ubicado en puntos diferentes del contexto de la política, dependiendo del marco institucional del país (Downs, 1964; Schneider, 1991; Geddes, 1994), y puede ser activo en varias etapas del proceso de la reforma de la política. Por ejemplo, en un sistema presidencial, el equipo de cambio puede servir como un comité de asesoría cerca del poder ejecutivo, mientras que en un sistema parlamentario, el equipo puede encontrarse en una comisión legislativa encargada de la preparación de un proyecto de ley para la asamblea. En otros países, el equipo de cambio puede ser una parte formal del gobierno, en una comisión de planificación, en una fuerza de tarea interagencial *ad hoc*, o en un grupo asesor.

<sup>5</sup> Proveniente de personas a favor de decisión racional (ver Riker, 1990) y el estudio de política burocrática (ver Downs, 1967), respectivamente, Geddes (1994) and Schneider (1991) se enfocan en la lucha política que sucede dentro del Estado como diferentes grupos de formuladores de políticas que compiten para influenciar la definición e implementación de políticas. Su argumento básico es que para explicar el cómo y porqué una política es formulada y que impacto tiene, el análisis debe enfocarse en las decisiones individuales tomadas por los formuladores de políticas dentro del Estado, al igual que su competencia política dentro de los límites de las instituciones en que operan. El Estado se ve como una colección de individuos con intereses propios, y la decisión de políticas como resultado de la maximización de estrategias por estos tomadores de decisiones para avanzar su agenda. En otras palabras, los funcionarios de alto rango, como individuos racionales, tomarán decisiones sobre políticas en base a las limitaciones y oportunidades que perciben para perseguir su agenda política—y así asegurarse una carrera exitosa (Geddes, 1994).

El análisis de los detalles distintivos de los equipos de cambio, sus composiciones, los antecedentes y redes de sus miembros, y sus incentivos, son elementos claves para entender los procesos de reforma. También, el análisis de las oportunidades y limitaciones que estos grupos tendrán que enfrentar para lograr su agenda de reforma, y las estrategias políticas que utilizan en respuesta, pueden proporcionar información sumamente valiosa para informar a la asesoría en apoyo de la reforma en el sector salud.

## **EL PROCESO DE LA REFORMA EN SALUD**

El proceso de una política es la serie de eventos que sigue una iniciativa de reforma, desde la definición del problema y la incorporación en la agenda pública, hasta la consolidación del cambio de la política propuesta. El proceso de política raras veces toma una forma secuencial y unilineal, pero para propósitos analíticos, puede ser “anclado” en seis etapas claves: 1) definición del problema, 2) formulación de la política, 3) legislación de la política, 4) implementación de la política, 5) el cambio institucional, y 6) la consolidación de la política.<sup>6</sup>

En la medida que el proceso de política va desarrollándose dentro del marco institucional de un país, la reforma pasará por varios puntos en los cuales su esencia puede ser cambiada, y sus posibilidades de ser implementada puede estar en riesgo. Estas etapas cruciales del proceso de política ocurren en puntos diferentes en el marco institucional, tales como la oficina del Presidente, el Congreso o la parte de la burocracia encargada de implementarlo. En cada uno de estos “nódulos de políticas” (Immergut, 1992) o puntos de veto, la reforma será afectada por aquellos actores que tienen acceso a estos puntos y pueden influenciar el proceso durante esa etapa en particular. Los actores que participan en la toma de decisiones en cada nódulo de política, además de aquellos que logran influenciarlos, no son los mismos en cada etapa. También, los mismos actores pueden tener roles diferentes en las diferentes etapas del proceso de política. Sus agendas y su poder serán diferentes en cada punto de veto, y su posibilidad de influenciar el contenido de la reforma y su factibilidad puede variar.<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> Ver Wildavsky (1972), Lindblom (1983), Rondinelli (1984), Korten (1976) entre otros para las definiciones y características del proceso de políticas. Ver también Reich (1994) y Foltz (1995) para algunas críticas de los enfoques diferentes a la política del proceso de política en salud.

<sup>7</sup> Una herramienta de análisis de políticas que se ha desarrollado es de “manejar” a los actores y sus intereses para hacer que la formulación de reformas en salud, legislación, e implementación sean más acorde con los retos políticos que enfrentara en las diferentes etapas (Reich, 1994).

## II. EL MARCO ANALÍTICO

---

Este estudio se enfoca en la capacidad del Estado de llevar a cabo exitosamente una reforma de las políticas de salud. Se concentra en los elementos que facilitan la factibilidad política en la formulación, implementación y consolidación de los cambios de ésta en salud. La hipótesis operante es que la capacidad del Estado de efectuar cambios en políticas, y por lo tanto, la factibilidad política de la reforma en salud, es afectada por tres elementos: 1) el contexto de la política económica del país, incluyendo sus instituciones, sus reglas de gobernabilidad, y sus grupos de interesados claves; 2) el proceso de políticas, incluyendo las relaciones Estado-sociedad, los tomadores de decisiones y los grupos de interesados actuando dentro del contexto político para perseguir sus agendas políticas; y 3) las estrategias políticas utilizadas por los reformadores para lograr el cambio de la política.<sup>8</sup> El énfasis está en la creación y empoderamiento de equipos de cambio como un aspecto instrumental de estas estrategias.

Cuando una iniciativa de la reforma en salud llega a la agenda pública, la política económica del país y el proceso de cambio de políticas que es desencadenado dentro del entorno, presenta una serie de oportunidades y obstáculos para su implementación exitosa. Los formuladores de políticas interesados en promover la reforma seguirán una serie de estrategias políticas para incrementar la capacidad del Estado de llevar a cabo los cambios de política, y así, incrementar la factibilidad política de la reforma en salud.

En la medida que tomadores de decisiones entraban al sector social en las reformas de segunda generación, moldeaban sus estrategias políticas tomando en cuenta los conocimientos adquiridos durante sus experiencias con estrategias de primera generación, dirigidas hacia la reestructuración del sector económico y la reducción del Estado, bajo los ajustes estructurales de los 1980's y la primera parte de los 1990's.<sup>9</sup> Una estrategia que resalta es la formación y uso de equipos de cambio para formular políticas y dirigir el proceso de la reforma. Por lo tanto, damos atención especial a esto como parte del paquete de estrategias políticas dirigidas por tomadores de decisiones hacia el incremento de la factibilidad política de las iniciativas de la reforma en salud.<sup>10</sup>

Las oportunidades y limitaciones presentadas por la economía política del país y el proceso de cambio de políticas, por un lado, y la respuesta del Estado a estos cambios, por el otro, convergen en este equipo de cambio, el cual está encargado de la formulación e implementación de la reforma. La habilidad de estos formuladores de políticas de maniobrar dentro de este contexto tiene un impacto directo y refleja la capacidad del Estado de perseguir su agenda en la reforma de políticas de salud.

---

<sup>8</sup> Existen otros elementos que son de igual importancia en determinar la capacidad del Estado de lograr una reforma de sus políticas. Grindle (1996) sugiere concentrarse sobre los siguientes elementos: capacidad institucional, capacidad técnica, capacidad administrativa y capacidad política. En otros estudios, la capacidad del Estado ha sido equivalente a su capacidad técnica, administrativa e institucional, mientras que su capacidad de maniobrar a favor de cambios de políticas solamente hasta hace poco empieza a resaltarse en el campo de políticas de salud. Este estudio, entonces, se concentrará en los aspectos políticos de la capacidad del Estado en promover efectivamente los cambios en políticas de salud. Es importante señalar, sin embargo, que el componente político no es suficiente, ni se puede analizar aparte de los otros elementos mencionados.

<sup>9</sup> Para más sobre la economía política de reformas de primera generación y el uso de equipos de cambio como estrategia de lograr cambios, favor de ver Smith (1993); Bresser Pereira, Maravall y Przeworski (1993); Haggard and Kaufman (eds) (1992); y Grindle y Thomas (1991) entre otros.

<sup>10</sup> Ver Walt (1994)

El equipo de cambio utiliza una combinación de destrezas técnicas y maniobras políticas en construir apoyo para la iniciativa de la reforma y mejorar la posibilidad de superar exitosamente la resistencia al cambio de los grupos de interesados.

La capacidad del equipo de cambio para efectuar maniobras políticas estratégicas durante el proceso de la reforma en salud será determinante para su logro, al igual que la capacidad técnica del equipo de formular políticas acertadas.

El marco analítico utilizado en este estudio examina: 1) el contexto de la economía política, 2) el proceso de política, y 3) las estrategias políticas del reformador, como tres variables que afectan la capacidad del Estado de llevar a cabo las reformas a las políticas en salud. Este marco ha permitido una observación más sistemática de los factores intervinientes que determinan la factibilidad política de los cambios de políticas en salud y facilitar un análisis comparativo. Esto, a su vez, ha permitido analizar tres elementos en común a los tres casos; variables que podrán ser valiosas en futuras experiencias de las reformas en salud.

Tabla 1. La Política Económica de la Reforma del Sector Salud: Un Marco General

I. CONEXTO DE POLÍTICA ECONOMICA	II. PROCCESO DE POLITIAS	III. ESTRATEGIAS POLITICAS: EQUIPOS DE CAMBIO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• configuración institucional</li> <li>• Régimen</li> <li>• Atribuciones formales de instituciones relevantes y actores</li> <li>• Reglas formales (Instituciones); Ej. ciclos electorales, etc.</li> <li>• Reglas informales (detalles institucionales informales) Ej. peso de disciplina partidaria sobre tomadores de decisiones una vez en sus plazas, fuente de la legitimidad del Estado, etc.</li> <li>• Mapa político general de jugadores claves, Ej. Gobernadores, grupos de elite, grupos claves de interesados, donantes internacionales y agencias multilaterales involucradas, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etapas ancla del proceso de cambio de las políticas</li> </ul> <p style="margin-left: 20px;">Definición del problema Formulación de la Política Legislación de la Política Implementación de la Política Cambio institucional Consolidación de la reforma</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nodos/escenarios de políticas claves donde la reforma puede ser alterada, fortalecida o detenida; Ej. el momento de ratificación de la legislación, etc. (tiempo y lugar)</li> <li>• Actores Relevantes en puestos políticos claves</li> <li>• Representación de grupos de interesados en el debate de la Política y las relaciones Estado-Sociedad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de equipos de cambio como estrategia política</li> <li>• Características del equipo de cambio:</li> </ul> <p style="margin-left: 20px;">Configuración Ubicación Expertaje Experiencia previa en políticas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maniobras políticas del equipo de cambio</li> </ul> <p style="margin-left: 20px;">Redes verticales dentro del Estado Redes horizontales dentro del Estado Redes de políticas en el Estado-sociedad</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrategias relacionadas</li> </ul> <p style="margin-left: 20px;">Aislamiento vs. construcción de consenso Incremento vs. comprensivo</p>

## EL CONTEXTO DE LA POLÍTICA ECONOMICA

El contexto de la política económica incluye el sistema político del país, su historia reciente, sus condiciones socio-económicas, sus instituciones, y el rol del Estado y la sociedad en definir y actuar sobre asuntos relacionados a las políticas. Determina el marco institucional dentro del cual los funcionarios públicos y los grupos de interesados operan durante el proceso de cambio de las políticas y dan las reglas formales e informales del juego, en el cual los tomadores de decisiones y los grupos de interés persiguen sus agendas.

Tomadores de decisiones que están dispuestos a promover las reformas que pueden beneficiar a algunos grupos y al mismo tiempo, afectar negativamente a otros, tomarían en consideración los intereses y poder de interesados que estarían dispuestos a presentarse a favor o en contra una iniciativa de cambio. Estudios sociológicos han concluido que grupos de interesados poderosos son capaces de “capturar” al Estado, llevando a reformadores a reformular su iniciativa de política y aún, de detener un cambio de política, a pesar de su valor técnico y potencial para mejorar el bien común. Sin embargo, la experiencia con reformas de primera generación bajo ajustes estructurales demuestra que los reformadores pudieron perseguir y lograr cambios significativos de política – tales como liberalización de comercio y desregulación del mercado – aún a costa de actores poderosos que defendían el *status quo*. ¿Cómo se puede explicar esto?

Una posible explicación está en las instituciones políticas que estructuran las relaciones del Estado con la sociedad. El sistema político y sus instituciones establecen las “reglas del juego” por medio de los cuales los formuladores de políticas y los actores sociales persiguen sus agendas. En la preparación para el proceso de cambio de políticas, y por lo tanto, para la lucha política dirigida a influenciarla, instituciones políticas juegan un rol determinante en empoderar algunos actores dentro y afuera del Estado. Por lo tanto, la factibilidad política de una iniciativa de reforma será determinada tanto por elementos de la política de grupos de interesados, como la forma y el rol de las instituciones políticas existentes.

## EL PROCESO DE POLÍTICAS

El proceso de políticas es la serie de eventos que una iniciativa de reforma sigue desde la definición del problema y su incorporación en la agenda pública, hasta la consolidación del cambio de política propuesto. Se analiza en seis etapas claves: la definición del problema, la formulación de la política, la legislación de la política, la implementación de la política, el cambio institucional y la consolidación de la reforma.

Formuladores de políticas utilizarán el marco institucional del sistema político para ventaja de la reforma, en un esfuerzo de limitar la influencia de aquellos actores que están en contra de la iniciativa de reforma. Por ejemplo, se dice que sistemas con un Ejecutivo poderoso – Ej. con atribuciones constitucionales que le permiten gobernar sin someter las iniciativas de la reforma a concurrencia de la Legislativa y la Judicial -- tienen buenas posibilidades de aislar el proceso de políticas de las políticas de los grupos de interesados. Esto, en su momento, se ve como circunstancia que promovería la factibilidad política de la iniciativa de la reforma y facilitaría una implementación más rápida.

Sin embargo, el bloqueo de los canales para la representación de intereses y la limitación de acceso de actores dentro y fuera del Estado a la formulación de políticas, puede no tener el

efecto de favorecer las posibilidades de sobre vivencia y consolidación de una reforma. Una política suprimida en esta manera durante la etapa de formulación y que no son enfrentados durante el proceso legislativo, puede reaparecer en la etapa de implementación y necesitar la construcción de consenso y la búsqueda de estrategias de coalición para asegurar la factibilidad política de la reforma en cuestión.

La falta de uso regular de mecanismos para la representación de intereses en el proceso de formulación de las reformas—tales como el Congreso y partidos políticos—también contribuye a la transferencia del conflicto político sobre el debate de políticas de un escenario social amplio a uno más estrecho dentro del Estado. Aquí, la política burocrática asume más influencia, las facciones diferentes de funcionarios se confrontan unos a los otros, representando un rango amplio de opiniones e ideologías en el espectro político. Aun en los casos donde representaciones de intereses fueron limitadas, y el centro del debate fue transferido para adentro del Estado, la reforma de políticas todavía requeriría maniobras políticas intensas, mientras que las facciones diferentes del Estado luchaban sobre las opciones de políticas a ser implementadas.

El hecho de que el punto focal de la competencia para los diferentes proyectos de reforma se ha movido forzosamente de los canales formales de representación de intereses al escenario Ejecutivo, no limita completamente que participen grupos de interesados en la lucha. Lo que sucede es que la participación es significativamente limitada y es moldeada en una manera diferente, como es el caso, cuando es perseguida en un escenario abierto como es el Congreso. Este fenómeno está basado en las iniciativas de formuladores de políticas por el lado del Estado, y de grupos de interesados del lado de la sociedad. Grupos de interesados saben, por medio de conocimientos de las dinámicas políticas de otras reformas, que los puntos de veto que definirán la naturaleza del cambio de política están dentro del poder Ejecutivo, y no en el Congreso. Entonces, se moverán hacia el poder Ejecutivo, pero lo harán por medio de canales informales y contactos con la elite, que les darán acceso a los niveles decisorios.

Por el otro lado, niveles decisorios que están compitiendo para lograr que su proyecto de reforma prevalezca, definitivamente tratarán de evitar la influencia de aquellos grupos de interesados que se oponen, y al mismo tiempo, buscar y favorecer los vínculos con los grupos de interesados que están a favor de su propuesta. Esta es una manera de favorecer su posición de poder *vis a vis* otras facciones del Estado. El estudio denomina las alianzas que resultan “Redes del Estado-Sociedad” y supone que éstas pueden ser distinguidas claramente durante la formulación de las reformas, alineándose alrededor de las diferentes propuestas que están en juego.

En las experiencias con las reformas de primera generación involucrando regulación del Mercado y otros aspectos de la economía, los tomadores de decisiones que lograron obviar los mecanismos de representación de intereses razonando que éstos habían sido capturados por intereses poderosos—por ejemplo, utilizando decretos Ejecutivos en vez de legislación—aparentemente han sido exitosos en consolidar los cambios de política. Por el otro lado, aquellos tomadores de decisiones que enfatizaron la participación de grupos de interesados y la construcción de consenso a través de representación institucional tales como el Congreso, sus iniciativas están detenidas y efectivamente descarriladas. Sin embargo, en las reformas de segunda generación, cuando la primera estrategia fue intentada, parece que la falta de participación y construcción de consenso con grupos de proveedores durante la formulación de las reformas y su legislación, ha sido un obstáculo importante para la implementación. Aún queda como interrogante si el uso sistemático de la construcción de consenso y participación ha mejorado las posibilidades de poder lograr la implementación de las reformas, dado que el

estado actual de la mayoría de sistemas de salud es tal que los intereses del *status quo* estarán afectadas negativamente. También, las coaliciones de apoyo son volátiles y los acuerdos son frágiles.

Aunque la reforma del mercado se trataba básicamente de cambiar las reglas e incentivos, y reducir el tamaño del Estado, las reformas de segunda generación tales como políticas en salud no solo tienen componentes de incentivos y regulación, pero dependen de muchos grupos de proveedores que tienen conductas que necesitan transformación para poder consolidar los cambios de política. Por ejemplo, aún con mayores niveles de participación del sector privado, el Estado tendrá que depender de un grupo grande de trabajadores y gerentes asalariados en el sistema de salud para poder entregar mejores servicios de salud. Para que estos grupos se unan al proceso de reforma en salud, probablemente se necesitarán estrategias políticas más allá de cambios sorpresivos de incentivos salariales y reglamentos, porque contrario a lo que sucede con actores del Mercado, la capacidad del Estado de transformar sus servicios de salud depende de cambios consensuales de conductas. ¿Cuáles son las decisiones de funcionarios de alto rango cuando tienen la necesidad de construir el consenso o se encuentran en confrontación con estos grupos?

La distinción entre estos dos retos es reflejada por los dos grupos principales de actores involucrados en la provisión de salud. “Viejos actores” son las agencias que han estado encargados de la entrega de servicios de salud, los cuales estarían transformados bajo alguna iniciativa de reforma. En este caso, la tarea principal es la transformación de los recursos humanos asalariados.

Los “nuevos actores” son aquellas organizaciones privadas proveedoras que son creadas y/o reguladas bajo la nueva legislación y que responden a incentivos del Mercado. En este caso, el reto principal es de crear las condiciones del mercado que permitan su desarrollo, pero al mismo tiempo protegiendo los intereses de los beneficiarios potenciales.<sup>11</sup>

Asimismo, otro punto de importancia que se debe tomar en consideración es, a qué etapa del proceso de cambios de política llegaría a su máxima fuerza la oposición, y en qué manera enfrentarían los tomadores de decisiones a la oposición. El argumento se ha hecho que el enfoque tecnócrata de aislar la formulación de reformas de los grupos de interés da lugar a politización excesiva y a veces paralizante, durante la etapa de implementación de una reforma. Pero este argumento no toma en cuenta que grupos que se oponen a un cambio de política también escogen los momentos más oportunos de utilizar su fuerza. Esto es particularmente importante en las reformas de segunda generación tales como en salud, donde el Estado depende principalmente de su burocracia para lograr estos cambios. Tal puede ser el caso con sindicatos y otros grupos de proveedores dentro del Estado. Aunque puede ser que se pueda limitar completamente su participación en la formulación de las reformas, también puede ser que no decidan actuar en esa etapa. En cambio, pueden perseguir estrategias más activas durante la legislación de las reformas, cuando a la fuerza, por las reglas institucionales, los reformadores tengan que “abrir” el proceso. Pero el poder de negociación de los sindicatos y grupos de proveedores se verá con más fuerza durante la implementación de las reformas, es el momento cuando el cambio de política depende de ellos. Por lo tanto, estos grupos de interés opositores del cambio pueden decidir forzar sus demandas e intentar detener el proceso de la reforma en esa etapa, independiente de las estrategias utilizadas por los reformadores en la etapa anterior.

---

<sup>11</sup> Un ejemplo de viejos actores sería los servicios de salud ofrecidos por el seguro social en sus propias instalaciones, o los servicios del Ministerio de Salud bajo el mismo esquema. Un ejemplo de nuevos actores serán las “HMO” de creación reciente y/o la expansión en los países bajo estudio.

Finalmente, dado que la meta final de una reforma en salud es de cambiar los servicios para tener un impacto positivo en la salud de la población, ¿cómo respondería la población en general a los efectos potenciales de un cambio de política—tanto negativo y positivo—sobre sus intereses? Uno de los factores importantes que afectan este tema nos lleva al contexto político en que la reforma en salud está tomando lugar. El grado en que la mayoría de la población asume y esta conciente de sus derechos y responsabilidades como ciudadano, es un factor importante en la manera en que la sociedad demandará acceso a los servicios de salud, estar preocupados con la calidad de los servicios y apoyar cambios en estas direcciones. Al mismo tiempo, la claridad sobre sus derechos de acceso a un paquete de servicios de salud por un grupo social también reflejará sobre su potencial para movilizar en contra de una reforma, que desde su punto de vista, puede limitar su acceso a los servicios de salud.

Esto tiene relevancia particular en el caso de las reformas que contienen redistribución, en que aquellas personas con acceso privilegiado a servicios de salud ya no tendrán acceso ilimitado, mientras aquellos quienes no tenían acceso, tendrán disponible un paquete mínimo de servicios. Generalmente, el segundo grupo es organizado y conciente de sus beneficios; en cambio, el segundo grupo no es organizado políticamente y tienen poco conocimiento de sus derechos de recibir servicios de salud. Los retos resultantes para la factibilidad de tales cambios requieren atención cuidadosa y una gerencia estratégica.

## LOS EQUIPOS DE CAMBIO Y OTROS ESTRATEGIAS POLITICAS

Un elemento central de las estrategias políticas del reformador dirigidas a fortalecer la capacidad del Estado en promover las reformas de políticas, es la creación y uso de equipos de cambio empoderados para gestionar cambios de políticas. El equipo de cambio es el punto donde la mayoría de los esfuerzos de reforma, al igual que las presiones políticas para afectar el proceso de ésta, convergen. Sus características, sus poderes, y su ubicación determinarán su capacidad de maniobrar políticamente dentro del Estado y su habilidad de ganar apoyo a favor del cambio entre el Estado y la sociedad. La habilidad del equipo de cambio en el diseño y persecución de una estrategia política a favor de la reforma de políticas tendrá un gran impacto sobre la capacidad del Estado de poder lograr cambios, y por lo tanto, la factibilidad política de su agenda de reforma.

Al mismo tiempo, la capacidad de estos funcionarios de operar dependerá de sus decisiones sobre estrategias para favorecer la factibilidad política de sus iniciativas de la reforma en salud. Una estrategia se enfoca en el empoderamiento y mantenimiento del equipo de cambio que esta dentro del contexto institucional en el cual el proceso de la reforma está tomando lugar. También existen las estrategias que el equipo de cambio mismo adoptará a favor de su agenda de reforma.

Las experiencias con las reformas de primera generación demostraron que los reformadores pudieron “manejar” las presiones de grupos de interesados en influenciar el proceso de formulación de políticas, por medio de la demostración de apoyo a favor de los cambios de política cuando era necesario, pero al mismo tiempo limitando el nivel de influencia de los intereses dirigidos hacia el *status quo*. El uso de destrezas altamente tecnificadas en la formulación de políticas les permitieron mantener un control estricto sobre acceso al proceso de formulación, y al mismo tiempo permitiendo hacer afinamientos al paquete de reformas de acuerdo a criterios principalmente técnicos y estratégicos, en vez de consideraciones políticas.

Otras estrategias utilizadas por reformadores para promover cambios en políticas han sido cambios comprensivos, en vez de un enfoque de la implementación de políticas por incrementos,

y dejando así muy poco tiempo y espacio para una resistencia organizada. Esto utiliza un mínimo de consulta y construcción de consenso – con la tendencia de informar en vez de preguntar, excepto cuando se percibe una necesidad de construcción de alguna coalición. No existe una estrategia política clara cuando la reforma necesita una participación activa y consensual de otros actores, tales como la burocracia, grupos de proveedores, y/o grupos particulares de interés. Como consecuencia, se han tenido resultados mixtos cuando la reforma de políticas contempla no solamente la reducción del Estado, sino también su transformación.

Los resultados mixtos obtenidos hasta el momento por reformadores y sus estrategias políticas, en el caso de las reformas de segunda generación, son de interés especial para este estudio, porque las reformas de políticas en salud necesitan la participación colaborativa de varios actores involucrados en la provisión de salud, tanto dentro como fuera del Estado, para poder tener éxito.

A primera vista, este escenario puede sugerir una recomendación que requiere un enfoque más participativo y constructivo de consenso – inclusive, la poca literatura sobre el tema se inclina hacia este punto de vista;<sup>12</sup> un análisis más cuidadoso se necesita para evitar asesorías simplificadas sobre la reforma de políticas. La priorización de la construcción de consenso y participación puede solamente reforzar la captura del Estado por los intereses, tales como la burocracia y trabajadores organizados, quienes han efectivamente descarrilado cualquier intento de cambios de políticas en el pasado, en detrimento de los usuarios no organizados. También, la participación no controlada ha dado lugar a congelamiento deteniendo iniciativas de reforma, en vez de mejorar sus contenidos.

Por el otro lado, implementando un proceso de exclusión con un equipo pequeño de expertos empoderados para llevar a cabo una reforma en salud sin mucho rendimiento de cuentas a otros grupos, no es la respuesta inmediata al escenario anterior. Más investigación se necesita al seleccionar entre las opciones para el diseño de la estrategia política, que cae entre estos dos extremos, para mejorar la factibilidad política de la reforma en el sector salud, sin sacrificar la participación del Estado y actores de la sociedad.

Esta cuestión nos hace pensar sobre el empoderamiento del equipo de cambio para efectuar las reformas en salud. El mandato de un equipo de cambio no proviene de la sociedad, por el hecho que ninguno de sus miembros ocupan posiciones elegidas. El mandato viene de tomadores de decisiones que han decidido que deben utilizar un equipo de cambio como estrategia para lograr un cambio de políticas. Entonces, la fuente de poder del equipo de cambio no proviene de un mandato directo de la sociedad, pero sí del apoyo sistemático de los funcionarios de alto rango. Si tal es el caso, un equipo de cambio es dependiente de sus redes verticales; es decir, sus vínculos con funcionarios a niveles superiores, para poder sobrevivir como grupo y perseguir su plan de las reformas en salud.

¿Cuál es la naturaleza de estas redes verticales? Los líderes de equipos de cambio en el campo de salud en la mayoría de los casos fueron miembros jóvenes de los equipos económicos. Los equipos de cambio económico se formaron y apoyaron estos grupos de políticas específicas, como una manera de liderar cambio en áreas fuera de la esfera económica. Al mismo tiempo, la mayoría de los miembros de los equipos de cambio en salud son “ajenos” al Ministerio de Salud, y médicos tienen poca participación en éstos. Esto hace pensar que las redes verticales que crean un equipo de cambio efectivo, a cambio de un grupo de tarea sin poder propio para perseguir cambios en políticas, muy pocas veces provienen de funcionarios de alto rango en los

<sup>12</sup> Para más sobre esta literatura vea Sección I sobre Conocimientos e Investigación Actual, en la sección sobre Grupos de Interesados y el Proceso de Reforma en Salud.

ministerios de salud. Más bien, provienen de las áreas de finanzas y planificación de los gobiernos, o aún de la presidencia, donde el equipo de cambio económico está ubicado. Esta conexión estará de acuerdo al patrón normal que las reformas de Estado han tomado: las reformas de primera generación concentrada en la esfera económica, seguido de las reformas de segunda generación, tales como salud.

Este estudio se trata del descubrimiento de las oportunidades y obstáculos en el contexto de la política económica que una reforma en salud encontrará en la evolución del proceso de formulación de las políticas. Después, el estudio efectúa una valoración de las estrategias políticas que se han utilizado para responder a estos retos y oportunidades. Finalmente, presenta una serie de elementos analíticos para el estudio del contexto político que afecta el cambio en las políticas de salud durante el proceso de la reforma y el desempeño de equipos de cambio como una estrategia política.

## **MÉTODOS**

El estudio actual utiliza un enfoque institucional comparativo (Evans, 1995). Es institucional en el sentido de que se enfoca en el cómo y el porqué los formuladores de políticas interactúan con las restricciones y oportunidades institucionales dentro del contexto de la política económica, y relaciona estos hallazgos con la factibilidad política de cambios en la política de salud. Es comparativo porque busca las variaciones en procesos de la reforma de políticas similares, como la base para entender los elementos relevantes en la determinación de la factibilidad política de la reforma en el sector salud.

La investigación se desarrolló con la siguiente secuencia: Primero, fuentes secundarias sobre la política económica de los países en estudio se recolectaron para análisis. Luego, las fuentes primarias tales como documentos oficiales y evidencia estadística se recolectaron para lo mismo, para completar y complementar las investigaciones previas sobre los procesos de formulación de política en cada país. Finalmente, entrevistas no estructuradas de informantes claves se llevaron a cabo para obtener información sobre los actores involucrados en la reforma en salud, sus características, sus percepciones de los obstáculos y oportunidades encontradas en la persecución de sus agendas.

Los países de los tres casos de estudio (Chile, Colombia, y México) fueron seleccionados porque sus agendas de la reforma compartían la reconsideración del rol del Estado, del Mercado en la provisión de servicios de salud y el manejo de fondos de salud. Como resultado, los tres países contemplaron la introducción de una pluralidad de actores nuevos, que bajo mecanismos del Mercado y regulación del Estado, compartirían la responsabilidad de la provisión de salud con agencias de este último. Esto representa una transformación radical de los sistemas que habían operado como servicios del Estado, desde el período de la posguerra. Tomando esta política trazadora como punto de comparación, tres elementos en cada país fueron analizados: el contexto político económico, el proceso de formulación de políticas, y los funcionarios de alto rango que lideraron las iniciativas de la reforma. La investigación tuvo una duración de aproximadamente 6 meses en cada país, con la ayuda de un equipo de consultores locales con expertise en economía política, políticas en salud y economía. El componente clave fue la serie de entrevistas con informantes claves, incluyendo académicos, formuladores de políticas, y otros actores relevantes, incluyendo miembros de los equipos de cambio mismo. Se sostuvo un seminario en cada país para presentar el primer borrador con los resultados preliminares, con la participación de todos los individuos entrevistados, al igual que otros actores en el sector salud. El propósito de este seminario fue de presentar y discutir los resultados del análisis.

Los estudios de caso de los países seleccionados fueron utilizados para comprobar la hipótesis sobre la política económica de la reforma del sector salud y los factores que influyen en su factibilidad política. Esto se hizo por medio de la preparación de una caracterización detallada de las opciones de decisión enfrentadas por los reformadores, y las estrategias políticas que usaron en cada país. El estudio se enfoca en los elementos que pueden apoyar argumentos generales sobre los factores que afectan la política del proceso de la reforma en salud.

El enfocarse en los equipos de cambio en los tres países, permitió el análisis de las dinámicas políticas que toman lugar dentro del Estado, tanto como un reflejo de las relaciones Estado-sociedad, y como el resultado de la competencia política entre grupos diferentes de funcionarios de alto rango. El trabajo de campo en los países respectivos se enfocó en la participación de los equipos de cambio y en la interpretación del proceso de la reforma en salud.

Aunque las conclusiones sobre estos procesos particulares no son representativas estadísticamente – dado que solo tres casos fueron estudiados – puede que demuestren detalles que son comunes a otros países con contextos de economía política similares y que puedan servir para análisis comparativos adicionales.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> De hecho, una agenda para investigaciones futuras en este campo podría determinar la validez de esta forma de análisis en otros países en la Región Latinoamericana, al igual que otros países de ingresos medianos como contextos de políticas económicas similares—tales como algunas de las economías de antes en Europa Occidental.

### III. ESTUDIO DE CASOS

---

Aunque los equipos de cambio encargados de la reforma en salud en Chile, Colombia, y México son similares en composición, ideología, apoyo político y maniobras políticas, los resultados de sus estrategias políticas no han sido los mismos. Chile es considerado como el país en la Región de Latinoamérica y el Caribe que ha logrado la transformación más drástica de su sistema de salud. Colombia ha logrado iniciar la implementación exitosa de su reforma en salud, mientras que México ha logrado muy poco hasta el momento.

Los tres casos yuxtaponen las semejanzas en los cambios previstos de políticas relacionados con la participación de nuevos proveedores del sector privado, al igual que las estrategias políticas utilizadas para perseguir la reforma del sector salud, con las diferencias en los resultados logrados hasta el momento, como manera de identificar los factores relevantes de la política económica que afectan los procesos de la reforma. Esta sección presenta una descripción breve de cada caso, en orden cronológico. Los estudios de país se presentan utilizando el mismo marco analítico descrito anteriormente para facilitar el análisis comparativo.

#### CHILE

La reforma en salud Chilena implementada en los primeros años de los ochenta, ha recibido mucha atención de académicos y formuladores de políticas. Aunque el hecho de que tomó lugar bajo un régimen militar hace que este sea una excepción en la Región, el proceso de la reforma Chilena ha sido emulada de un grado u otro, tanto en sus procesos, como en sus contenidos. La discusión de la efectividad y lo apropiado de replicar las estrategias utilizadas por su equipo de reformadores en otros países con sistemas políticos más abiertos, no tiene una conclusión definitiva. Sin embargo, estas estrategias continúan teniendo influencia sobre tomadores de decisiones en procesos de formulación de políticas en Latinoamérica y otros lugares.

Las metas principales de los reformadores, por medio de la implementación de un sistema de planes de salud privados en Chile fueron: liberar la capacidad en establecimientos públicos a través de cambios de la demanda hacia el sector privado, induciendo una expansión de la infraestructura y servicios médicos privados de salud; concentrar los esfuerzos del Estado en la población de bajos ingresos; Incrementar la libertad de escoger; y crear un subsidio de la demanda a largo plazo que permitiera la selección entre un mayor número de opciones de servicios de salud

Los reformadores lograron algunas de estas metas exitosamente, pero definitivamente no todas. La implementación de planes privados de seguros, conocido como ISAPRE (Instituciones de Salud Previsionales) amplió significativamente la infraestructura privada en la nación. La demanda para los servicios proporcionados por estas instalaciones y profesionales en la práctica privada, también incrementó sustancialmente. También, parece ser que los reformadores lograron destinar una mayor proporción de los recursos fiscales a la población de bajos ingresos. Tanto las plantas físicas como recursos operacionales están actualmente sirviendo a un porcentaje mayor de hogares de bajos ingresos que en años anteriores.

Aunque los reformadores lograron avances hacia la meta de crear un subsidio de la demanda, esta parte de la reforma nunca se pudo completar. Un subsidio de la demanda fue creado para complementar la contribución obligatoria del 2%, pero el uso de este subsidio para el propósito propuesto ha sufrido varios problemas que han sido reconocidos por todos los sectores del espectro político y este aspecto de la reforma no tiene legitimidad entre los actores.

Finalmente, el intento de crear el subsidio para la demanda que hubiera creado ISAPRES subsidiadas para aquellos sin poder adquisitivo, se detuvo completamente.

Además, el sistema ISAPRE atrajo principalmente a personas de altos ingresos, quienes entonces dejaron de contribuir al sistema público, y los fondos adicionales para cubrir esta pérdida no fueron asignados a instalaciones públicas. Entonces, la creación de este sistema privado puede haber tenido el efecto de agravar el déficit operacional que el sistema tuvo en la crisis económica de los años ochenta. Desde 1988, con la crisis económica bajo control, los datos demuestran que la reforma puede haber liberado capacidad y recursos operacionales para los beneficiarios legales del sistema público. Si el gasto en el sistema público de salud se hubiera mantenido a niveles constantes de 1981, los recursos financieros *per capita* habrían incrementado en un 13% por cada beneficiario entre 1981 y 1994. Sin embargo, la cantidad del gasto público por beneficiario fue 83% superior en 1994, que en 1981. Por lo tanto, puede ser el caso que los recursos que migraron al sistema ISAPRE durante los ochenta han sido compensados en los noventa con incrementos significativos en el financiamiento de fuentes fiscales.

Probablemente la meta más importante de los reformadores fue de permitir que los beneficiarios escojan entre una variedad de planes de salud, y así introducir la competencia como medida para mejorar la calidad y eficiencia en la provisión de servicios de salud. Esta meta fue parcialmente lograda. Suscriptores que tenían suficientes recursos para pagar las primas cobradas por ISAPRES tienen muchas alternativas para escoger su proveedor y la industria de salud no es muy concentrada. Entonces, existe una competencia real en ISAPRE para grupos jóvenes y de edad media, de altos ingresos. Sin embargo, individuos mayores de 60 casi no tienen acceso al sistema privado, e individuos con enfermedades catastróficas o crónicas tienen pocas opciones de quedarse en el sistema o de cambiar de una institución a otra. Finalmente, la información disponible para una decisión informada del consumidor de planes de salud es deficiente.

ISAPRES actualmente tiene cobertura del 26% de la población y aproximadamente 31% de la fuerza laboral. Inscripción actual supera todas las expectativas iniciales. Sin embargo, la expansión en el futuro con el propósito de incluir a toda la población bajo un esquema similar, necesitará: uno, la implementación del subsidio a la demanda prevista que iba a sustituir a la provisión pública de servicios de salud o dos, esfuerzos mayores de reducir las cuotas del sistema ISAPRE, reduciendo sus costos promedios actuariales.

## El Contexto de la Política Económica

El estudio de cualquier aspecto de los cambios políticos, económicos y sociales que sucedieron durante el periodo 1970 a 1980 en Chile tiene que resaltar el contexto institucional dentro del cual estas reformas fueron formuladas e implementadas. Existe amplio acuerdo que un factor fundamental en el éxito de estas grandes reformas de ese período fue el hecho de que Chile fue gobernado por un régimen militar que se pudo presentar como un actor cohesivo. Sin embargo, el hecho que el régimen desmanteló drásticamente las opiniones en contra que provenían de la sociedad e impuso su agenda social, encubre un proceso muy dinámico y a veces muy trabajado, de formulación de políticas que se desarrolló en el proceso de la persecución de su agenda de la reforma. Aunque la representación de la sociedad fue limitada a una participación errática de aquellos grupos en simpatía con el régimen, esto no detuvo la competencia de facciones internas dentro del régimen de grupos con intereses opuestos referente al contenido y la rapidez de las reformas.

Uno de los factores que contribuyó a esta apariencia de la falta de acuerdo en el gobierno fue que la mayoría de la resistencia al contenido y la rapidez de las reformas, provenía de algunas

ramas de las fuerzas armadas. Las líneas de comando y control de los militares, al igual que la lealtades a obediencia jerárquica de sus miembros hicieron que no opinaran en contra en foros públicos. Sin embargo, al nomás tomar posesión, el General Pinochet instaló los mecanismos formales por los cuales las diferentes facciones de las fuerzas armadas podían expresar sus puntos de vista y participar en el proceso de formulación de políticas—y así garantizar los medios por los cuales él podía acceder a su base de apoyo. Por su lado, los militares sí utilizaron los canales institucionales disponibles para que pudieran expresar sus posiciones a las altas esferas del régimen. También, aunque en pequeña escala, algunos miembros de las fuerzas armadas que estaban en contra de las reformas tecnócratas, establecieron alianzas con grupos de la sociedad, quienes, aunque estando a favor del régimen, no estaban muy dispuestos a dar su apoyo a los cambios de políticas propuestas.

Como se presentará en la siguiente sección, la mayoría de los actores relacionados al sector salud, y probablemente la población entera, estaban de acuerdo sobre la necesidad de alguna reforma. La noción que el sector salud estaba en caos fue un supuesto ampliamente pensado en el momento de la formulación de las reformas, y así facilitó el ímpetu original para el cambio. Sin embargo, este consenso sobre la necesidad de cambio no se extendía a las cuestiones de definición de los problemas a enfrentarse, los medios para solucionarlos y la rapidez en que la reforma debía proceder. Los desacuerdos sobre estos temas no solamente fueron evidentes en los varios actores involucrados, sino, y más importante, en varios grupos dentro del gobierno militar. Algunos grupos se alinearon con los tecnócratas miembros del equipo económico, mientras otros apoyaban las ramas pro Estado nacionalistas de las fuerzas armadas.

### Proceso de Políticas

El sector salud en Chile fue sujeto a una reforma completa durante los últimos años de los setenta y los primeros años de los ochenta. Entre las iniciativas de reforma estaba la creación de organizaciones privadas llamadas ISAPRE, que fueron permitidas captar contribuciones obligatorias para la cobertura de salud.<sup>14</sup> La reforma, pasada en 1981, le dio a trabajadores y jubilados la opción de suscribirse a cualquier ISAPRE o de mantenerse en el plan de salud pública FONASA. La intención era que las ISAPRES sustituyeran al plan de salud pública en el financiamiento y provisión de servicios de salud. Inicialmente, tuvieron el mandato de servicios preventivos mínimos y pagos de incapacidad por enfermedad. Sin embargo, los paquetes para atenciones curativas podrían ser establecidos por medio de contratos individuales entre las partes. Formalmente, las ISAPRES compiten entre ellas sobre la base del paquete de beneficios que podrían ofrecer por la misma cuota.

La creación de las ISAPRES fue el primer paso en una agenda completa que eventualmente tendría el efecto de transformar al sector salud en un sistema que dependería más del Mercado que del Estado para la administración financiera y la provisión de servicios de salud. Aunque aquellos grupos con poder adquisitivo recibieron la opción de suscribirse en una ISAPRE, un subsidio de la demanda se iba a crear y dirigir exclusivamente a grupos de bajo ingreso. Para estos grupos, organizaciones con administraciones similares conocidas como ISAPRE Populares, se crearían con el mismo perfil y funciones que las originales. La única diferencia sería que las cuotas se iban a cubrir con fondos públicos.

---

<sup>14</sup> Instituciones de Salud Previsionales

La reforma de la seguridad social que fue ejecutada antes de la reforma en salud, estableció un precedente como la primera experiencia en Chile con la entrega de beneficios sociales por medio de mecanismos privados. Estableció que las contribuciones obligatorias eran propiedad del empleado, y por lo tanto, como fue el caso en el sistema de seguridad social reformado, el empleado tenía la libertad de escoger la entidad que manejaría sus fondos de salud. La creación de instituciones privadas con fines de lucro diseñadas para manejar fondos de pensión en un Mercado competitivo, estableció un precedente importante para el sistema privado de seguros que se iba crear. Se esperaba que la competencia entre las instituciones resultaría en eficiencia y beneficios para los suscriptores. La reforma de la seguridad social también separó las contribuciones para servicios de salud de los de pensiones y otros beneficios, estableciendo así el precedente para la creación de las ISAPRES.

Entre los factores que contribuyeron a la inclusión de la reforma en salud en la agenda pública, la que sobrepasa es el alto capital político (o apoyo político) en los primeros años de los ochenta que derivaba de un desempeño positivo económico, lo que trajo cierta legitimidad al gobierno en el poder. Esto fue fortalecido por la ratificación de la nueva Constitución, lo que formalizó el uso de poder tal y como fue definido por los militares. La recuperación económica también había traído cierto grado de estabilidad en el presupuesto público, abriendo la posibilidad de experimentación con las políticas públicas.

Por el otro lado y también contribuyendo a la capacidad del régimen de crear cambios en las políticas, el potencial para la movilización política de grupos interesados e importantes y segmentos enteros de la sociedad había sido limitado drásticamente. Dentro del sector salud, tal fue el caso de la Asociación Médica, otras asociaciones de proveedores, y todos los sindicatos, los cuales habían sido limitados severamente en sus actividades, si no detenidos completamente. Finalmente, dentro del Estado mismo, las facciones militares que favorecían un rol ampliado para el Estado en el sector salud, y que habían presentado su caso al *Comité Asesor*, habían perdido su última batalla en contra del cambio porque no pudieron entregar mejores resultados con el Sistema Nacional de Salud (SNS) cuando habían sido los encargados.

Una vez aprobada la ley, la creación y lanzamiento de las ISAPRES dependía principalmente en los cambios de reglamentos. El involucramiento de la burocracia fue mínima, limita a la inscripción de organizaciones nuevas, y en hacer cumplir el mandato de una entidad regulatoria que dio pre-eminencia a mecanismos del mercado para control del nuevo sistema. Esto significó que la implementación de las políticas no dependía de la cooperación burocrática, sino en la respuesta del Mercado a los nuevos actores. Fue del mercado, y no de la resistencia organizada, que surgieron los obstáculos más importantes para la consolidación de la reforma. La crisis económica evolucionante creó dificultades para el arranque de las ISAPRES, y obligó a que el Estado interviniera con apoyo de última hora y cambios en reglamentos para garantizar su sobrevivencia y maduración eventual.

Mientras que el Mercado de las ISAPRES eventualmente expandió más allá de sus metas iniciales y se consolidó en una industria importante, los ejecutores de políticas no pudieron completar la reforma del sistema de salud en su totalidad como habían previsto inicialmente, por medio de la creación de las ISAPRES Populares para grupos de bajos ingresos y privatizando los hospitales públicos. La implementación de esta segunda fase habría resultado en que la población entera estaría bajo el nuevo esquema con muy pocas excepciones, y un sistema de salud nuevo habría sustituido al antiguo.

Los intentos de ejecutores de políticas de completar la reforma por medio de la creación de las ISAPRES Populares y la privatización de los hospitales públicos falló a causa de factores de contenido de las políticas, decisiones de los reformadores sobre las estrategias y el contexto

político en que estos esfuerzos se realizaron. Los reformadores decidieron postergar la implementación de esta segunda fase de la reforma en varias ocasiones. Esta tardanza fue en parte la consecuencia de la baja prioridad dada a la incorporación de grupos de bajos ingresos al nuevo sistema. Dada la resistencia que los reformadores encontraron en el sector salud desde su inicio, se vio claramente que el sistema antiguo de salud pública no sería transformado significativamente y por lo tanto podría acolchonar estos grupos. También, el nivel de complejidad necesitado para crear los mecanismos de cuasi-mercado para las ISAPRES Populares, donde el Estado iba funcionar como la fuente única de financiamiento, presentaron retos que no fueron resueltos en el nivel de detalle que se requería para su implementación. Lo mismo podría ser argumentado para la iniciativa de privatizar los hospitales públicos. Proyectos piloto fueron probados en ambas áreas de políticas y fracasaron. Además, la privatización de hospitales se mantuvo controversial en términos políticos, requiriendo altos niveles de capital político para su implementación.

Los reformadores escogieron la opción de enfocarse en la consolidación de las ISAPRES, como ejemplo no solamente para otros aspectos del sector salud, sino también para la entrega de otros servicios sociales, por ejemplo, experimentos efectuados en el sector educativo. Se había esperado tener mayor eficiencia en la entrega de servicios por el sector privado bajo reglas del mercado, y que esto eventualmente iba a causar un movimiento hacia este mecanismo para la entrega de servicios a todos los segmentos económicos de la población. La implementación exitosa de las ISAPRES fue de por sí, considerada como parte de la estrategia de presentar otras opciones para la entrega de servicios al público. Desde este punto de vista, la complejidad y desempeño no predecible de las ISAPRES Populares se volvió un elemento demasiado riesgoso para continuar. Poco espacio se dejó para experimentación con pruebas y errores.

Cuando la iniciativa de las ISAPRES Populares fue finalmente presentada a niveles decisorios, el contexto político económico había cambiado dramáticamente, comparado con el período inicial de implementación de las ISAPRES. Contrario a lo que fue el caso en los primeros años de los ochenta, la agenda pública de 1988 fue enfocada totalmente en un asunto crucial: un plebiscito sobre el tipo de régimen para la nación de Chile. No solamente había perdido la mayor parte de su capital político, sino que los líderes del régimen y el equipo económico estaban llevando al país hacia cuestiones de largo plazo estructurales, como asegurar que los cambios ya implementados fueran consolidados y sostenidos a pesar de la transición democrática. El equipo tecnocrático se concentró en asegurar que el modelo económico que habían instalado no se cambiara significativamente. Reglamentos a última hora para este fin fueron ratificados para el mercado de las ISAPRES. Las dificultades políticas presentadas en este contexto forzaron la salida de cuestiones como las ISAPRES Populares de la agenda de la reforma. También, miembros del equipo económico habían sido exitosos en recoger apoyo para varias iniciativas de la reforma, ya no estaban en el gobierno en ese momento. Esto limitó severamente la habilidad del equipo económico de promover su agenda política dentro del Estado.

### El Equipo de Cambio y otras Estrategias Políticas

Durante el régimen militar, un grupo pequeño de economistas altamente preparados se unió al gobierno en posiciones altas, con una agenda completa de las reformas dirigidas hacia la transformación tanto del Estado como de la economía, bajo las premisas de una ideología neoliberal. Se puede argumentar que la creación y uso de este equipo por el régimen militar fue una estrategia de por sí. Facilitó la formulación de la reforma, legislación e implementación al margen del regateo político interno y, en forma limitada, externo, entre las facciones militares y

los grupos de interés afectados por los cambios de política. Al llegar, los economistas se constituyeron como un equipo cerrado que compartían la misma ideología y agenda de políticas. El equipo distribuyó los diferentes roles necesarios para perseguir cambios de políticas de acuerdo a la ventaja comparativa de cada miembro—tales como formulación de políticas de largo plazo, el diseño de políticas de corto plazo operacionales y de legislación, regateo político y hasta el reclutamiento de funcionarios públicos. No pusieron mucha atención al expertaje necesario para las reformas en sectores particulares.

Para empoderarse y dar factibilidad política a su agenda de reforma, el equipo implementó una serie de estrategias dirigidas a integrar tanto al equipo como a sus proyectos dentro del Estado. Primero, estableció redes verticales o vínculos cercanos y durables con miembros de alto rango del gobierno que les daría apoyo político y apoyo para sus propuestas en contra de las resistencias persistentes de la mayoría de las facciones de las fuerzas armadas y grupos de interés aliados. Segundo, establecieron redes horizontales con sus contemporáneos y simpatizantes que ocupaban posiciones claves en puntos de veto, o momentos / lugares en donde su agenda de reforma podría estar en riesgo. Estos incluyeron el Comité de Asesoría del presidente, las Comisiones Legislativas, y posiciones claves de alto rango en ministros tales como Planificación y Finanzas. Finalmente, una vez que los miembros del equipo de cambio se habían establecidos en posiciones de alto rango, el equipo empezó a implementar una estrategia de colonización, o un esquema altamente sistemático y coordinado de reclutamiento e inserción de profesionales altamente motivados y capacitados que compartían la misma ideología y misión de lograr cambios radicales.

Aunque las características del contexto de la economía política del régimen militar casi eliminaron la participación social a favor o en contra de los cambios de política, facciones a favor o en contra de reformas dentro del gobierno funcionaron para lograr el apoyo de los pocos grupos que todavía podían ejercer algún grado de influencia, o por lo menos manifestar su apoyo a una posición u otra. Esto se hizo siempre dentro de los límites drásticamente establecidos por el régimen militar. Por lo tanto, el equipo de cambio buscó y construyó vínculos con aquellos grupos en la sociedad que compartían su ideología o podrían beneficiarse de los resultados de la reforma (Ej. Los grupos nuevos de negocios que se beneficiarían de la liberación económica y desregulación), estableciendo redes del Estado-sociedad que les ayudaron a contrarrestar la resistencia a cambios derivados de redes similares que representaban la posición del status quo (Ej. Médicos y la Asociación Médica).

El equipo mantuvo un control estrecho sobre el proceso de la reforma en los diferentes sectores por medio del involucramiento directo de sus miembros de algo rango, al igual que una red informal que atravesaba la burocracia estableciendo líneas de comando informales sobre miembros más jóvenes que fueron enviados para “colonizar” los sectores bajo reforma. Parte de este control se institucionalizó después, por medio de la reubicación de todos las unidades operacionales de alto rango—niveles de subsecretario—bajo la supervisión directa del Ministerio de Finanzas. Miembros del equipo de cambio se movilizaban en la Oficina de Planificación (ODEPLAN) donde las políticas fueron estudiadas, formuladas y dictaminadas. El seguimiento se lograba con la ayuda de miembros del equipo de cambio o “colonizadores” establecidos en los diferentes sectores. Este centro de gravedad se iba mover al Ministerio de Finanzas durante la segunda y última fase de operaciones del equipo de cambio o lo que se podría considerar su “regreso” después de la crisis económica de los primeros años de los ochenta, hasta finalizar el régimen militar.

Durante el proceso de la reforma en salud y la creación de las ISAPRES, el equipo utilizó una serie de estrategias dirigidas a mejorar la factibilidad política de su agenda de políticas. Entre ellas fue la ofuscación deliberada de los cambios de política propuestos para evitar cualquier resistencia en puntos clave de veto, tales como las Comisiones Legislativas. La oposición fue dividida con el uso selectivo de concesiones de políticas afectando intereses individuales y medidas compensatorias para grupos de interés poderosos con el potencial de detener la reforma—tales como las fuerzas armadas.

También, durante el proceso de la reforma, el equipo hizo un esfuerzo sistemático de educar e inculcar individuos decisivos de la elite sobre las premisas de sus cambios propuestos y las ideologías detrás del modelo que se estaba siguiendo. Esta estrategia también estaba dirigida hacia grupos de atención y el público informado<sup>15</sup> en la sociedad por medio de la diseminación de sus ideas y motivaciones vía los medios masivos simpatizantes y círculos comerciales.

Seguendo sus preceptos ideológicos – libertad de elección, decisiones apolíticas, un Estado residual, entre otros – el equipo de cambio creía que era posible aplicar el modelo y las experiencias de la reforma del sistema de pensiones al sector salud. Tuvo éxito, pero solo parcialmente. Aunque la implementación de la primera parte de la reforma de las ISAPRES fue completada exitosamente, la segunda fase, que proponía implementar un sistema de seguros de salud con cobertura universal, fue repentinamente detenido. Varios factores pueden ser considerados, entre otros, el hecho que había restricciones técnicas, fiscales y políticas, porque Chile se encontraba en un período de restricción económica y el capital político del régimen militar se estaba desgastando rápidamente. Pero también, los miembros del equipo de ISAPRE no tenían las habilidades de regateo que los que habían liderado la reforma del sistema de pensiones— sus negociadores habían abandonado el gobierno inmediatamente después de que la legislación inicial de ISAPRE fue ratificada—y sus esfuerzos fueron tardíos.

El equipo falló en sus intentos de eliminar los intereses especiales del sector como habían previsto en su agenda de reforma. A pesar de los cambios institucionales introducidos por el equipo, la Asociación Médica recupera su poder y continúa siendo un actor de mucha influencia hasta el presente. También, en contra de las orientaciones ideológicas, las reformas en salud que se promovían, crean otros intereses especiales que han desarrollado bastante poder con el pasaje del tiempo, incluyendo las clínicas privadas, y notablemente, las ISAPRES mismas. Los dos grupos de interesados lograron detener cambios de políticas y nueva legislación dirigida a la corrección del sistema privado de seguros de salud, con algunos de estos cambios dirigidos hacia poniendo en marcha al sistema en la manera prevista por el equipo de cambio.

Las estrategias utilizadas por el equipo de cambio y la creación del equipo mismo como una estrategia política, influenciarían la formación de políticas en las administraciones subsecuentes en Chile y en otros países de la Región Latinoamericana. El gobierno democrático entra después del régimen militar que utilizó una estrategia similar de continuar la reforma en salud, por medio de la creación de un equipo de cambio de profesionales altamente calificados con atribuciones de poder sobrepasar la mayoría de barreras burocráticas en el sector. Las estrategias utilizadas por el gobierno democrático para ratificar la legislación para ISAPRE fueron similares y diferentes a los usados por los gobiernos anteriores. Eran similares en le

---

<sup>15</sup> Grupos de atención son aquellos grupos en la sociedad con un interés particular sobre una política específica, pero que no están movilizados para lograrlo (que es el caso de grupos de interesados). Un público informado uno que se mantiene informado sobre algún tema siguiendo el avance del proceso, pero lo hacen para una gama otros temas de políticas. Grupos de interesados o facciones del gobierno promoviendo una política dirigirán sus esfuerzos hacia la información y convencimiento de estos grupos no movilizados para fortalecer el apoyo alrededor de la política y así, darle mas peso político. Para mas detalle sobre estos conceptos, vea Rochefort and Cobb (eds.) (1994); and Cobb et al. (1976).

sentido que las iniciativas de políticas para entrar en privatización del sistema fueron formuladas afuera de la burocracia y liderados por un equipo compuesto de funcionarios quienes fueron considerados ajenos al sector. Diferencias incluyeron el *modus operandi* del equipo mismo, *vis a vis* los otros actores interesados, como estaban a favor de la construcción de consenso y concesión, en vez de aislamiento.

La composición del nuevo equipo de cambio reflejaba los grupos inter-partido representados en la coalición gobernante, y por lo tanto su nivel de cohesión ideológica no fue tan fuerte como el equipo anterior. Esto erosionó el poder del equipo de implementar las reformas—aun de su habilidad de poder llegar a un acuerdo de un modelo básico común del sistema de salud. El contexto institucional diferente en el cual operaba el nuevo equipo de cambio también limitaba su potencial de insertarse en el proceso de la formulación de políticas e imponer una agenda en particular. Los intentos del gobierno democrático de mejorar los reglamentos de ISAPRE y avanzar la privatización del sistema de salud no fueron detenidos tajantemente, sino simplemente ignorados y quitados de la agenda pública.

## COLOMBIA

La rapidez y amplitud de la reforma en salud prevista y eventualmente implementada en Colombia sorprendió a la comunidad internacional salubrista. Algunas de sus características, tales como el hecho que fue liderado por un equipo de economistas del Ministerio de Planificación, su énfasis en lograr cambio por medio de regulación, y su tendencia de usar mecanismos del mercado para el manejo de fondos de salud y provisión, hizo inevitable una comparación con la experiencia de Chile. Sin embargo, aunque se puede argumentar que los reformadores utilizaron estrategias similares, la economía política en Colombia empoderó un juego diferente de actores—notablemente legisladores—quienes fueron los primeros en promover un cambio radical y después, de influenciar su forma final. Como será descrito más adelante, y contrario a lo que se podría concluir a primera vista, las primeras etapas de la reforma en salud en Colombia (incorporando el asunto en la agenda pública, legislándolo, e iniciando la implementación) toman menos tiempo que en Chile. Por el otro lado, el contexto más democrático de Colombia deja su huella por haber logrado que el contenido de la reforma fuera más profunda y extensa, apuntando hacia el logro de cambios en una totalidad del sistema.

La reforma ha efectuado una transformación significativa del sector salud, y a pesar de muchas dificultades, ha obtenido logros significativos. Los resultados principales han sido la consolidación de nuevas instituciones dentro de los regímenes contributivos y subsidiados que han contribuido a la expansión de afiliación en la cobertura del seguro social en salud de 20% a 53%. También como resultado de los esfuerzos de reforma, nuevos recursos significativos han sido asignados al sector salud. Estos logros se han manifestado en mejoras en el acceso a servicios de salud, más equidad y eficiencia incrementada dentro del régimen contributivo.

A pesar de los avances en tan corto tiempo, la reforma encontró dificultades serias en lograr sus metas en su totalidad y su consolidación tiene grandes dificultades. Por ejemplo, aunque se ha tenido un incremento en la afiliación, esto no ha sido reflejado con mejoras en el acceso a servicios de salud, particularmente para los pobres. También, afiliación universal para el año 2001 con el mismo paquete básico de servicios (POS) para los regímenes contributivos y subsidiados, no será posible. Algunas de las dificultades son relacionadas a su complejidad, que no se ha podido enfrentar con los niveles de recursos humanos disponibles, y no por la capacidad institucional del país. Este factor es particularmente agudo por las variaciones regionales que involucran este aspecto. Además, como será presentado en detalle, los aspectos políticos de los

cambios de política han jugado un rol importante en promover algunos elementos de la reforma, mientras ha detenido otros.

Se puede decir que los logros importantes de la reforma se efectuaron principalmente con los recursos nuevos y por instituciones nuevas, pero lo que existía antes de la reforma ha sido muy difícil de cambiar. Como resultado, es causa de preocupación que un proceso de segmentación se está dando. Esto está exacerbando las diferencias entre los dos regímenes—contributorios y subsidiados—pero también entre los grupos diferentes de ingreso que están afiliados al sistema contributivo. Diferencias marcadas entre proveedores privados y públicos continúan.

La implementación de la reforma ha logrado muchos de sus objetivos en un período corto de tiempo. Sin embargo, la segunda etapa del proceso en el cual se encuentra la reforma hoy en día será crucial, no solamente para determinar la afiliación general, sino que en consolidarla y hacerla sostenible. Lo que queda por hacer depende de la finalización de poder completar el proceso de transición. Esto necesariamente requiere una transformación de los proveedores antiguos y en la reasignación de recursos en salud en las líneas previstas por la reforma.

### Contexto de la Economía política

El contexto político en que la reforma en salud Colombiana durante los primeros años de los noventa fue formulada, legislada e implementación iniciada, necesita ser examinada alrededor de un evento clave—el proceso de la reforma mayor del Estado y la ratificación de una nueva Constitución. Esta transformación fundamental fue dirigida hacia la redefinición del balance de poder entre las ramas del gobierno, las relaciones entre autoridades centrales y regionales y el rol de los partidos políticos. Y se dirigió hacia inclusión de aquellos grupos sociales que habían sido excluidos de la competencia política institucional formal. La nueva fuerza adquirida por el Congreso a raíz de estas reformas incrementó su nivel de negociación en la formulación de políticas *vis a vis* el poder Ejecutivo. Este nuevo balance de poderes permitió que el Congreso condicionara ciertas iniciativas de políticas tales como la reforma de pensiones; y de imponer otras sobre el poder Ejecutivo, tales como la reforma en salud. Sin embargo, el Ejecutivo siguió siendo el centro de decisión sobre políticas y tener suficiente poder para imponer su agenda en el Congreso.

Colombia es una democracia electoral—de hecho, una de las más antiguas de la Región—con rotación partidaria, pero el proceso de formulación de políticas se mantiene en forma exclusiva y basada en la elite, con partidos jugando roles importantes en elecciones y de compadrazgo, pero no en la formulación de políticas por medio de un Congreso poderoso. De hecho, el Ejecutivo tiene poderes significativos en la formulación de políticas. Aunque toda iniciativa de política tiene que ser sancionada en el Congreso, muchas se mantienen exclusivamente en el dominio del Ejecutivo, quien, para este propósito, utiliza el decreto ejecutivo. Esta situación, aun cuando es modificada por la Asamblea Constituyente Nacional (ANC), ha sido muy importante en la habilidad del Ejecutivo en perseguir cambios en políticas. El Ejecutivo ha desarrollado esta habilidad con la creación, desde los últimos años de los ochenta, de bolsones de eficiencia con diferentes grados de apoyo político, particularmente en las agencias económicas como el Banco Central, el Ministerio de Finanzas y el Departamento Nacional de Planificación. Es en estas instituciones donde pequeños grupos de tecnócratas que tenían el apoyo de niveles decisorios, han jugado roles importantes en la formulación de las reformas, particularmente aquellas relacionadas con asuntos económicos. Sin embargo, durante los primeros años de los noventa, y como una parte importante de una agenda mayor de la reforma del Estado que incluía las esferas económicas y sociales, estos equipos fueron constituidos e inmersos en los sectores sociales tales como salud y pensiones, y de desarrollar propuestas para la reforma de la seguridad social.

Sin embargo, las propuestas de la reforma del Ejecutivo enfrentaron resistencia en varios niveles. El primer problema fue la existencia de facciones dentro del Ejecutivo mismo, que fue el caso para las reformas económicas durante la mayor parte de los ochenta. La misma situación surgió como una reacción a la liberación económica perseguida al inicio de la administración de Gaviria—con resistencia importante derivándose del Ejecutivo, bajo el liderazgo del Ministro de Desarrollo en ese entonces, Ernesto Samper.

Cuando iniciativas de reforma tienen que ser vistas y aprobadas por el Congreso, la interacción entre el Ejecutivo y la entidad legislativa es compleja, a causa del sistema de partidos en Colombia y la composición de las cámaras. El compadrazgo y la competencia regional para obtener recursos son motivaciones importantes en la interacción entre estas dos ramas de poder. El debate en el Congreso es aun más erosionado por el bajo nivel de cohesión de los partidos, lo que impone la necesidad que el Ejecutivo negocie con cada mimbres del Congreso para obtener su voto en una iniciativa. Esta situación también exige una estrategia complicada de manejo de coaliciones partidarias por el Ejecutivo y aquellos funcionarios públicos, a favor de una iniciativa de política en particular.

Fuera del Congreso, existen otros grupos que intervienen en el proceso de desarrollo de políticas tales como asociaciones de productores, sindicatos, institutos privados de investigación, los medios, y grupos particulares que son afectados por decisiones sobre políticas. Aunque todos tienen cierto grado de influencia en ciertas etapas del proceso, son más vulnerables a la agenda del Estado por su falta de representación, la fragmentación en su interacción con los funcionarios públicos, y los mecanismos deficientes para afectar la formulación de políticas.

En el caso de la reforma en salud en los primeros años de los noventa, el contexto económico-político dentro del cual su proceso de políticas se desarrolla, fue determinante. Por un lado, la Asamblea Nacional Constituyente (ANC) fue elegida por voto popular en 1991, con el mandato de reformular la Constitución por primera vez en más de 100 años. Esta agenda de reforma institucional mayor, fue reforzada por una reforma del Estado mayor bajo el liderazgo del Ejecutivo y con el apoyo del Congreso. La reforma de política incluía la apertura de la economía Colombiana a la competencia de mercados mundiales, al igual que la reforma laboral, entre otras. Después de la ANC, las reformas siguieron con la descentralización, la educación, la vivienda y la seguridad social.

La implementación de las reformas de segunda generación—aquellas relacionadas a la esfera social—fue emprendida durante la administración del Presidente Samper. Esta administración toma una posición diferente hacia lo que se ha llamado la estrategia de modernización. Estuvo convencida de la necesidad de una estrategia de consenso alrededor del proceso de formulación de políticas y de atrasar el ritmo de las reformas para poder adecuarlas a las circunstancias particulares del país. También, el espacio para maniobra del Ejecutivo fue restringido por las dificultades políticas enfrentadas tanto a niveles nacionales como internacionales, a causa de escándalos políticos. Esta situación confirió poderes enormes al Congreso y a diferentes grupos como los sindicatos y grupos económicos, que lograron obtener concesiones importantes en salarios y privilegios; pero pudieron afectar el contenido de las políticas. Fue en este contexto político que la implementación de las reformas de segunda generación se inició, sin que la reforma en salud sea una excepción.

## **El Proceso de Formulación de Políticas**

La reforma de la seguridad social Colombiana que incluyó la reforma en salud, fue aprobada por la Ley 100, en 1993. Era una transformación ambiciosa y compleja que se elaboró durante un período de la reforma del Estado. El proceso de definición y aprobación de la reforma tomó tres

años. El Presidente Gaviria, bajo el cual la reforma en salud tomo lugar, ha declarado que es probablemente la transformación social más importante durante la segunda mitad de este siglo.<sup>16</sup> Sin embargo, la reforma en salud no fue parte de su agenda de políticas inicial, el cual se enfocó en la reforma de la seguridad social. En cambio, fue la concesión que tuvo que hacer el Congreso para poder lograr la aprobación de la reforma a las pensiones. Sin embargo, una vez que el Ejecutivo asumió la bandera de la reforma en salud, le dio su apoyo político completo y asignó su liderazgo a Juan Luis Londoño, el Ministro de Salud, y un equipo pequeño, altamente calificado, trabajando con él.

La Ley 100 es una reflexión de una tendencia internacional en el campo de la reforma de la seguridad social, pero el contexto, incluyendo las instituciones formales e informales y los actores principales involucrados, la hizo muy particular a Colombia y sus circunstancias políticas en los primeros años de los noventa. La Ley fue el resultado de un debate donde muchos "puntos de veto" o "nódulos claves de políticas" fueron importantes: la Asamblea Nacional Constituyente (Enero – Junio de 1991); la Comisión de Seguridad Social establecida por la nueva Constitución para definir los puntos básicos de un proyecto de seguridad social (Julio – Diciembre de 1991); la formulación de la reforma (1992); el debate en el Congreso con sus diferentes etapas: comisiones, sesiones plenarias, y el proceso de conciliación (1993); la redacción de la entidad regulatoria de la reforma (Enero – Agosto de 1994); los decretos de transición (1995) y el proceso de implementación.

A causa de la existencia de muchos puntos de veto y la discusión conspicua que la reforma en salud generó alrededor de sus metas y medios, su contenido final fue la combinación de posiciones diferentes, a veces posiciones antagónicas, . Sin embargo, la mayor parte de este proceso de construcción de consenso tomó lugar antes de que llegara la reforma en el Congreso, y requirió la conciliación previa o desarticulación de posiciones dentro del Ejecutivo mismo. La mayoría de los temas en la discusión giraban alrededor de la tensión entre las ideas de solidaridad y eficiencia que los grupos diferentes querían que predominara en el nuevo sistema de seguridad social. El resultado final fue la inclusión de los dos como principios que sostienen la reforma. Este debate fue constante desde la redacción de la nueva Constitución hasta la etapa de implementación de la reforma.

La otra tensión presente durante el proceso entero de la reforma fue los acuerdos sobre los roles de los sectores públicos y privados. La reforma de servicios de salud redefinió la relación entre el Estado, el Mercado y la sociedad. Esto fue reflejado en la combinación de los sistemas públicos y privados que fue finalmente formulado y que se está implementando.

Durante este proceso, un grupo pequeño de funcionarios públicos, que será denominado el equipo de cambio, fue establecido en el Ministerio de Salud bajo el liderazgo del Ministro. Durante la formulación de la reforma, este equipo tuvo que interactuar con otros actores tales como miembros de la Asamblea Nacional Constituyente y la Comisión de la Seguridad Social; los equipos trabajando en el Departamento Nacional de Planificación, el ISS y el Ministerio de Salud; sindicatos; e institutos privados de investigación. Sin embargo, cuando la propuesta fue presentada al Congreso, el Ministerio de Salud tomó el liderazgo y esto continuó hasta la fase de implementación. Durante la fase de implementación, los actores que no tuvieron mucha influencia durante las etapas anteriores porque fueron excluidos del proceso, asumieron un rol central. Esto fue el caso de trabajadores en salud, médicos, instituciones de salud y autoridades territoriales.

---

<sup>16</sup> Hommes et al. (1994).

Otros actores importantes durante el proceso fueron los representantes de las autoridades de salud territoriales, sindicatos, congresistas, asociaciones medicas, expertos en salud, institutos privados de investigación, trabajadores en salud, organizaciones cooperativas, medicina prepagada, compañías productoras y comerciales, compañías farmacéuticas y políticos. Pero los usuarios del sistema, los consumidores, no fueron representados en ninguno de los dos sistemas, el contributivo o el subsidiado.

Finalmente, es importante señalar que al corazón del proceso estaba el equipo de cambio. Un equipo pequeño de funcionarios que, bajo la dirección del Ministerio de Salud y con el apoyo del Presidente, lograron hacer contribuciones importantes al proceso decisorio en la reforma en salud.

### **Equipo de Cambio y otras estrategias políticas**

La creación y empoderamiento de un equipo de cambio encargado de la reforma fue una de las estrategias del gobierno para perseguir un proceso de la reforma en salud en Colombia. Este equipo de cambio pudo lograr resultados por las estrategias particulares utilizadas, pero también porque su trabajo fue parte de una agenda más grande del Estado. Otro factor determinante fue la relación estrecha con el equipo de cambio económico. Aunque la configuración y empoderamiento del equipo de cambio de salud fue una estrategia exitosa durante la etapa de formulación del proceso de la reforma, su utilidad durante la etapa de legislación, y particularmente sus efectos en la etapa de implementación, han tenido resultados mixtos. Entonces, porque la implementación de la reforma está en proceso que no permite hacer conclusiones definitivas, la efectividad general del uso de tal estrategia, sigue siendo un interrogatorio.

La legitimidad del equipo se deriva de su preparación académica y de su trabajo previo en el gobierno. Era un grupo pequeño de funcionarios públicos, la mayoría con orientaciones técnicas, altamente preparados y con antecedentes laborales internacionales. Se veían como apolíticos. Con pocas excepciones, ninguno de ellos tenía aspiraciones de seguir una carrera en el gobierno; en cambio, fueron atraídos por la posibilidad de poder inducir cambios tangibles en las políticas. El expertaje colectivo del equipo no fue solamente en salud o economía, sino que también en los campos de comunicación, leyes y administración pública. Trabajaron en aislamiento de otros grupos dentro y fuera del sector, y el equipo no fue parte de la estructura formal del Ministerio de Salud.

La postura ideológica del equipo era a favor de la modernización; cambiar el rol del Estado en el sector social; promover el rol de sector privado; incrementar la eficiencia y utilizar mecanismos además de los utilizados históricamente en la entrega de servicios sociales, tales como metas y subsidios de la demanda. En la perspectiva del equipo, el sector social era una inversión relevante en el capital humano del país, y en ese sentido, como una condición necesaria para el desarrollo económico.

El equipo no tuvo una base de apoyo político, ni tenían vínculos particulares con grupos específicos, dentro o afuera del Estado. En cambio, su poder se derivaba del apoyo de funcionarios de alto rango en áreas claves del gobierno, tales como la Presidencia, el Ministerio de Finanzas, y el Departamento de Planificación (redes verticales). También, contó con una red que los miembros del equipo habían venido construyendo durante sus carreras profesionales con sus colegas contemporáneos en otras agencias de gobierno (redes horizontales).

Este hecho le dio independencia al equipo de cambio de los grupos de interesados, pero también resaltaba su vulnerabilidad, como su permanencia en el poder y su capacidad de gestión dependía exclusivamente del apoyo de sus redes verticales. Adicionales a sus redes verticales y

horizontales, el equipo desarrolló redes Estado-sociedad con grupos específicos que podrían apoyar su agenda de reforma.

La composición del equipo, las redes, y estrategias cambiaban de acuerdo a la etapa específica en el proceso de la reforma. Durante la etapa de formulación y legislación, tuvo contacto con muchos grupos diferentes involucrados en la reforma. Sin embargo, durante el desarrollo de las regulaciones, se aisló de la influencia de los grupos de interesados. El aislamiento fue en parte por la premura del tiempo, pero también fue una estrategia deliberada dirigida a retener el control sobre la reforma. Aunque esta estrategia permitió que el equipo desarrollara un número importante de decretos y de establecer la base para el desarrollo de los nuevos actores bajo el nuevo sistema en un período de tiempo sumamente corto, se volvió una fuente importante de conflicto en el momento de la implementación.

El equipo trató de institucionalizar los cambios en políticas usando diferentes estrategias. La estrategia legal, la cual fue muy importante, se realizó por medio de la aprobación de la Ley 100 y su paquete regulatorio. Otras estrategias incluyeron cambiar personal clave al igual que la estructura del Ministerio de Salud; establecer redes con personal colaborador ya trabajando dentro del Ministerio, tratando de convencer al grupo que los iba a reemplazar de los beneficios de la reforma; y colocar algunos de los miembros de su equipo dentro del grupo nuevo. Estas estrategias fueron complementadas con la aprobación de préstamos significativos del Banco Mundial y del BID; y con la formulación de una red internacional de expertos reconocidos a favor de la reforma. La sostenibilidad y los beneficios a largo plazo de estas estrategias tendrán que ser evaluados en términos de su implementación, lo cual todavía está en marcha.

El equipo de cambio tomó dos decisiones cruciales durante la reforma, que han tenido resultados mixtos durante el proceso de implementación. Primero, decidió formular una ley con principios generales que después podría desarrollar con más precisión el Ejecutivo, durante la formulación de la entidad regulatoria. 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 han 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. Segundo, decidió darle prioridad al desarrollo de los nuevos actores que iban a operar bajo el nuevo sistema, en vez de concentrarse en la transformación directa de los antiguos existentes, lo cual representó un gran obstáculo político. Haciéndolo así, pensaba el equipo de cambio que los nuevos actores—al igual que la nueva asignación de recursos—estimularía la transformación de los viejos. Sin embargo, los resultados esperados han tomado más tiempo en materializarse, y al momento, el sistema de salud es una colección de nuevos actores en combinación con los antiguos, que operan en formas muy similares a los tiempos antes de la reforma.

## MÉXICO

Tal como fue el caso en Colombia, la administración de Zedillo en México primero enfocó sus procesos de políticas a la reforma de la seguridad social, como parte de su política económica, usando la reforma de las pensiones como el mecanismo para generar ahorros internos generales a largo plazo. También, sus esfuerzos estaban dirigidos hacia evitar la bancarrota inminente del sistema de seguridad social. Este segundo elemento necesitó la reestructuración financiera de la seguridad social que abarcó el componente de salud. Solo fue así, y tímidamente, que la reforma de la provisión de servicios por el sistema de seguridad social se incluyó en la agenda pública, aunque había sido formalmente anunciado como parte del programa de reforma del sector salud.

Mientras en Colombia la iniciativa de la reforma en salud fue promovida y condicionada por el Congreso para ratificar la reforma de las pensiones que el Ejecutivo deseaba, en México la iniciativa de la reforma de salud surgía de una facción de la seguridad social, que también estaba involucrada en la reforma de las pensiones. Este último grupo no encontró suficiente apoyo en el equipo económico y/o con el Presidente. En vez de un proceso de la reforma en salud coherente a largo plazo, lo que se encuentra en México es una serie de intentos positivos de la reforma, acompañado por estrategias reactivas que evitan confrontación con grupos de interés importantes que estaban a favor del *status quo*. Como resultado, la reforma del componente de salud de la seguridad social Mexicana se ha atrasado hasta hace poco. En el último año de la administración de Zedillo ha estado recolectando suficiente apoyo para confrontar la resistencia al cambio.

Lo que hace relevante este caso para el análisis comparativo, además de Chile y Colombia, es el hecho que en todos los aspectos de la reforma de la seguridad social (y la reforma del componente de salud no es una excepción), estrategias similares para su formulación, legislación e implementación fueron utilizadas. Se hicieron intentos para crear equipos de cambio—que tenían miembros ajenos al sector y provenían del grupo tecnócrata del equipo económico—empoderándolos para poder lograr los cambios en políticas.

La reforma del IMSS consistió principalmente en la reestructuración de todas sus ramas de seguros. Un sistema de fondos de pensión fue creado el cual era independiente de otras cuentas del IMSS y administrado por el sector privado. El Instituto tuvo que avanzar su reforma para hacer que las otras sucursales, que previamente habían recibido subsidios de fondos de pensión, fueran autosuficientes y así prevenir el déficit en el futuro. Estos cambios afectaron principalmente el componente de salud de la seguridad social. La reestructuración financiera, acompañado de un incremento significativo en la contribución del gobierno, restauró el equilibrio actuario del IMSS. Simultáneamente, nuevas sucursales de seguros fueron creadas para ofrecer esquemas de seguros de salud voluntario prepagados que eran accesibles a trabajadores del sector informal y para personas en sus propios empleos. Sin embargo, todavía existen barreras de ingreso y de procedimientos, que, con un bajo nivel de difusión, han causado que este mecanismo se vuelva una manera de expansión de cobertura importante para los actualmente no asegurados. Esfuerzos de reformar la provisión de servicios de salud del Instituto han incluido descentralización y desconcentración financiera a los niveles locales, y se están haciendo intentos para establecer la base de separar el financiamiento y la provisión de provisión. Sin embargo, la mayoría de estos nuevos mecanismos están actualmente en fases piloto. La participación del sector privado y la privatización de servicios no han logrado avances significativos, y cambios en estas áreas y no son previstos en el futuro cercano.

## Contexto de la Política Económica

Una característica distintiva del sistema político de México es la concentración y centralización de poder en el Ejecutivo; específicamente, en el Presidente. Una serie de reglas apoyan este rol, y un grupo de reglas informales, lo fortalecen. La Constitución cede al presidente atribuciones formales *vis a vis el* poder Legislativo, tales como la posibilidad de vetar resoluciones del congreso y el derecho de enviar iniciativas al Congreso.

Estas atribuciones son apoyadas por una serie de reglas informales que convierten al Ejecutivo en la fuente más importante de iniciativas legislativas. Entre estas reglas informales esta el hecho que el Presidente es, hasta recientemente, también simultáneamente el líder del partido mayoritario en el Congreso y como tal, tiene la última palabra sobre las carreras políticas de los personajes que pasan por el Congreso, el Ejecutivo y posiciones elegidas en gobiernos estatales y locales. Estos mecanismos informales, presentes por más de medio siglo,

han transferido los procesos decisorios sobre políticas y negociación a escenarios que están fuera del escrutinio público y a espacios de decisión cerrados dentro del partido oficial, y sobre todo, dentro del Ejecutivo mismo.

Sin embargo, los poderes informales del Presidente han sido debilitados como resultado de la apertura democrática. Desde 1997, cuando el PRI perdió su mayoría en la Cámara Baja, el Presidente ha tenido que negociar con los partidos en oposición para que se aprobaran sus iniciativas. También, dado el ambiente político más competitivo, el Ejecutivo ha tenido que intensificar las negociaciones con los miembros de su propio partido, así como la competencia política ha modificado los incentivos de los legisladores y ha hecho más costoso el respaldo de iniciativas de políticas no populares.

Una segunda característica relevante del sistema político Mexicano es el hecho que mientras los antiguos arreglos corporativos han sido debilitados seriamente con consecuencia de los ajustes estructurales durante la última década y media, todavía es un mecanismo efectivo en algunas áreas de influencia del Estado. Esto es el caso en particular en la provisión de servicios públicos que tienen vínculos fuertes con la ideología del partido político oficial: el Partido Revolucionario Institucional (PRI). Tal es el caso con la seguridad social y la provisión de servicios de salud, entre ellos, donde el aparato corporativo todavía condiciona las relaciones entre el Estado y los sectores sociales diferentes. En estos intercambios, los arreglos corporativo entre el Estado y la sociedad descansan sobre un grupo de acuerdos implícitos que gobiernan el acceso al proceso de formulación de políticas y la distribución de bienes y servicios. A cambio de apoyo organizado, los sectores incorporados reciben acceso privilegiado del Estado a bienes y servicios.

El arreglo corporativo entre el Estado y la sociedad ha descansado sobre la inclusión de sectores sociales diferentes. Entre ellos, tres resaltan por su peso económico y su capacidad de movilización política: el gremio comercial, el movimiento sindicalista y la burocracia.<sup>17</sup> El gremio comercial, no parte de la estructura del partido oficial, tampoco moviliza colectivamente en apoyo del sistema. Sin embargo, ha representado tanto una fuente de apoyo para el Estado, como ejercido un veto efectivo sobre políticas que afectan sus intereses. A causa de su rol básico en los procesos productivos y su control de los recursos financieros, la elite comercial ha podido establecer canales directos a oficiales públicos de alto rango. Esto ha permitido que comerciantes tengan influencia sobre la formulación de políticas.

El movimiento sindicalista organizado ha funcionado desde su incorporación al partido oficial a mediados de los años treinta, como la base política organizada más importante para el sistema. Sindicatos oficiales han funcionado como intermediarios en la relación entre el Estado y la fuerza laboral. El estado ha establecido un arreglo de acceso exclusivo a bienes y servicios públicos a cambio de apoyo político en los niveles inferiores de la burocracia del Estado. Los intermediarios en la relación entre el Estado y los trabajadores de servicio civil han sido sus sindicatos. Sin embargo, oficiales de alto y mediano rango no están sindicalizados y utilizan sus propias redes de apoyo, o *camarillas*, para proteger sus carreras políticas.

La crisis de la deuda en los ochenta trajo la consolidación del poder de la tecnocracia, un grupo de tomadores de decisiones, la mayoría de los cuales eran economistas liberales, pero ajenos a la clase política. Habían construido sus carreras profesionales como técnicos altamente calificados en las áreas de gobierno que tenían que ver con gerencia pública de la economía y finanzas. Su empoderamiento, al igual que el impacto de la crisis económica, fueron determinantes en cambiar el modelo económico y la estructura de relaciones entre el Estado y la

---

<sup>17</sup> Campesinos organizados jugaron un rol importante durante el inicio del arreglo corporativo, pero su influencia ha disminuido significativamente y ha llegado a un fin formal con el Artículo 27 de la Constitución sobre la tenencia de tierras durante la administración de Salinas.

sociedad que iban a resultar durante los últimos años de los ochenta y los primeros de los noventa. La magnitud de la crisis económica llevó a los niveles decisorios a cuestionar el modelo económico vigente desde los años cincuenta. El grupo tecnócrata aprovechó esta ventana de oportunidad y su control del poder para poner en marcha un nuevo modelo económico y reestablecer la base de la relación entre el Estado y la sociedad con nuevas reglas.

El grupo de tecnócratas ganó fuerza dentro del gobierno durante los primeros años de los ochenta, y fueron un equipo cohesivo compuesto de individuos con alta capacidad técnica que tenían carreras que habían evolucionado casi exclusivamente en las agencias financiera y económicas del gobierno. A la mayoría de ellos le faltaba experiencia electoral o partidaria. El incremento de influencia del grupo tecnócrata correspondió con una reducción del poder de los políticos tradicionales del PRI y líderes sindicalistas.<sup>18</sup>

El poder de los tecnócratas estuvo en su apogeo durante la administración de Salinas. El gabinete de Salinas fue aun más homogéneo y técnico que el de De la Madrid, su antecesor. Fue una elite cerrada y cohesiva, con sus raíces en los Ministerios de Finanzas y Planificación, que se extendía a otras agencias del gobierno y monopolizaba la formulación de la política. Logró unas transformaciones significativas de la economía en la liberalización del mercado, desregulación, privatización y la firma del acuerdo TLC, entre otros.

Sin embargo, transformaciones similares en las esferas políticas no ocurrieron, porque, irónicamente, los tecnócratas tuvieron que acudir a los actores y partidos políticos antiguos, los cuales habían tratado de debilitar, para consolidar el cambio de políticas en las áreas que ellos consideraban cruciales. Esto fue acompañado con otros factores incluyendo el hecho que las reformas económicas no estaban teniendo efectos sobre ingresos individuales, la crisis política por el asesinato del candidato presidencial del PRI, y una crisis financiera que inició tempranamente en la administración de Zedillo. Todo esto debilitó seriamente el espacio de maniobra del equipo tecnocrático que asumió el círculo cerrado de Salinas.

La administración de Zedillo tuvo que improvisar un plan de contingencia y ratificar la legislación no muy popular para incrementar los impuestos y balancear las finanzas públicas. Con el país recuperándose lentamente de la crisis económica, y la economía Mexicana vulnerable a traumas financieros por su falta de ahorros internos, la administración de Zedillo acudió a la reforma de las pensiones. Éste era un mecanismo de incrementar los ahorros internos a largo plazo y, en el corto y mediano plazo, era una manera de evitar la bancarrota del sistema de seguridad social. El costo político de promover estas dos reformas (reforma fiscal y reforma de las pensiones) era tan alto que el Gobierno se quedó con poco capital político. Por lo tanto, el Presidente Zedillo opta por reducir su agenda de las reformas y dedicarse a la estabilización política y económica del país. Esto explica en parte porque durante cinco años de gobierno, la administración de Zedillo ha sido reactiva y no proactiva a la implementación de cambios en políticas.

La crisis económica y las políticas de ajuste estructural de los años ochenta y noventa pusieron presiones enormes en el sistema político tal como había estado operando durante los últimos sesenta años, y debilitó seriamente su *modus operandi*. La reducción de recursos públicos y el hecho que se habían vuelto menos fungibles, limitó la capacidad del Estado de proveer bienes y servicios públicos en una manera exclusiva a cambio de apoyo político organizado como lo habían tenido bajo los arreglos corporativos. Pero más importante, tuvo el efecto de prevenir que la elite política pueda incorporar el número creciente de grupos sociales nuevamente movilizados que no estaban dentro del pacto corporativo anterior.

---

<sup>18</sup> También significó el desplazamiento de economistas keynesianos de posiciones de alto rango.

De relevancia particular para el proceso de la reforma en salud es el hecho que a pesar de su oposición ideológica a los arreglos corporativos y la disponibilidad limitada de recursos públicos para mantenerlo, la tecnocracia en el poder había sido cuidadosa en no tocar los intereses de los corporativos que no se consideraban cruciales para el desarrollo de la agenda económica. Esto ha sido el caso de los sindicatos de proveedores que organizaron la burocracia y los recursos humanos del sistema de la seguridad social, que han jugado un rol importante en lograr el apoyo político para el gobierno y sus políticas, además de ayuda a mantener la estabilidad política general del país.

Aun así, los vínculos entre el Estado y los sindicatos oficiales han erosionado, y esto ha favorecido el fortalecimiento del sindicalismo independiente. No fue solamente los sindicatos oficiales que no fueron capaces de proteger los intereses de su membresía, pero los sindicatos nuevos, independientes, fuera del control del gobierno y dispuestos a ejercer acción colectiva, también han tenido que luchar. Como resultado, el control del Estado sobre los grupos a quien se iban a afectar los intereses por medio de la reforma de políticas, ha disminuido. Simultáneamente, el poder del liderazgo de los sindicatos también se ha disminuido. Aunque esto puede no haber resultado en un debate más abierto y participativo de las iniciativas de la reforma, definitivamente ha causado que la negociación sea más compleja e impredecible.

### El Proceso de Políticas

Una de las áreas del sector público en que los arreglos corporativos todavía existen, es el sistema de salud en su configuración actual. Servicios de seguridad social, incluyendo acceso a atenciones de salud, eran, y todavía son, una parte central en los beneficios centrales que recibían los sindicatos a cambio de su apoyo político. Aunque se podría argumentar que la cobertura de la seguridad social es cedida por ley a aquellos con empleos formales, al igual que la mayoría del resto de los países de la Región, el uso político de los beneficios de la seguridad social son más evidentes en la incorporación *ad hoc* de grupos particulares que no estaban empleados formalmente, o que son relevantes políticamente para el Estado. Esta práctica se inició en los primeros días del inicio del IMSS, y continúa hasta el presente.

Esto significa que la configuración del sistema de salud todavía refleja los antiguos arreglos corporativos, en la medida que la provisión de servicios son percibidos como un intercambio entre el Estado y la sociedad utilizando criterios además de ciudadanía. A pesar del desmantelamiento de segmentos importantes de este arreglo corporativo y la apertura democrática reciente, la capacidad de muchos grupos de ingresos medianos y bajos de obtener más y mayor servicios de salud pública, todavía dependen de su posición dentro de los estratos sociales y sobre todo, su capacidad de movilización política.

El mediador, el aparato del IMSS, se ha vuelto un grupo de interesados de por sí, y un actor central en cualquier iniciativa de la reforma relacionada con salud. Con un total de empleados que alcanza más de 350,000, la burocracia y su personal representan el sindicato más grande en el país (y en Latinoamérica). El SNTSS está listo para movilizar su membresía a cualquier nivel de los servicios de salud, y en cualquier parte del país a favor de sus intereses, y tiene un contrato colectivo con el paquete más dotado de beneficios del sector. Pero más importante, a través del último medio siglo, ha jugado un rol importante a nivel del partido al igual que a niveles federales, estatales y locales. El SNTSS retiene el derecho de nominar cierto número de posiciones en el Congreso, como parte de las reglas no escritas del sistema político que le da presencia y voto en este escenario. Su capacidad de movilización en masa a nivel nacional en una área sensible de provisión pública de servicios sociales, hace que el aparato del IMSS y su sindicato, un aliado clave en política electoral, y un enemigo formidable cuando sus intereses son afectados.

Los servicios de salud y sociales están enfocados principalmente en los trabajadores industriales urbanos que son miembros de la confederación oficial y otros grupos estratégicos como los trabajadores de petróleo, el ejército, la marina y la burocracia (cada uno con sus servicios de salud y paquete de beneficios sociales), algunos grupos de campesinos y otros. Grupos no movilizadas políticamente trabajando en la economía informal, particularmente aquellos en el sector rural, tienen acceso a servicios de salud pública proporcionados por el Ministerio de Salud y programas de alivio a la pobreza. En zonas remotas, según datos oficiales, existen aproximadamente 4 millones de personas que no tienen acceso a servicios de salud pública.

Como parte de su agenda política, la administración de Salinas trató de reconfigurar la coalición de apoyo del Estado incorporando aquellos grupos que habían sido excluidos tanto de la participación política como del acceso a servicios públicos en el viejo arreglo corporativo. Pero, a pesar de la creación de programas masivos de alivio de la pobreza y desarrollo que obviaron la burocracia tradicional y redes clientelistas, la nueva base política no consolidó a un nivel que remplazara el arreglo antiguo y hacer que fuera políticamente innecesaria.

Como un resultado, la tecnocracia que estaba en poder todavía percibía la necesidad de mantener algunos de los artefactos del antiguo arreglo corporativo, o por lo menos de no confrontarlos simultáneamente, para poder tener suficiente capital político y asegurar la consolidación de su agenda de la reforma económica. Esto explica la decisión del Presidente Salinas de no intentar una reforma del Instituto de Seguridad Social (IMSS), a pesar de que estudios hechos por el equipo tecnocrático de su administración indicaban la necesidad inminente de su transformación.

Al inicio de su administración, y mientras el país estaba en una crisis financiera seria, el Presidente Zedillo decidió lanzar la reforma de las pensiones. Aunque es cierto que Zedillo concentró su agenda política sobre la solución de la crisis financiera de corto plazo y la crisis macroeconómica, él veía las pensiones como una parte integral de este esfuerzo. Por sus impactos en las condiciones macroeconómicas, específicamente en la promoción de ahorros internos, la reforma del sistema de pensiones se volvió una prioridad en la agenda del nuevo gobierno y el costo político a pagar valía la pena.

Entonces, el Presidente Zedillo apoyó la implementación de un proyecto que había sido desarrollado desde los primeros años de los noventa por oficiales en las agencias financieras y económicas del gobierno de la administración anterior. La reforma consistió en sustituir el sistema de pensión con cuotas regulares con un esquema de cuentas individuales de jubilación completamente financiadas. También, como parte de la promoción del Gobierno de políticas fiscales sanas, el Ministerio de Finanzas decidió promover la reorganización financiera de todos los fondos de seguros del sistema de seguridad social. Su objetivo fue garantizar el equilibrio financiero de la agencia a corto y mediano plazo y evitar una bancarrota inminente.

Si fueran presentados solo estos dos componentes, la reforma de las pensiones habrían forzado, como consecuencia, una transformación profunda de la provisión de servicios de salud, porque éstos operan con grandes ineficiencias que antes eran subsidiadas por los otros fondos de la seguridad social. En cambio, como parte de la reestructuración del sistema de la seguridad social, el Gobierno Federal insertó una cantidad significativa de recursos nuevos y lo respaldó con una enmienda legal que aumenta la cuota del Gobierno en la contribución tripartita al IMSS. Esto redujo la presión de cambios a corto plazo. Por lo tanto, se puede argumentar que la reforma del componente de salud de la seguridad social no fue perseguida porque no se percibía como urgente y se veía como políticamente contenciosa.

Todavía, como será presentado a continuación, miembros de los equipos tecnocráticos de cambio *ad hoc* encargados de la reforma de las pensiones y particularmente la Directiva del IMSS, presentó algunos aspectos de la reforma en salud durante todo el proceso de la reforma de las pensiones, pero sus iniciativas fueron sistemáticamente retrasadas. Hasta ahora, cuando la administración de Zedillo está llegando a su año final, es que el componente de la reforma del componente de salud en la seguridad social está ganando ímpetu, y algunos de sus elementos relacionados con la transformación de la provisión de servicios de salud están siendo implementadas en forma piloto.

A pesar de la atención reducida que se le dio a la reforma del componente de salud de la seguridad social por los equipos encargados de la reforma de las pensiones, el gobierno no lo abandonó completamente. Los mismos actores dentro y fuera del Estado discutían las diferentes opciones de política disponibles. Aunque un debate acalorado se desarrolló entre estos actores interesados, su influencia en la formulación de las reformas fue tangencial y las decisiones se mantuvieron en escenario cerrado dentro del Ejecutivo, particularmente entre los grupos de tarea *ad hoc* que fueron organizados por los ministerios medulares.

De acuerdo con los principios ideológicos y programáticos de los tecnócratas, las soluciones planteadas para la reestructuración del sistema de pensiones, al igual que para la reorganización financiera de los fondos de seguros, reflejaba la premisa neoliberal que eficiencia y calidad son generadas por competencia y mecanismos del mercado – o casi mercado. Se discutió la necesidad o potencial de introducir los mismos principios en la provisión de salud por medio de legislación que daba la opción a empleadores de retirarse del sistema para poder contratar servicios de salud para sus empleados. Sin embargo, no se sintió urgente de trabajar en esa dirección, particularmente dada las consecuencias políticas posibles de confrontar la burocracia de la seguridad social y sus sindicatos. Como resultado, los elementos de la enmienda de ley que tuvo que ver con la provisión de servicios de salud, fueron abandonados de la agenda antes de que llegara a su presentación formal en el Congreso.

Durante el proceso de formulación, la toma de decisión tomó lugar a puerta cerrada dentro del Ejecutivo, y los equipos tecnócratas encargados tenían el poder de limitar el acceso y la participación de otros actores interesados, incluyendo la Directiva del IMSS y el sindicato del IMSS. Pero cuando la propuesta al fin se presentó para su ratificación en el Congreso, los jugadores habían cambiado. El equipo tecnocrático utilizó la capacidad de maniobra política de la Directiva del IMSS para lograr la construcción de consenso, y el sindicato también fue consultado. También, el sindicato incrementa su potencial de influenciar la propuesta cuando llegó al Congreso por medio de los congresistas que representaban sus intereses, y otros que para posicionamiento político se unirían al esfuerzo de resistencia.

La propuesta presentada por los grupos *ad hoc* trabajando dentro del Ejecutivo para la reforma de las pensiones, que todavía tenía la propuesta para retirarse de los servicios de salud, era altamente técnica, y le faltaba la dimensión política necesaria para que fuera factible de aprobarse en el Congreso. Entonces la responsabilidad del proyecto se devolvió al Director del IMSS, quien estaba encargado de la construcción del consenso entre los grupos de interesados, necesarios para aprobar la nueva legislación. Entonces, fue su capacidad para maniobrar en el congreso, con la comunidad de comerciantes, el sindicato y otros que le dio al equipo técnico en el Ejecutivo la habilidad de negociar su reforma. Interesantemente, a través del proceso de construcción de consenso y la negociación permanente con el equipo tecnocrático, el Director del IMSS y su equipo pudieron incorporar los criterios políticos en la propuesta para hacerla políticamente factible. Notablemente, fue en esta serie de decisiones que la opción de retiro de servicios de salud fue abandonado de nuevo, porque se consideró que podría poner en peligro las probabilidades de la aprobación de la reforma de las pensiones.

Una vez aprobada en el Congreso la nueva Ley de la Seguridad Social -- y en el proceso haber eliminado cualquier referencia a la reforma de la provisión del componente de servicios de salud de la seguridad social, el proceso de la reforma empezó a regresar al escenario del IMSS. Con esto, los actores relevantes y sus niveles relativos de influencia, cambiaron de nuevo. Aunque la reforma de las pensiones se implementó con rapidez, porque su naturaleza tenía más que ver con la regulación y la creación de nuevos actores fuera del IMSS, la rapidez y amplitud de lo poco que se haría para salud, necesariamente se redujo. Esto fue debido a que aunque algunos grupos dentro de la Directiva del IMSS lo apoyaban, no podían contar con el respaldo de los funcionarios públicos de alto rango en agencias claves cuando enfrentaron la resistencia de la burocracia del IMSS y su sindicato.

El grupo dentro del IMSS que promovía la reforma del componente de salud no tenía el apoyo de las agencias claves del gobierno, tales como los Ministerios de Finanzas y del Interior, entre otras. Esto los forzó a sentarse a negociar con los otros grupos dentro del IMSS, notablemente con el SNTSS, para implementar sus iniciativas de cambio. Adicionalmente, porque la reforma en salud no era una prioridad en la agenda del Ejecutivo, y un conflicto laboral dentro del Instituto fue causa de gran preocupación, el apoyo de la Directiva del IMSS para la iniciativa de la reforma no era totalmente pleno.

Aun después de tener la aprobación de la nueva Ley de la Seguridad Social que creó el nuevo sistema de pensiones, la iniciativa para regular la opción de retiro se quedó en la agenda del Ejecutivo. Solo esta vez, los grupos *ad hoc* estaban enfocándolo desde la perspectiva de la redacción de una nueva ley que llenaría los vacíos de regulación en el mercado emergente de seguros de salud. Desde 1996, un grupo interagencial compuesto de oficiales de la Presidencia, el Ministerio de Finanzas, el Ministerio de Salud, y el IMSS empezaron a trabajar en un proyecto que simultáneamente regularía el reembolso de cuotas en el IMSS y en el mercado emergente de los "HMO." Al final, sin embargo, otra vez las consideraciones políticas de confrontar el aparato del IMSS sobrepasaron los beneficios percibidos por estos funcionarios en perseguir la legislación de la opción de retiro y por eso, lo abandonaron y mantuvieron esfuerzos exclusivamente en la regulación de los "HMO."<sup>19</sup>

En conclusión, el análisis del proceso de la reforma de la seguridad social identifica tres puntos importantes de veto. El punto principal de veto estuvo ubicado dentro del Ejecutivo, durante la formulación, cuando negociaciones entre agencias de gobierno ocurrían. Todos los actores fuera del Ejecutivo, incluyendo el SNTSS, fueron excluidos de este escenario y eliminados de la participación en el proceso de decisión. El punto de veto en el Ejecutivo fue crucial para la reforma de salud, porque fue allí que se decidió que no debería quedar dentro de la agenda de la reforma.

El segundo punto de veto está ubicado en la Cámara Baja durante el proceso de la aprobación de la Ley. En este caso, los representantes del PRI con vínculos directos e indirectos con el SNTSS, vetaron el reembolso de cuotas como una condición de aprobación de la reforma del sistema de pensiones y la reorganización financiera de los fondos de seguros. El sindicato del IMSS se opuso a la modificación del artículo que regula el reembolso de cuotas porque lo percibían como un precedente peligroso para la privatización del Instituto.

Finalmente, el tercer punto de veto está dentro del IMSS durante el período de implementación. En este escenario, el SNTSS constituye el grupo principal de veto. La fuerza del sindicato es suficiente de bloquear las propuestas de la reforma del equipo de cambio, que, sin

---

<sup>19</sup> La nueva ley ha sido aprobada en la cámara baja y está por iniciar la discusión para aprobación en la cámara alta.

apoyo decidido de las facciones más fuertes en el gobierno, tienen que negociar cualquier asunto referente a la implementación del cambio de política. Esto ha afectado la rapidez y la amplitud del proceso de la reforma y hace muy difícil la implementación de una reforma integrada de salud.

### El Equipo de Cambio y otras estrategias políticas

La reforma económica en México fue promovida en los ochenta y los noventa, por un grupo pequeño de tecnócratas que tenían carreras profesionales vinculadas con las agencias financieras y económicas del gobierno. Este equipo tenía ideologías y cohesividad programática. Sus miembros eran altamente preparados y compartían un compromiso, los principios de liberalismo económico y la reforma del Estado.

Sin embargo, dado que las reglas informales de designar el candidato presidencial para la administración entrante hacían que cada miembro fuera un candidato potencial; este consenso en ideología y contenido de política no fue siempre reflejado en la cohesividad del equipo. Por lo menos dos facciones—o *camarillas*—competían para el poder político. Entonces, estas facciones luchaban por el control y desarrollo de los proyectos estratégicos que fueron asignándose por el Presidente o sus asistentes cercanos. Desde sus inicios, el proceso de la reforma de la seguridad social refleja estas dinámicas, con los dos grupos de tecnócratas compitiendo por su control durante la administración de Salinas.

Durante los primeros años de los noventa, un grupo de estos tecnócratas del Ministerio de Finanzas y el Banco Central desarrollaron un proyecto para privatizar el sistema de pensiones. La implementación del Sistema de Ahorros para el Retiro (SAR), sin embargo, no privatiza completamente a las pensiones. Por lo tanto, el mismo equipo, liderado por el Ministro de Finanzas, continuó el trabajo sobre un proyecto que desarrollaría una privatización completa del esquema de pensiones.

Por su composición, al igual que sus premisas ideológicas y sus estrategias programáticas, este equipo podría caracterizarse como un equipo de cambio. Más precisamente, un equipo de cambio de pensiones, su misión y objetivos básicos giraban alrededor de este tema. Sin embargo, este grupo tuvo que abandonar el proyecto a mediados del 1993 por la captura de una *camarilla* rival liderada por la Oficina de la Presidencia. Podría argumentarse que esto permitiría mayor control del contenido de la política y un grado de aislamiento de la política interna alrededor de la campaña próxima de selección de candidatos presidenciales.

Desde mediados de 1993 hasta 1994, esta facción tecnocrática o equipo económico “alternativo” trabajó para desarrollar un proyecto de la reforma del sistema de pensiones a implementarse en la siguiente administración. La estrategia de este equipo para perseguir la reforma de pensiones siguió el mismo patrón que se había utilizado en las reformas de primera generación. Un equipo pequeño de economistas altamente preparados y expertos actuarios, quienes por preparación y carreras laborales, fueron ajenos al IMSS, y fueron puestos en posiciones formales dentro del mismo. Su liderazgo se le asignó a un miembro joven del equipo de cambio económico que también tomó una posición formal dentro del IMSS. La idea era que este grupo se volvería el equipo de cambio de la seguridad social y con apoyo del ministro de Finanzas, perseguirían la reforma de las pensiones—al igual que una reestructuración financiera del IMSS—durante la administración que iniciaba. Pero, la crisis económica que estalló en Diciembre del '94, antes de haber completado cuatro meses de gestión la nueva administración, no solamente forzó una revisión mayor de la agenda de reforma del gobierno en todos los sectores, pero causó la renuncia del recientemente nombrado Ministro de Finanzas. Como resultado, el equipo de cambio en el IMSS y sus líderes quedaron sin su red vertical, en otras

palabras, el apoyo directo de los ministerios medulares. Esto limitó considerablemente el poder y la amplitud de acción, y no podía actuar más como un equipo de cambio.

En un proceso paralelo también dirigido a influenciar la reforma de la seguridad social, tanto en sus pensiones como en el componente de salud, la Directiva del IMSS creó un instituto de investigación—el Centro de Desarrollo de la Seguridad Social (CEDESS)—en 1993. La creación de CEDESS se puede ver como un intento de la Directiva del IMSS de crear un equipo de cambio similar en *modus operandi* a aquellos utilizados por el equipo de cambio económico. La Directiva del Institución lo percibió como una estrategia efectiva para lograr los cambios de política dentro de un contexto de resistencia. También vio como una buena estrategia la de establecer mejores vínculos de cooperación con el equipo económico y de establecer esos vínculos de cooperación que realmente ocurrieron, pero no al grado que se esperaba.

La tarea signada al CEDESS fue de desarrollar una propuesta integrada de la reforma de la seguridad social siguiendo las pautas y terminología utilizadas por el equipo económico. El grupo CEDESS también fue dirigido a que procedieran mas allá de la propuesta del equipo económico e incluir servicios de salud en un intento de hacer que el proyecto fuera “más en familia.” Aun así, desde el inicio, la reforma del componente de salud no se le dio el nivel de prioridad que recibió el sistema de la reforma de las pensiones, o la reorganización financiera de los fondos de seguros del Instituto.

La directiva del IMSS no pudo transformar el CEDESS de un grupo de investigación a un equipo de cambio. Al grupo en CEDESS le faltaban una serie de características que son indispensables en un equipo de cambio; pero más significativo, le faltaban las redes verticales de apoyo con vínculos a los ministerios medulares. El equipo de cambio económico no reconoció el grupo en CEDESS como una extensión de sí mismo, o como un equipo de cambio con autoridad de decidir y negociar el proyecto de la reforma y las estrategias de las políticas.

Mientras tanto, en el Ejecutivo, un grupo interagencial fue designado por el gabinete económico de ajustar y negociar el proyecto de la reforma de las pensiones dentro del Ejecutivo. Como se mencionó antes, la crisis económica de 1994-1995 hizo que la administración entrante de Zedillo incorpore a la reforma de las pensiones como parte de su agenda de política. Entonces, el grupo económico empoderó a este equipo técnico para desarrollar la versión final de la propuesta de la reforma. Aunque la reforma del componente de salud del IMSS fue considerada brevemente por este grupo, fue precisamente este equipo técnico que decidió atrasarlo para asegurar la factibilidad política del esquema de las pensiones, y así asegurar su aprobación en el Congreso.

Este grupo interagencial poseía muchas de las características de un equipo de cambio. Aunque formalmente también sirvió de escenario para la representación de las agencias claves, este no fue el rol principal. La función de representación fue subordinada a la meta concreta de formular y ajustar la agenda de la reforma. Entonces, el equipo trabajó mas como una fuerza de tarea que un espacio para negociación. La razón que este equipo no se puede considerar como un equipo de cambio es que solo le fue asignada la responsabilidad de formular la reforma; no se esperaba que iban a liderar la legislación y su eventual implementación. Tampoco se iba ubicar, como equipo, en el IMSS, la agencia siendo transformada.

Después de la aprobación de la nueva Ley de la Seguridad Social a finales de 1995, la reforma del componente de salud continuó en dos escenarios paralelos. Por un lado, dentro del IMSS, el grupo técnico que había sido asignado a finales de 1993—pero que repentinamente se encontró sin red vertical—continuo trabajando sobre la reorganización financiera del Instituto. Por el otro lado, otro grupo de tarea interagencial a nivel del Ejecutivo se creó, encargado de la tarea de discutir y desarrollar el esquema de reembolso de cuotas para el IMSS, al igual que el esquema

regulatorio del mercado emergente de los “HMO.” Como para el grupo anterior, este grupo fue provisional, solo responsable del desarrollo de un aspecto específico del cambio de política, y no fue ubicado dentro del IMSS para su implementación. Por lo tanto, no puede considerarse como un equipo de cambio, a pesar de que tenía un alto grado de expertaje técnico, tenía cohesividad de ideología y contenido de las políticas, y fue protegido de la presión de grupos de interesados.

Este grupo de tarea interagencial veía la reforma con un problema de regulación. Esto requirió el establecimiento de las reglas y el de crear los nuevos proveedores de salud similares a los HMO. Así evitó la necesidad de reformar las instituciones proveedoras existentes. Dado que este grupo tenía la intención de “inducir” la reforma del sector vía regulación, y no por medio de cambios institucionales de los antiguos proveedores. No enfrentó la necesidad de buscar consenso entre los grupos de burocracia y proveedores del sector. Sin embargo, la regulación de la cláusula de retiro, o el reembolso de cuotas, afectaría directamente los intereses del aparato del IMSS, como por mucho tiempo se ha mantenido que este sería el primer paso en un proceso de desmantelarlo. Entonces, fue este grupo que brevemente trajo la posibilidad de introducir la regulación de retiro, pero luego lo abandonó por ser muy contencioso políticamente y sin beneficios claros en el corto plazo.

El análisis de los grupos involucrados en la reforma de la seguridad social en México durante la administración de Zedillo, lo lleva a uno a concluir que existieron varios intentos de crear un equipo de cambio, como estrategia para lograr la reforma de la seguridad social, por lo menos en sus componentes de pensión y salud. Sin embargo, el contexto político y la serie de eventos que ocurrieron, incluyendo la renuncia del Ministro de finanzas al inicio de la administración de Zedillo, no permitía al equipo de cambio económico crear, empoderar, y ubicar un equipo con este perfil dentro del IMSS. El otro factor que afectó de igual manera la posibilidad de seguir tal estrategia fue la renuencia del equipo de cambio económico de forjar una alianza firme con los operadores políticos in la Directiva del IMSS.

Una vez que la estrategia de un equipo de cambio se descartó, el gobierno creó una serie de grupos de tarea interagenciales que fueron encargados de analizar y redactar propuestas de aspectos particulares de la reforma de las pensiones, y después, de la reforma en salud. Estos grupos compartían muchas características con equipos de cambios, en el sentido de que fueron altamente técnicos, muy cohesivos, y trabajaron en aislamiento de los grupos de intereses y otros grupos burocráticos. Sin embargo, fueron muy diferentes a los equipos de cambio porque solo fueron encargados de la formulación de la reforma, y no se esperaba que dieran liderazgo al proceso de la reforma o de participar en su implementación. Finalmente, fueron organizados en fuerzas de tarea, individuos reunidos para tareas específicas a la cual dedicaban una parte de su tiempo—que no fue necesariamente su máxima prioridad—y disueltos en sus diferentes agencias de donde habían provenido, una vez que la tarea se había finalizado.

Las características tecnocráticas de las tres administraciones anteriores en México, sumado al control presidencial sobre la Legislatura y el poder Judicial, hicieron posible que el Ejecutivo creara este tipo de grupo interagencial y empoderarlos para promover una agenda mas allá de los grupos de proveedores y de los segmentos burocráticos que serían afectados por los cambios. La configuración de estos grupos interagenciales, y el hecho que usaban los operadores políticos dentro del IMSS, fue exitosa en lograr pasaje de los aspectos de la reforma que fueron de interés al gobierno de Zedillo (Ej. , reforma de las pensiones). También lograron avances significativos en legislar las regulaciones para el mercado emergente de HMO, lo cual esta actualmente en discusión en la Cámara Alta.

La participación de grupos de interés y agencias gubernamentales fue restringida y completamente controlada por la Presidencia y los ministerios claves, quienes, independiente del asunto de política, determinaron tanto el grado de participación de las diferentes agencias,

como a la composición de los grupos que fueron asignados a la tarea de la formulación de la reforma. También, a causa de la concentración de poder en el Ejecutivo, y el rol secundario jugado por otros actores, estos grupos interagenciales encontraron bastante espacio para maniobrar, limitados solamente por el interés de su red vertical sobre algún asunto en particular.

Sin embargo, la imposibilidad o renuencia de crear un equipo de cambio que podía operar dentro del IMSS con el respaldo del equipo económico en las agencias claves, redujo la reforma solamente a una nueva legislación sobre la reforma de las pensiones. Desde la perspectiva de la administración de Zedillo, su meta principal fue lograda. Pero desde el punto de vista de la reforma en salud, una oportunidad se perdió de nuevo y solamente ahora, al final de la administración actual, que pasos tímidos se están tomando en esta dirección.

Finalmente, el equipo tecnocrático que fue colocado dentro del IMSS con el respaldo del ministro de finanzas y que tuvo una vida corta como equipo de cambio, no dejó de existir. Continuaron el proceso de la reestructuración del sistema del seguro social, aunque con un paso mas lento y con menos impacto. Mas importante aun, es que su falta de autonomía y poder, lo forzó a implementar una estrategia de construcción de consenso y de negociar todos sus cambios de política con el sindicato y la burocracia. Esto limitó considerablemente la amplitud de acción de esta entidad.

## IV. HALLAZGOS PRINCIPALES

---

El análisis de los tres casos—Chile, Colombia, y México—demuestra que existe un modelo dominante para iniciativas de la reforma en salud en la Región Latinoamericana, con un acuerdo técnico de lo que se tiene que hacer, aunque la discusión continua sobre los instrumentos ideales para su implementación. Un rol fortalecido para el mercado para actividades previamente limitados al dominio del Estado, al igual que detalles del modelo Chileno, están reflejados de una manera u otra en los otros casos. Propuestas de la reforma que surgen de los equipos tecnocráticos que han sido encargados de la formulación de las reformas son extraordinariamente similares en sus enfoques a los roles que debe tomar el Mercado y el Estado, particularmente dado que la experiencia en la provisión de salud en este enfoque ha dado resultados mixtos. Este modelo o visión para el sector es completo en teoría, aunque en la práctica no ha sido desarrollado plenamente en ninguno de los casos.

En el debate de las políticas, inclusive en la lucha política alrededor de la reforma en salud, este modelo a favor del mercado está contra balanceado por un enfoque donde el Estado está al centro, y que también presenta un modelo bastante claro y completo para el sector. El último modelo también evidencia un dominio considerable de los aspectos técnicos y acuerdos entre sus seguidores.

Lo que ha determinado la amplitud del cambio en las iniciativas de la reforma en salud analizados en este estudio, han sido las luchas políticas entre las coaliciones detrás de estos dos grandes modelos. Estas coaliciones están compuestas de actores dentro y fuera del Estado y sus posiciones no sólo son basadas en intereses, sino que se apegan a líneas ideológicas claras con respecto a los roles del Estado y el mercado.

En los tres casos, las cabezas visibles de ambas coaliciones se encuentran en el escenario del Estado, ocupando posiciones en diferentes agencias del mismo. El grupo pro-mercado con su enfoque más conservador tiende a estar en las áreas económicas y financieras, mientras el grupo pro-Estado con visiones más progresivas, tiende a estar en las áreas relacionadas con la provisión de los servicios sociales, tales como salud y seguridad social. La fuente principal del primer grupo fue el apoyo que recibían de funcionarios a los más altos niveles de la jerarquía del gobierno. En cambio, el segundo grupo derivaba su fuerza en su capacidad para la acción colectiva y en su control sobre la provisión actual de los servicios. Los actores más visibles del segundo grupo eran los sindicatos, la burocracia, y—en un contexto democrático—los partidos tradicionales vinculados a ellos. Sin embargo, ambas facciones buscaban apoyo de actores fuera del Estado, creando redes Estado-sociedad y movilizándolos para incrementar su fuerza en el regateo dentro del gobierno. Estas redes Estado-sociedad son compuestas, no solamente de sindicatos y grupos de proveedores como ha sido mencionado, sino también de grupos de negocios, compañías de seguros, y actores internacionales, entre otros, que son utilizados para apoyar la lucha política y el debate dentro del gobierno.

En los tres casos, el tema de salud no apareció en la agenda pública como un asunto separado. Generalmente, era apareado con la reforma de las pensiones en un solo paquete de la reforma de políticas, o por lo menos, su suerte estaba vinculada con lo de las reformas. El hecho que en la mayoría de los casos la reforma en salud ha sido discutida y presentada concurrentemente con pensiones como un solo paquete de políticas ha, en algunos casos, mejorado su factibilidad política, mientras que en otros, esto ha causado que la reforma en salud se detenga y removido a la fuerza de la agenda de política por representar un riesgo potencial para la factibilidad política de la reforma de pensiones.

En el caso de Chile, la reforma en salud aparece en la agenda de políticas como una reflexión de la reforma de pensiones, en que el equipo tecnocrático quería comprobar que el modelo utilizado para pensiones podría ser utilizado para la provisión pública de servicios sociales tales como salud. El caso Colombia es una excepción, porque el Ejecutivo al inicio, descartó la reforma en salud a favor de las pensiones, y después el Congreso forzó que salud regresara a la agenda. Encarando esta situación, el Ejecutivo después retomó la bandera de la reforma en salud y le dio su apoyo político completo. En México, la reforma en salud aparece solamente como parte del paquete de la reforma de las pensiones, pero está como elemento para ser negociado (y fácilmente descartado) a cambio del apoyo político para la iniciativa de la reforma de las pensiones.

Independiente de cómo se incorpora finalmente en la agenda de políticas por los equipos tecnocráticos, el ímpetu renovado dado a la reforma en salud es derivado de la disciplina fiscal del sector público, y no como respuesta a la presión de diferentes actores sobre la necesidad de mejorar la provisión de servicios. Aunque en algunos casos los miembros del equipo de cambio directamente involucrados pueden estar genuinamente preocupados en mejorar la equidad y calidad de los servicios, el apoyo de alto nivel detrás de las reformas en salud que proviene del equipo económico es basado en un interés fiscal. De hecho, en casos como Colombia y Chile, cuando los aspectos progresivos de las reformas como expansión de la cobertura se volvía muy cara, el apoyo político rápidamente se congelaba, si no se recortaba esa acción.

Parece ser, entonces, que si las iniciativas de la reforma en salud están vinculadas a asuntos más amplios y urgentes de cuestiones financieras y económicas, es menos probable que puedan ser reformas completas. En cambio, probablemente solo podrán desarrollar aquellos componentes directamente relacionados con la cuestión más amplia. Los objetivos declarados de Chile generalmente hablan de la necesidad de concentrar los recursos públicos en la población de bajos ingresos, y que aquellos individuos con poder adquisitivo compren sus propios servicios de seguros de salud en el sector privado. La expansión de nuevos esquemas de seguros de salud para aquellas personas que no tenían poder adquisitivo no tuvo apoyo político y por lo tanto, no logró ser implementado. El caso de México es el más dramático, porque el único aspecto de la reforma en salud actualmente desarrollado es la reestructuración de los servicios del seguro social, mientras la provisión de servicios de salud se mantiene sin tocar. Quizás el caso que pudo avanzar más en términos de expansión de la provisión de servicios y la colocación de mecanismos que favorece la equidad, fue Colombia. Pero esto no fue sin resistencias serias del equipo económico, cuando se trataba de asignar nuevos recursos para este fin. La única razón que esta iniciativa no se descarriló fue la intervención del Presidente dando su apoyo a la reforma y así como el del Ministro de Salud.

Finalmente, es claro en los tres casos que el apoyo del equipo económico y/o el del Presidente es una condición necesaria para que las reformas en salud tengan alguna factibilidad política. En otras palabras, mientras la cuestión de salud esta limitada al Ministerio de Salud, las consecuencias políticas y económicas de una reforma en salud son de tal magnitud que los factores determinantes—y los actores determinantes—están mas allá del Ministerio de por sí. Están en el dominio de los ministerios en control de la economía.

En el caso de Chile, el respaldo del equipo económico fue crucial en puntos críticos del proceso de la reforma. Cuando este equipo estaba en condiciones de desorden, no tenían la capacidad de obtener el apoyo necesario para perseguir la segunda fase contemplada en su reforma; es decir, la expansión de las empresas privadas de seguros de salud para la población entera. En el caso de Colombia, la reforma en salud sufrió amenazas serias cuando perdió el apoyo del equipo económico—una situación que solamente se resolvió con la intervención directa del Presidente. Finalmente, en el caso de México, hubo una iniciativa de la reforma de

salud sería que fue promovida por la directiva del IMSS, pero como no logró el apoyo del equipo económico, se descartó al inicio del proceso. Es importante, entonces, de hacer notar que el endoso del equipo económico es de tanta importancia que ni tiene que explicitar su resistencia, porque la simple falta de apoyo declarado es suficiente para descarrilar una iniciativa de la reforma en salud.

## CONTEXTO

Una pregunta constante al hacer el análisis del contexto en el cual un proceso de reforma en salud toma lugar, es el tipo de régimen político en el país bajo estudio. Aunque es importante este aspecto, el estudio encontró que es menos determinante de lo que se pensaba. La evidencia de estos tres casos no apoya el supuesto general que lanzando las reformas en democracias sería un proceso más largo y complejo que en dictaduras. Es suficiente decir que el equipo de cambio en salud en Chile necesitó siete años de lucha para consolidar su reforma. También, la política interna que estaba en juego durante los años de la reforma en salud es muy similar a lo que se encontró en los otros dos procesos, que tomaron lugar en democracias formales.

Los hallazgos apoyan la reciente literatura sobre los niveles de influencia de dictaduras versus democracias sobre la capacidad del Estado de reformar, lo que sugiere que una democracia con un mandato amplio puede ser más fuerte que una dictadura erosionada. Se puede argumentar que el Gobierno Colombiano contó con un mandato fuerte para encaminar cambios profundos en el país, y que esto le sirvió bien a la iniciativa de la reforma en salud. En contraste, el gobierno de México, que históricamente ha dependido de mecanismos autoritarios de un solo partido, fue incapaz de reducir los costos políticos al perseguir una reforma en salud, y por lo tanto, no entró de lleno en hacerlo.

Un elemento que pesa más significativamente en la autonomía del Estado en llevar a cabo cambios de política, es la configuración institucional en los tres países. Esto ha facilitado, en los tres casos, que el Ejecutivo sea el punto de veto más significativo en el proceso de la reforma, independiente del tipo de régimen. Este punto de veto es seguido en importancia por otro que está ubicado dentro de la burocracia involucrada en la etapa de implementación. Pero aun en esta etapa, se puede argumentar que la “fuerza” de la reforma *vis a vis* los grupos pro-*estatus* que es determinada por como le fue en las etapas de formulación y legislación. La lucha política y fricción faccional dentro del gobierno durante la formulación de la reforma previa a la legislación, se ha visto determinante tanto la factibilidad política de la reforma como la definición de su naturaleza. Es aquí que las coaliciones a favor y en contra de las reformas en salud efectuaron sus batallas, acudiendo a sus respectivas fuentes de poder, tanto dentro como afuera del Estado.

La primera explicación posible que resalta es que tanto México como Colombia son democracias electorales, con procesos de decisión basadas en la elite, resultando en la formulación de política en maneras autocráticas, a pesar del funcionamiento formal de los Congresos de ambos países. Esto puede no ser una sorpresa en México, dada su larga historia de un sistema de partido único – hasta hace poco – una mayoría gubernamental en la Legislatura. Pero Colombia, a pesar de elecciones, rotación del poder y una constitución recientemente ratificada dirigido a empoderar al Congreso y facilitar una representación más inclusionaria de los intereses, no presenta un verdadero balance de poderes entre el Ejecutivo y el Congreso.

En los tres casos, la fuerza del Ejecutivo *vis a vis* las otras ramas del poder, notablemente, el Congreso—lo volvió el escenario más importante. Fue aquí que los actores con suficiente poder para influenciar el proceso no solamente vertían sus diferencias, pero negociaban sus posiciones con respecto a la agenda de política. El balance del poder entre facciones del gobierno que

finalmente fue logrado en el Ejecutivo fue entonces reflejado en la Legislatura por medio de canales formales e informales que utilizaba el Ejecutivo para imponer su agenda de políticas. Estando consciente de esto, los actores dentro y afuera del Estado, trataron de lograr acceso y voz en las discusiones que tomaron lugar a puerta cerrada en el Ejecutivo. Solo cuando este enfoque fracasó fue que otras medidas de lograr acceso se buscaron, tales como acercándose a representantes del Congreso y eventualmente, tomando acciones colectivas tales como huelgas y demostraciones.

En el caso de Chile, el hecho que la reforma en salud ocurrió durante un régimen militar, hizo imposible de contar con escenarios mas que el Ejecutivo, como tanto el Congreso como el poder Judicial, estaban intervenidos. Sin embargo, el supuesto general sobre Chile durante el régimen militar fue que el Ejecutivo era un actor monolítico funcionando de manera estrictamente militar que imponía cambios de políticas sobre la población, no tenía fundamento en esta área. Este estudio encontró que aunque no existe duda que grupos de interés en contra del régimen fueron reprimidos severamente, desmantelados y negados de alguna participación en el debate público, no se puede aseverar que las decisiones se tomaban de acuerdo a líneas de comando y control dentro del gobierno, no dejando ningún espacio para la disensión. El estudio encontró fricciones muy dinámicas dentro del régimen militar con diferentes grupos alineados alrededor de las dos visiones opuestas del rol del Estado, a pesar del hecho que todas las facciones apoyaban al régimen militar.

En el caso de las reformas en salud, en contra de la imagen expeditiva alrededor de la experiencia de Chile, le tomo siete años al equipo económico encargado de la reforma, con las luchas burocráticas para dominar la resistencia inicial de los militares y de poner a la reforma en salud en la agenda de políticas. También, en contra de la visión común de este proceso, durante la lucha las dos facciones del gobierno buscaron grupos de interés fuera del Estado (o redes de políticas), que eran simpatizantes al régimen, pero tenían perspectivas diferentes sobre la reforma en salud.

En el otro extremo está el caso de Colombia. Allí, fue el Congreso, aprovechándose de un momento particular de fuerza *vis a vis* el Ejecutivo, a causa del mandato de la nueva Constitución, pudieron introducir a la fuerza el tema de la reforma en salud en la agenda de política del Ejecutivo, y eventualmente ampliar y hacerlo más comprehensivo. Sin embargo, una vez que el Ejecutivo se apropió la reforma en salud, el Congreso perdió control y su rol fue reducido a uno de reacción. La iniciativa de la reforma encontró una oposición fuerte de algunos legisladores que apoyaban al *status quo* y sus grupos de proveedores, y encontraron aliados formidables en legisladores que apoyaron la reforma por razones ideológicas. Sin embargo, cuando el momento decisivo llegó y la reforma estaba en la agenda para votación, el Ejecutivo pudo trabajar a las elites de los dos partidos fuertes para asegurar el número necesario de votos para ratificación. En otras palabras, Colombia es el único que en el Congreso encuentra fortaleza circunstancial para promover una reforma en salud. Sin embargo, una propuesta concreta de política no resulta y el liderazgo de la reforma es eventualmente asumida e impuesta por el Ejecutivo.

Entonces, aun en este caso, las discusiones principales de políticas y la lucha política determinante tomó lugar dentro del Ejecutivo, con el modelo pro-mercado ganando dominancia, una vez que el grupo que apoyaba el modelo pro-Estado fue eliminado. En el caso de México, el proceso de la reforma en salud – iniciando simultáneamente con la reforma de pensiones y solo avanzando cuando esta reforma es consolidada – parece estar siguiendo los patrones de procesos de la reforma en regímenes autoritarios de un solo partido. Aunque la apertura democrática reciente dio lugar a mayor pluralidad en el Congreso, el Ejecutivo se mantuvo como el punto de veto mas fuerte y *de facto* el legislador, todavía contando en la

disciplina del partido del gobierno. Por lo tanto, México es otro caso donde propuestas de políticas más ortodoxas fueron posibles solamente porque los funcionarios públicos a favor del Estado habían perdido control y poder dentro del Ejecutivo; y habían cedido a la tecnocracia que estaba liderando el ajuste estructural.

Otro elemento que hace que el Ejecutivo sea el punto de veto más importante es que en adición a ser el escenario principal de competencia, también juega un rol central como legislador. El caso de Chile es el más visible, por el hecho que los militares se hicieron el poder Legislativo. Los militares construyeron un mecanismo legislativo que reflejaba un cuerpo legislativo en un contexto democrático para asegurar la participación y consenso de todas las ramas militares. Esto facilitó el proceso de la comunicación del liderazgo del régimen de comunicarse con las diferentes posiciones de las facciones militares con respecto a las reformas en la agenda y estructurar la competencia de tal manera que preservara un grado de cohesividad y asegurar una base mínima de apoyo dentro del régimen.

Democracias formales como México y Colombia son casos de presidencias fuertes y legislaturas débiles en que la legislación es elaborada por el Ejecutivo, dando al congreso un rol que es simplemente reactivo. Los arreglos institucionales formales e informales—tales como el control del Presidente sobre su partido, carreras burocráticas que dependen del compadrazgo con el Ejecutivo y no en el desempeño, la falta de incentivos y la capacidad para analizar iniciativas de políticas de manera profesional, mucho menos la capacidad de redactar las propuestas—son factores que combinan para crear un vacío que ha sido llenado por el Ejecutivo, quien entonces, legisla e implementa las políticas.

Se puede aseverar, entonces, que al estudiar los factores principales que afectan el proceso de formular, legislar e implementar las reformas en salud, atención particular tiene que darse a los detalles institucionales formales e informales de cada país. Se puede argumentar que los grupos de interés fuera del gobierno podrían poner presión política sobre el gobierno de modificar regulaciones existentes y/o programas, o llevar a cabo transformaciones significativas en un sector en particular. Pero esta demanda puede no llegar a la agenda del gobierno (particularmente en el caso de democracias electorales que utilizan un proceso de decisión basada en la elite) si un tomador de decisiones o un grupo ubicado a un nivel alto en el gobierno, realmente se apropia de la temática y en respuesta, promueve un cambio de política

Otra etapa en el proceso de la reforma en que el tipo de régimen podría ser de relevancia crucial es en la implementación de la reforma; y está en relación estricta con la manera en que la formulación y la legislación tomaron lugar. Es argumentado que si una reforma alcanza a llegar a su fase de implementación sin el respaldo de un consenso alcanzado durante su formulación, será detenido. Esto significaría que en un régimen democrático, si el consenso se alcanza, la reforma debería tener mayores posibilidades de ser implementada exitosamente, tomando en cuenta que este consenso es más difícil de lograr. Por el otro lado, se dice que un régimen más autoritario implementaría una reforma a pesar de no tener un consenso, dependiendo de su habilidad de imponerlo.

Este estudio encontró dos aspectos que pueden ser relevantes para resolver esta duda. Primero, la provisión de servicios de salud pública como han sido organizado desde la creación de los sistemas nacionales de salud, requiere grandes números de proveedores con salarios del Estado, quienes entonces constituyen una porción relevante de la burocracia del Estado. Si son sindicalizados y movilizadas políticamente, estos actores juegan un rol relevante en la dinámica política de su país, principalmente como una parte esencial de la base de poder que apoya el gobierno y ayuda en mantener estabilidad. En este sentido, regímenes autoritarios no son excepciones de la regla. Los casos en este estudio, particularmente el de Chile, comprueban que

un régimen militar también es dependiente de una base de poder político, y que la burocracia es un actor central en esto. Entonces, se puede concluir de estos casos que la fuerza y voluntad política de alienar u oponer esta porción de la base de poder del gobierno no depende del tipo de régimen, pero más en el nivel de capital político que se tiene al momento de iniciar la gestión de este cambio.

El segundo aspecto es el hecho que escoger los momentos y puntos de confrontación con los actores que se oponen al cambio, por medio de la limitación de su acceso al proceso de la reforma no es una decisión unilateral del equipo de cambio. Tanto en regímenes militares como en democracias, grupos de proveedores que tienen intereses que pueden ser afectados, pueden escoger el momento en el proceso de la reforma en que van a poder ejercer mas presión a favor de sus intereses. El régimen más autoritario, tendrá menos acceso para estos grupos en la formulación y legislación de las reformas, pero en todos los casos, la implementación dependerá de ellos. Entonces, pueden decidir de usar su poder político una vez que el proceso de la reforma los ha alcanzado de nuevo.

En este segundo escenario, el tipo de régimen determinará el grado de influencia en la primera fase de la reforma, pero en ninguno de los casos estudiados, sucedió que el tipo de régimen tuvo una influencia significativa sobre la capacidad del Estado de reducir el poder de veto de la burocracia. En el caso de Chile y Colombia, donde las reformas fueron legisladas con mecanismos *ad hoc*—como en el caso del régimen militar de Chile—cambios visibles solamente han ocurrido en la creación de nuevos actores proveedores (ISAPRE en Chile, EPS en Colombia). En el caso de México, la legislación reciente ha facilitado la creación de actores proveedores similares, aunque la redacción de las leyes secundarias o regulaciones, están todavía trabajándose. Antiguos proveedores con grandes burocracias todavía operan de maneras muy similares a períodos antes de la reforma.

## EL PROCESO DE POLÍTICAS

Como fue planteado en el marco analítico, es posible identificar en un proceso de la reforma las siguientes etapas o fases: la definición del problema, formulación de la reforma, legislación, implementación, cambio institucional y consolidación. Aunque los procesos de la reforma nunca proceden una forma lineal y con un horizonte de tiempo claro, todas estas etapas se pueden identificar, aunque en algunos casos con menos claridad que en otros. Los puntos más relevantes en referencia a la formulación de políticas han sido analizados en la sección anterior en referencia al contexto político en que una reforma se desenvuelve, para enfatizar la importancia del Ejecutivo como el punto de veto principal

Siguiendo las reglas de un régimen democrático, una vez que la formulación se ha completado y el Ejecutivo esta listo con una propuesta de la reforma, el proceso se mueve al escenario legislativo. En el caso de un contexto democrático, la reforma ahora entra a las esferas de políticas partidarias. Sin embargo, como se ha visto, México y Colombia son democracias formales, pero sus mecanismos institucionales no ofrecen la toma de decisiones en maneras que incluyen a los actores relevantes. En otras palabras, el Ejecutivo cuenta con muchos mecanismos, tanto formales como informales, que le permiten ejercer controles significativos sobre las decisiones tomadas por los legisladores.

En el caso de Colombia, el Congreso tuvo bastante influencia sobre el proceso, y al final agregó una serie de alteraciones a la propuesta original de la reforma. Porque la reforma de las pensiones era la prioridad del gobierno, la negociación con el congreso se dejó principalmente

en manos del Ministro de Trabajo, con el equipo de salud apareciendo como funcionarios públicos apolíticos / técnicos. Los reformadores en salud, sin embargo, dieron atención personal a los legisladores interesados de todos los partidos y posiciones, tanto dentro y fuera de las comisiones que revisaron la iniciativa. Este grupo de legisladores representó los dos modelos en competencia, los cuales se describieron previamente, y la reforma fue modificada en varios aspectos claves con su participación. Como resultado, una de las características de la reforma en Colombia, actualmente en implementación, es que el proceso trata de responder a las metas y valores de las dos posiciones opuestas.

¿Porqué decir que el Ejecutivo es el punto de veto principal?

El rol de la rama de gobierno legislativa no se debe subestimar en la transformación de la naturaleza de las reformas, pero el estudio encontró en México y Colombia que el poder presidencial fue irresistible y la cabeza del Ejecutivo utilizó este poder para asegurar los votos para las iniciativas que tenían más prioridad en su agenda. En otras palabras, las reformas en salud no se aprobaron en México no porque no contaban con el apoyo del Ejecutivo, sino que por el hecho que los miembros del Congreso lo resistieron. Se puede argumentar que los actores que oponían la reforma hicieron que el costo político de la implementación fuera demasiado alto para el Ejecutivo, pero también, el centro de gravedad para esta resistencia no estuvo ubicado dentro del Congreso. En el caso de Colombia, el Presidente utilizó su liderazgo para asegurar los votos suficientes de ambos partidos en el poder y de la oposición.

Un análisis de la relación compleja entre el capital político del gobierno y la disciplina partidaria para votar a favor de una iniciativa de la reforma es otra línea para investigación adicional. Por ejemplo, políticos en su carrera profesional, encaran un dilema entre servir como representantes o como funcionarios públicos dentro del aparato del Ejecutivo. El hecho que sus carreras se desarrollarán en los dos escenarios, determina los incentivos para la disciplina partidaria de votar sobre las iniciativas del Ejecutivo. Sin embargo, teniendo una mayoría en el Congreso no garantiza un proceso fácil de legislación. Por lo contrario, el estudio encontró que la oposición jugó un rol importante en Colombia al asegurar la aprobación legislativa en la agenda de políticas del gobierno. En el caso de México, aun con una mayoría legislativa, el gobierno se involucró en uno de los episodios más arduos de negociación con los miembros de su propio partido, por el hecho de que los incentivos de votar a favor de una propuesta del gobierno que afectaba grupos de intereses poderosos, particularmente los sindicatos, no son claros. Se cree que en la medida que la apertura democrática evolucione, este dilema se pondrá más agudo.

Cuando la reforma llega a su etapa de implementación, el escenario relevante deja de ser el Congreso y el centro de gravedad se mueve hacia el Ejecutivo, a razón de que, independientemente del nivel de participación del Mercado en el sector, el Estado sigue siendo el proveedor principal y administrador de servicios de salud. Entonces, con el cambio de escenario, los actores capaces de influenciar el proceso de la reforma también cambian, y más importante, su capacidad de influenciar el proceso varía. Un caso relevante es el de los grupos de proveedores. Se ha enfatizado que los reformadores no tienen capacidad ilimitada de determinar cuando otros actores debían tener acceso al proceso de la reforma, aun si acuden una serie de estrategias dirigidas a aislar el proceso. Como un proceso paralelo, los actores que temen que sus intereses pueden ser afectados negativamente por la reforma, particularmente los grupos de proveedores, escogen el momento en el proceso de la reforma cuando tienen su mayor fuerza.

Esto ayuda a explicar porqué los grupos que resisten el cambio intentan tímidamente de influenciar el proceso de legislación, porque tienen la opción de amenazar acción colectiva una vez la reforma llega a su etapa de implementación. La experiencia en Colombia definitivamente

apunta en esta dirección. Dada la profundidad y tamaño de los cambios de política bajo consideración, es notorio que se tuvieron muy pocas marchas y huelgas de proveedores y burócratas sindicalizados en esos momentos. En cambio, actores que resistían cambio se “reagruparon” después de que la nueva legislación había sido ratificada y no alteraron su *modus operandi* con la rapidez con que se esperaba. Las decisiones estratégicas de estos actores sobre el lugar y el momento de ejercer presión en contra del cambio explican en gran medida la falta de congruencia entre lo que es aprobado en las nuevas leyes de salud, y lo que realmente se implementa en la práctica.

Este hallazgo puede estar en contra de la literatura sobre tomadores de decisiones que hace hincapié en que la negociación política se evita durante la formulación de las reformas, supuestamente por el uso de estrategias de aislamiento del equipo de la reforma, pero que luego reaparece durante la implementación. En otras palabras, ellos argumentan que cuando la construcción de consenso es evitada, la necesidad de este ingrediente reaparecerá más adelante en el proceso de la reforma. Estos casos sugieren la necesidad de una explicación complementaria, en que los actores que se oponen a la reforma no simplemente “reaparecen” durante la implementación cuando se le niega acceso a la etapa anterior, pero en cambio, puede ser que realmente han escogido la opción de actuar de esa manera por ser una estrategia más efectiva. En otras palabras, los actores en contra de la reforma no están necesariamente reaccionando a las estrategias de aislamiento de los encargados de la formulación de la reforma, pero en cambio, están siguiendo su propia estrategia de escoger su momento de máxima fuerza para ejercer su resistencia al cambio de política.

Habiendo dicho esto, se debe enfatizar que en todos los casos, los equipos de cambio, o grupos tecnocráticos como fue el caso en México, tratan explícitamente de aislar el proceso de la reforma de la influencia de otros actores, por medio de control del acceso a los espacios de la toma de decisión. Continúan haciéndolo hasta que las reglas institucionales del juego exigen que se “abra” el proceso. Tal es el caso cuando la reforma tiene que ser ratificada en el Congreso y después, durante la implementación. La experiencia en Colombia es ilustrativa de este punto. El equipo de cambio trabaja sobre la propuesta en una manera aislada, hasta que abrió el proceso para cabildear su aprobación en el Congreso. El proyecto de ley preparado por el equipo, y eventualmente aprobado, le faltó precisión en la mayoría de los puntos, en parte, para acomodar las posiciones diferentes de los actores involucrados. Pero también fue, en parte porque esto abrió espacio para maniobrar durante la redacción de las provisiones regulatorias, que podrían ser desarrolladas en aislamiento, sin presión de grupos de interesados. Hecho así, el equipo se dio la oportunidad “regresar” la reforma a la visión original durante la redacción de las regulaciones. El equipo Chileno también utilizó su mandato para redactar las regulaciones y la enmienda legal fuera del escrutinio de otros actores que querían participar. Inclusive, el paso de crear las ISAPRES fue introducido por el líder del equipo de cambio en un proyecto de ley misceláneo presentado por el Ministerio de Trabajo a las Comisiones Legislativas.

Otro detalle frecuente en el proceso de cambios de política es de tratar los niveles burocráticos medianos y bajos de las instituciones proveedoras como actores separados, independientes de los sindicatos y grupos de proveedores. En el caso de México, donde las relaciones Estado-trabajador están estructuradas por medio de sindicatos oficiales, el estudio encontró que no es relevante tratarlos como actores separados. Aunque los líderes de los sindicatos y asociaciones pueden tener agendas diferentes que su membresía, inclusive la experiencia de la Asociación Médica en Chile durante la reforma en salud es un ejemplo ilustrativo, burocracias medianas y bajas pocas veces son movilizadas o articulan sus demandas como grupo, aparte de sus sindicatos. Por esto, los sindicatos de proveedores frecuentemente

son obstáculos grandes a las reformas y a actores centrales durante sus etapas de implementación. Por lo tanto, investigaciones adicionales se necesitan sobre la naturaleza de los sindicatos de proveedores en el sector social, incluyendo sus estrategias políticas típicas y su influencia sobre la factibilidad política de la reforma en salud. Por ejemplo, no está claro que la falta de disciplina interna y cohesividad de un sindicato o asociación profesional mejora la factibilidad política de la reforma porque se mejora la posibilidad que el reformador pueda imponer el cambio. La experiencia en Colombia demostró que la falta de reconocimiento de los líderes de los grupos de proveedores hizo que acuerdos y consenso sobre la reforma fueran volátiles e impredecibles, así reduciendo las posibilidades de una implementación exitosa. Entonces, la fragmentación de los grupos de proveedores reduce su capacidad de negociación, pero también debilita el potencial de tener una base firme de apoyo cuando consenso es logrado.

Esto no significa que los equipos persiguiendo las reformas en salud no deben, ni han utilizado, la estrategia de “dividir y conquistar” por medio de la distribución selectiva de beneficios y más importante, los costos políticos de los proveedores y otros actores claves que pueden sentir que sus intereses serán afectados por la reforma. Tal fue el caso de Chile, donde los militares fueron exentos de inscripción en los esquemas nuevos de seguros de salud, y su resistencia fue efectivamente desactivada. El rango de sindicatos de proveedores en Colombia dio lugar a estrategias parecidas, como fue el caso del sindicato poderoso de maestros, el cual fue neutralizado dándole seguranzas que la afiliación de su membresía no sería exigida por ley.

Finalmente, aunque las dos coaliciones defendiendo el *status quo* del sistema de salud y que alegaban tener como su meta el beneficio de los usuarios del sistema, el estudio encontró que usuarios infrecuentemente tienen una voz en el proceso de la reforma como tal. Usuarios raras veces tienen la capacidad organizativa de acción colectiva y por lo tanto, no tienen el potencial de ejercer presión sobre entidades decisorias, ni tienen un entendimiento claro de sus derechos a recibir atención en salud. La asimetría de información en el campo de salud hace aún más difícil la determinación de los temas alrededor de los cuales los usuarios podrían organizarse, y poco avance se ha logrado en los tres países de establecer canales institucionales para la participación usuaria.

Los niveles de alfabetismo de Chile y su historia cultural larga previa al *coup d'etat*, han sido citados como una posible explicación de los niveles de la demanda para atención primaria en todo el país durante la dictadura. Sin embargo, el régimen autoritario impidió sistemáticamente la participación social en el Estado y en las reformas económicas, incluyendo salud, con la única excepción siendo aquellos grupos favorables al Régimen.

Las instituciones más democráticas representadas por Colombia y México, sin embargo, no han logrado ir más allá de la representación electoral e incorporar a la población en general, especialmente los pobres, en la política de cambios en áreas específicas como la reforma en salud. Las únicas excepciones a esto son aquellos grupos de beneficiarios organizados alrededor de otros temas que podrían extender su capacidad de acción colectiva para defender sus intereses en el área de salud. La población en general ha sido excluida de la participación política y los grupos de bajos ingresos generalmente no tienen mucha claridad sobre sus derechos básicos como ciudadanos. Por lo tanto, el potencial de movilizar al ciudadano en apoyo de una reforma en salud que pueda resultar en un acceso mayor y mejor a salud, es muy bajo.

En el caso de México, por ejemplo, los usuarios de sistemas de salud pública que pertenecen a grupos de bajos ingresos con bajos niveles de alfabetismo, tienden a mostrar muy bajos niveles de insatisfacción con la calidad y acceso a servicios de salud. Estos resultados se ven a pesar de datos concretos sobre la ausencia de servicios de calidad en las cantidades necesarias. Sin

embargo, también se debe tomar en consideración que el derecho constitucional de acceso a salud solamente fue establecido a mediados de los ochenta en México y en los primeros años de los noventa en Colombia. También es el caso que grupos de proveedores, cuando protegiendo sus intereses, se presentan como los guardianes de los derechos de los beneficiarios a salud, aunque esto generalmente se limita a discurso político – una estrategia ha encontrado una resonancia fuerte en las poblaciones en general, como se ha visto en Colombia. En el caso de México, el sindicato del IMSS trató de forjar una alianza con otros sindicatos utilizando este discurso, pero ha fallado hasta el momento a causa de las rivalidades en el movimiento sindicalista. Sin embargo, su formación dependerá en el contexto final de la iniciativa de la reforma en salud y como afecta a los grupos proveedores al igual que los usuarios que ya cuentan con el sindicalismo para su acción colectiva. Una coalición de este tamaño y naturaleza presentaría un reto político formidable para cambio de políticas.

Cuando se considera la situación de aquellos con acceso limitado a salud actualmente, un hecho importante es que, con excepción a personas con enfermedades crónicas, la necesidad de acceso a salud es sentida individual y esporádicamente, en vez de colectivo y sistemático. Esto es muy diferente al caso de educación y los otros servicios sociales proporcionados por el Estado. Esto reduce aun más el potencial de este grupo de ejercer presión a favor o en contra de una iniciativa de la reforma en salud. El potencial para la acción colectiva es minimizada aun mas por la ausencia de intereses comunes mas allá de la construcción de un hospital o establecimiento de salud cerca del pueblo, la presencia de personal de salud, etc. Faltando también es una definición única del problema de la política de salud y su solución, por la complejidad de la problemática. Entonces, la politización del tema de salud y la movilización de estos segmentos de la población es limitada a demandas a corto plazo, inmediatas relacionadas a episodios específicos y visibles, tales como el cierre de un hospital, la falta de personal o suministros médicos, y la amenaza de una epidemia, entre otros.

## **EQUIPOS DE CAMBIO Y SUS ESTRATEGIAS POLÍTICAS**

¿Cuales son las características utilizadas para definir un equipo de cambio. Mucho se ha dicho sobre la cohesividad del equipo y el grado de aislamiento de los grupos de interesados en su trabajo. Ambos factores son críticos. Pero el estudio encontró que un equipo de cambio solo se puede distinguir de un grupo unido y compuesto de funcionarios públicos cuando sus miembros reciben la responsabilidad y son empoderados para ir más allá de la simple formulación de las reformas. Un equipo de cambio es asignado el liderazgo del proceso de la reforma mas allá de la formulación técnica de una reforma y para hacerlo, se requiere que se mueva de los aspectos puramente técnicos al escenario político. Lo hace por medio de la selección y el seguimiento de estrategias políticas necesarias para asegurar la legislación de la reforma y de poner en marcha los elementos que se esperan traerán el cambio – tales como la reasignación de recursos y nuevos reglamentos. En otras palabras, un equipo de cambio es el que es asignado las responsabilidades de formular políticas, lograr que sean ratificadas e iniciar la implementación de la iniciativa de la reforma. Para lograr esto, el equipo tiene que poder ir mas allá de los aspectos técnicos de la reforma y poder involucrase en la dinámica política del proceso.

Para poder operar efectivamente en este escenario político, el equipo de cambio necesita lo que este estudio denomina las redes “verticales” y “horizontales”. Redes verticales representan el apoyo constante de funcionarios públicos actualmente en el poder (Ej. el Presidente, el Ministro de Finanzas, y el Ministro de planificación). Quizás sorprendentemente, el apoyo del Ministro de Salud se ha demostrado no ser indispensable. Resistencia dentro del sector salud

también es obviada o contrarrestada vía las redes horizontales con colegas simpatizantes en otras agencias o puntos de veto dentro del Estado. Redes horizontales son aquellos que, aunque no pueden dar respaldo político sólido porque generalmente están al mismo nivel jerárquico que el equipo de cambio, si permiten que los equipos puedan presentar sus casos en puntos críticos a otras agencias involucradas. A veces esto aun supera las brechas importantes entre las cabezas de los diferentes sectores. Redes horizontales también facilitan el acceso a información crítica oportuna y disponible en el lugar correcto, y puede también apoyar la iniciativa con estudios que serían delicados si fueran ejecutados en el ministerio que se está reformando.

En el caso de México, una vez que el equipo de cambio se eliminó por la pérdida de su fuente principal de poder y apoyo (red vertical) del Ministerio de Finanzas, el gobierno implementó una serie de grupos interagenciales que fueron creados para formular aspectos particulares de la reforma del seguro social, especialmente la reforma de las pensiones. Cuan efectivos que podrían haber sido, estos grupos no se pueden considerar equipos de cambio como tal, porque sus miembros no abandonaron sus actividades en sus ministerios sedes; tampoco fueron, como equipo, encargados de negociar la reforma en el Congreso o de su implementación una vez aprobada. Queda la duda de los objetivos diferentes de los miembros de estos grupos. Por un lado, existió un elemento de representación interagencial, como cada uno venía de diferentes ministerios; por el otro, fueron asignadas tareas particulares (por la Presidencia, en este caso) y fueron ordenados que trabajaran como una fuerza de tarea cohesiva, dejando aparte la representación de sus ministerios. Otra excepción que confirma la regla es el intento fallido de la Directiva del IMSS en crear un equipo de cambio. En este caso, el equipo de funcionarios altamente capacitados fue encargado de la formulación de una propuesta de la reforma, formaron un grupo bastante cohesivo, y trabajaron en aislamiento dentro del IMSS. Sin embargo, la Directiva del IMSS no pudo darle su red vertical de apoyo de los ministerios medulares—como Finanzas y la Oficina de la Presidencia. Este último nunca adoptó de lleno a este grupo como parte de su estrategia de reformar al seguro social. Como resultado, el grupo trabajó como grupo técnico que produjo estudios técnicos y propuestas que sirvieron de insumos para el grupo interagencial que había sido creado bajo el auspicio de la Oficina de la Presidencia, pero no mucho más.

En todos los casos presentados en este estudio, el respaldo del Ministerio de Finanzas fue una condición necesaria, un *sine qua non*, independiente del respaldo del ministro de Salud o de cualquier otro ministerio involucrado. El capital político del gobierno, al igual que los recursos financieros que puede usar para promover sus reformas, son escasos e inestables. En tal ambiente, un argumento basado en limitantes fiscales que viene del Ministro de Finanzas en contra de una iniciativa de la reforma en salud, tiende a prevalecer ante cualquier otro argumento hecho a favor del cambio de la política en salud. En los mejores de los casos, la oposición de Ministro de Finanzas puede no descarrilar la reforma en su totalidad, pero probablemente la podría limitar su alcance seriamente. La iniciativa de la reforma en salud de Colombia enfrentó su reto más grande cuando el Ministerio de Finanzas planteó estos puntos, y solamente se resolvió con la intervención directa del Presidente. Por el otro lado, el respaldo del Ministerio de Finanzas con otros ministerios claves, ha sido suficiente para ratificar una reforma, aun sin el respaldo de las autoridades del Ministerio de Salud. Tal fue el caso en Chile.

Pero redes verticales pueden ser insuficientes si el equipo de cambio no es capaz de construir redes horizontales a través de los sectores y puntos de veto que facilitarían el proceso de la reforma, sin la necesidad constante de respaldo explícita de los niveles altos. Similarmente, si el equipo de cambio no puede construir las redes horizontales dentro del ministerio mismo y/o sustituir extensamente al personal en la burocracia, puede que encuentre sus esfuerzos detenidos o retrasados al no mas terminar su gestión, a pesar de haber tenido respaldo de altos

niveles mientras trabajaba en el Ministerio. En resumen, el equipo de cambio necesitará redes verticales par ganar batallas grandes y determinantes, pero también necesita una red horizontal diversa y amplia para pelear las batallas cotidianas. Los dos niveles necesitan resolverse si la reforma es de lograrse. Más investigación se necesita para relacionar el contexto político a la pre-eminencia de redes verticales sobre las horizontales. Por ejemplo, se puede aseverar que redes verticales son más importantes en regímenes autoritarios, pero tienden a perder significancia frente a redes horizontales, en la medida que el sistema político es más democrático y por lo tanto presentar números de puntos de veto más grandes y más complejos.

En Chile, el equipo de cambio operando en el Ministerio de Salud contaba con el apoyo directo del Ministro de Finanzas y el Departamento de Planificación (ODEPLAN). Estos dos ministerios sistemáticamente utilizaron una estrategia de “colonización” en que enviaban miembros de sus equipos para trabajar formal y permanentemente en los otros ministerios donde querían efectuar reformas extensas. Los miembros del equipo de cambio nunca faltaban de tener una línea cercana de apoyo—y comando—que fue en muchas ocasiones mas fuerte que la relación con la estructura formal de los ministerios de donde fueron nombrados. Reuniones informales se tenían semanalmente en los cuales este grupo de tecnócratas discutía las políticas y la agenda publica. En estos foros, el equipo de cambio presentaba su caso, gestionaba recursos, comando / obtener estudios técnicos, y consolidar apoyo para sus iniciativas, obviando la resistencia de tomadores de decisiones de alto rango en sus propios ministerios. El grupo operaba como un partido horizontal dentro del gobierno, que tenia su propia identidad y agenda de la reforma, sus redes de apoyo y una posición clara ideológica que iba en contra de la mayoría de los miembros del gobierno militar en el cual estaban inmersos. Finalmente, también establecieron redes de políticas y así lograron obtener apoyo de grupos fuera del Estado que, aunque simpatizantes al régimen, estaban tratando de lograr una economía abierta con un rol significativo para el mercado.

Entonces, el cuadro que salió de este estudio es bastante más complejo que el argumento convencional que las reformas en Chile fueron simplemente impuestas por el aparato militar en el poder. Aunque no se puede negar que poco se podría lograr sin la aprobación de la Junta Militar, y así, tanto el equipo de cambio económico como el equipo de salud lograron sus metas porque recibieron últimamente el apoyo de la Junta. Los tecnócratas, organizados en equipos de cambio, efectuaron luchas burocráticas serias con el establecimiento militar quienes veían sus propuestas con sospecha y resentimientos profundos.

Interesantemente, cuando finalizó el régimen militar, el primer gobierno democrático elegido utilizó la misma estrategia política para lograr cambios en las políticas en el sector salud. Es decir, crearon y empoderaron un equipo de cambio para perseguir la reforma en salud. Sin embargo, esta estrategia falló completamente. Este equipo de cambio fue creado con el apoyo y recursos de agencias multilaterales, pero la naturaleza y lógica detrás del reclutamiento de sus miembros fue totalmente diferente del equipo anterior. Obedeciendo las circunstancias y presiones del nuevo contexto político, la cohesividad y visión en común, fueron sacrificadas por el deseo de meticulosamente representar a todos los partidos políticos que estaban en la coalición gobernante. Como resultado, el terreno común de trabajo para la elaboración de propuestas de políticas y resolver diferencias técnicas, estaba ausente. También, por las mismas razones, el equipo de cambio recién constituido no disponía de redes verticales claras, derivadas de los ministerios claves, que podría haber asegurado un nivel mínimo de apoyo político *vis a vis* otros grupos de interesados en el sector que se oponía al cambio. El equipo de cambio no pudo ejercer autoridad dentro del sector que se había asignado a reformar, y fue generalmente ignorado. El grupo luego llegó a entrar en parálisis y silenciosamente, fue desmantelado después de dos años de no poder producir resultados.

¿Significa esto que la estrategia de un equipo de cambio solo es factible dentro de un régimen autoritario? De los casos analizados en este estudio, Colombia presenta el contexto político más democrático, en el sentido de rotación partidario. También, el periodo en que se inicio la reforma en salud resalta como un momento en la historia Colombiana en el cual el Congreso alcanzó un máximo de influencia, y así logrando traer al debate sobre la política a una serie de voces muy pocas veces escuchadas en el pasado. Sin embargo, es en este contexto que el estudio encontró el otro caso exitoso en el uso de equipos de cambio como estrategia. Aceptando el hecho que la democracia formal de Colombia se mantiene, a pesar de su reforma, una basada en elites, se puede declarar que tiene poca similitud al régimen militar de Chile. Sus instituciones y su cultura política son más cercanas a un régimen democrático, que a un régimen autoritario. Como resultado, el equipo de cambio que fue creado y asignado la responsabilidad de perseguir las reformas en salud, pudo aprovechar de la fortaleza del Ejecutivo, que pudo aislarlo de la presión de grupos de interesados. Pero también tuvo que confrontarse con un Congreso que estaba dispuesto a usar su poder de veto. Entonces, uno encuentra un equipo de cambio con todas las características que se han mencionado—cohesividad ideológica, altas destrezas técnicas, trabajo en aislamiento, y el uso de redes verticales y horizontales—utilizándolos para su maniobra política en un contexto más democrático.

Las estrategias utilizadas por el equipo de cambio en Colombia, al igual que los resultados que pudieron obtener, no serían posibles sin el apoyo directo del Presidente. Como en los otros dos estudios de caso, grupos de proveedores y otros de interesados que estaban a favor del *status quo*—notablemente la burocracia y los médicos—resistieron el cambio. Pero lo que hace único a este caso es que el equipo de cambio en Colombia tuvo que encarar, aunque solo momentáneamente, la resistencia de su red vertical, el Ministerio de Finanzas. A cierto punto, el Ministerio planteó dudas sobre la sostenibilidad fiscal de la reforma y su impacto sobre la factibilidad política de la reforma de las pensiones. Este cuestionamiento formidable fue resuelto solamente—y bajo las circunstancias, solamente así se pudiera haber resuelto—por el apoyo directo del Presidente, la red vertical de máxima jerarquía.

Las características del equipo mismo y de sus miembros son también cruciales. Sus antecedentes, conocimientos, y experiencia previa en la formulación de políticas, determina el contenido de sus propuestas de reforma, al igual que las estrategias que seleccionan, y últimamente, sus habilidades de maniobrar. Por ejemplo, en los tres casos, miembros del equipo de cambio tenían experiencia en las reformas de primera generación. Estas reformas fueron en la esfera económica y habían sido orientadas a cambios en regulación. Este fue el caso del líder del equipo de cambio en México, quien fue expresamente nombrado porque tenía experiencia en la desregulación. Entonces, tenían la tendencia de construir tanto el contenido de las reformas en salud como sus estrategias políticas para perseguirlas, con los patrones y supuestos que habían utilizado previamente. Es decir, tuvieron la tendencia de basar el contenido de la reforma en salud en reglas y reglamentos y reasignaciones de presupuesto, y evitaban áreas en donde se necesitaba cooperación de grupos de proveedores. Esto ocurrió a pesar del hecho que esta cooperación—sea por consenso o por confrontación—es indispensable para la implementación de las reformas de segunda generación tales como salud, a causa de que el Estado, por medio de su burocracia y los grupos de proveedores, sigue siendo el proveedor más importante de los servicios de salud.

Considerando las estrategias utilizadas por estos equipos de cambio, se puede ver la influencia de sus experiencias previas en la creación de estrategias políticas exitosas involucrando cambios estructurales profundos. Estrategias tales como utilizando contenidos altamente técnicos para limitar la participación de otros actores, el elemento de sorpresa, la redacción de leyes y reglamentos afuera del escrutinio del público y la participación selectiva de

otros grupos en la sociedad con intereses particulares en el sector bajo reforma, todos fueron utilizados efectivamente durante las reformas de primera generación. Hubo una premisa general que estas estrategias podrían ser replicadas con el mismo efecto en la persecución de las reformas de segunda generación.

En los tres casos, el hecho que la esfera social presentó retos completamente diferentes en que el Estado tenía que cambiar su *modus operandi* como el proveedor principal si reforma podría lograrse, parece no haber sido percibido como relevante en los ojos de los equipos de cambios en los países analizados por este estudio. Los tres equipos de cambio compartieron el mismo supuesto que cualquier cambio que no fue logrado en el corto plazo por medio de confrontación de los intereses mayores en el sector, podrían lograrse en él término medio como resultado de las fuerzas del mercado puestas en marcha por las reformas. En los dos casos que iniciaron implementación de las reformas—Chile y Colombia—esto no fue el caso; a cambio, resultó en limitaciones severas en la amplitud de los cambios.

Será que el uso de equipos de cambio como estrategia el resultado de influencia nacional, o se ha tenido influencia significativa de los organismos multilaterales? Existen indicaciones que esto ha sucedido en otros países no estudiados aquí. Sin embargo, existe poca evidencia de esto en los países bajo análisis en este estudio. El caso del equipo de cambio económico de Chile bajo el régimen de Pinochet ha sido el objeto de estudio de una variedad de trabajos enfocando a los tecnócratas Chilenos, conocidos como los “Niños de Chicago”. Este estudio pudo confirmar que un equipo de cambio con características similares fue utilizado en la persecución de la reforma en Chile también. Aunque conocían el caso, no es claro que los reformadores de salud en Colombia utilizaron las mismas estrategias como resultado directo de la experiencia de Chile.

Los precedentes para la creación y uso de un equipo de cambio similar en Colombia, puede verse en un proceso largo de la profesionalización de segmentos claves de su burocracia, creando nodulos de eficiencia que empezaron en los años sesenta y tenían su eje principal el Departamento de Planificación. Como resultado, los ochenta fueron testimonio del surgimiento de una tecnocracia como grupo distintivo que alcanzo niveles de poder—un fenómeno que compartido por los tres países. La estrategia de equipos de cambio fue utilizada primero para realizar cambios económicos y de la reforma del Estado, y después para producir cambios en la esfera social. Esto fue el caso en los tres países, independiente de sus contextos y regímenes diversos. México también presenta un proceso importante de modernización y profesionalización selectivo del Estado, que resulto en ascensos al poder de funcionarios tecnocráticos. Este grupo comparte la ideología y el enfoque de políticas de los grupos tecnocráticos en Chile y Colombia, pero no se puede concluir que el uso de equipos de cambio fue en respuesta a las experiencias en estos dos países.

## V. COMENTARIOS FINALES: ACTORES ANTIGUOS VERSUS ACTORES NUEVOS—PONIENDO EL DESEMPEÑO DE LOS EQUIPOS DE CAMBIO EN PERSPECTIVA.

---

La reforma en salud en Chile fue legislada en 1981; entonces, está por completar su segunda década. Se puede argumentar que se ha tenido suficiente tiempo para poder valorar la configuración actual del sistema de salud y compararlo con lo que se había previsto por el equipo de cambio hace veinte años. Colombia legisló su cambio en 1993, y está actualmente en su séptimo año. Este periodo corto de tiempo limita las posibilidades de hacer valoraciones objetivas de la consolidación del nuevo sistema de salud. El intento de México se inició en 1995, cuando la nueva Ley del Seguro social fue ratificada. Es hasta hace poco que nuevos intentos se están haciendo en la reforma de salud, pero no existe tiempo para cambios significativos durante la administración actual. Este fracaso inicial debe ponerse en perspectiva, considerando que la reforma en Chile tomó siete años para alcanzar la etapa de legislación y después, la implementación. Entonces, la fortaleza analítica del estudio se reduce por el hecho que, con la excepción de Chile, no ha pasado suficiente tiempo para poder evaluar el desempeño de las tres iniciativas. Sin embargo, todas las tres iniciativas presentan tendencias similares que se deben analizar en el momento de poner en la mira el desempeño de los equipos de cambio.

¿Son efectivos los equipos de cambio en lograr las reformas en salud? En el caso de Chile y Colombia, los equipos de cambio lograron formular las reformas y pasarlas por legislación, o su proceso equivalente en el régimen militar de Chile. Sus efectividades en estas dos etapas de un proceso de reforma fueron suficientes en el caso de reformas económicas, como se ha dicho, cambiando las reglas y los incentivos con nueva legislación y asignación de recursos, fue suficiente para cambiar los roles y actividades de los actores económicos, incluyendo el Estado mismo. Elementos principales de la reforma económica, tales como desregulación o reducir aranceles, no requirió cambios significativos en el *modus operandi* de grandes segmentos de la burocracia. Si se tuvieron algunos cambios aunque mínimos, fueron que algunos segmentos burocráticos se volvieron redundantes y en algunos casos, fueron despachados. Pero lo que hace que la reforma en salud sea una reforma de segunda generación por definición, es que, en la medida que el Estado se mantiene como el proveedor principal, la reforma en salud requiere la transformación del *modus operandi* de grandes segmentos de empleados del gobierno—tanto proveedores de salud como burócratas—para poder lograr una transformación significativa del sistema de servicios de salud.

Se puede argumentar que las reformas en salud involucran otro aspecto relacionado al cambio de las reglas del juego. Por un lado, crea nuevos actores por medio del pasaje de nuevas leyes y regulación y cambios en la asignación de recursos; por el otro lado, requiere una transformación profunda de los actores viejos; es decir, las agencias de gobierno encargadas de proveer servicios de salud para la mayoría de la población antes de la iniciativa de la reforma. Entonces, una reforma sería completa hasta que logra crear los nuevos actores y de transformar a los antiguos, tal como fue previsto en las propuestas de Chile y Colombia. Experiencias en las reformas en salud demuestran que cuando los actores antiguos no se transforman, pueden volverse obstáculos serios para la consolidación de los actores nuevos y para el avance general de la reforma del sistema en su totalidad.

Los actores involucrados en las dinámicas políticas alrededor de estos dos aspectos estrechamente relacionados dentro de una reforma en salud, son muy diferentes. Asimismo, los costos y beneficios políticos en confrontarlos son diferentes. Entonces, los equipos de cambio

han tenido que tomar decisiones con respecto a cuales aspectos se deben desarrollar primero, a que velocidad, y el grado de "dependencia" entre los dos procesos. En los casos que llegaron sus etapas de implementación (Chile y Colombia), la transformación de los actores antiguos se dejó para otra etapa o fue detenido por intereses del segmento pro- *status quo*. También se puede argumentar que los equipos de cambio atrasaron la transformación de los actores antiguos, como una estrategia para asegurar la factibilidad de la mayor parte de sus reformas, el que fue la creación de nuevos actores y la introducción de fuerzas del mercado en el sistema. Como dicho anteriormente, una de las suposiciones detrás de esta estrategia fue que las fuerzas del Mercado inducirían el cambio que estaba evitando el Estado. En otras palabras, tanto en Chile como Colombia, equipos de cambio tomaron esta decisión sobre la base de la suposición que los actores nuevos y las nuevas reglas del juego para el sector eventualmente iban a forzar que los actores cambiaran, sin necesidad de tener una confrontación directa.

También, es posible que esta decisión no fue hecha del todo por los equipos de cambio. Como explicado en los estudios de casos, la decisión podría haberse forzado por sus redes verticales, quienes no estaban en posición de o estaban renuentes de dar su respaldo político para la confrontación de grupos viejos de proveedores tales como la burocracia y los sindicatos. Esta explicación tiene sus raíces en las percepciones de los funcionarios de alto rango en el Estado sobre el capital político limitado; Ej., el apoyo político y la necesidad de preservar una base política para perseguir iniciativas de políticas, además de salud.

En todo caso, esto no solamente ha resultado en procesos incompletos de la reforma en salud, pero ha creado obstáculos mayores para la consolidación de las reformas en salud en su totalidad. De importancia particular, ha puesto en peligro serio la posibilidad de obtener un solo sistema universal con una pluralidad de proveedores. Tanto las iniciativas de reforma en Chile, como en Colombia, previeron la creación (y consolidación) de un solo sistema de salud cubriendo la población entera, excepción de los más pobres. Por lo tanto, en Chile, el equipo de cambio consistió en una primera fase que las ISAPRES fueron creadas, seguidas por una segunda fase en que las ISAPRES *populares* se iban a lanzar, al igual que la privatización de hospitales públicos. Como resultado, un sistema universal se iba crear con un componente subsidiado para aquellos grupos sin poder adquisitivo, y un mercado regular de seguros de salud para la mayoría de la población. Serios intentos se hicieron para implementar esta segunda fase, pero generaron resultados mixtos, y el equipo de cambio no pudo ganar el apoyo político para proceder con la finalización de su iniciativa de la reforma. Como resultado, hoy en día ISAPRE cubre aproximadamente 26% de la población y el resto todavía acuden a los proveedores antiguos que operan sin suficiente financiamiento.

Colombia introdujo el "segundo segmento" de la reforma desde el inicio: la creación del régimen subsidiado y el ESS, como un eslabón hacia un sistema unificado de salud con múltiples proveedores y subsidios de la demanda para los más pobres. La expansión de cobertura de servicios de salud por medio de nuevos mecanismos y actores establecidos por la reforma, es, por cualquier criterio, extraordinaria. La cobertura del seguro social se fue de 20.6% en 1991 a 53.0% en 1997. Pero la falta en transformar el Instituto del Seguro social (ISS), una operación muy ineficiente, dado su estatus como el proveedor más grande con 62% del total de suscriptores en el nuevo sistema EPS, es bastante serio. Esto tiene el potencial de crear serios desequilibrios financieros en el nuevo sistema y está poniendo en peligro su eventual consolidación.

Entonces, se puede concluir que aunque el uso de equipos de cambio ha comprobado su eficacia en inducir cambios de política por medio de regulación y reasignación de recursos, no se pudo lograr la reestructuración de las instituciones proveedoras publicas. Esto definitivamente limita la amplitud de las reformas del sector salud. Para lograr la transformación de estos actores antiguos, grupos de interesados que normalmente son excluidos de los procesos de la reforma,

notablemente grupos de proveedores, deben tomarse en consideración, vía la construcción de consenso o confrontación. Hasta ahora, dado su naturaleza y posición, los equipos de cambio parecen tener limitaciones serias en el sentido que no han podido o no deseaban efectuar, cualquiera de estas medidas. Más exploración se necesita referente a la utilidad de equipos de cambio en transformar los actores proveedores existentes, y así poder contribuir a la factibilidad política de las reformas en salud más completas.

## BIBLIOGRAFÍA

---

- Alessina Alberto Drazen A. "Why are stabilizations Delayed?" *National Bureau of Economic Research*, Working Paper No. 3053, 1989.
- Alt, James and Shepsle, Kenneth *Perspectives on Positive Political Economy*. Cambridge University Press, Cambridge, 1990.
- Ashford, Douglas E. *"The Emergence of the Welfare states"*, Basil Blackwell Ltd., Oxford, 1986
- Aspe, Pedro and Javier Beristain "Distribution of Education and Health Services" *Salud Publica de México*, No. 31, 1989, pp. 240-284.
- Bates, Robert H. "Governments and Agricultural Markets in Africa" in Bates, Robert H. (ed) *Toward a Economía política of Development: A Rational Choice Perspective*. University of California Press Berkeley, California, 1988
- Berger, Suzanne *"Organizing Interests in Western Europe: Pluralism, Corporatism, and the Transformation of Politics."* Cambridge University Press, Cambridge, 1981
- Berman, Peter A. "Health Sector Reform: Making Health Development Sustainable" in Berman, P. (ed) *"Health Sector Reform in Developing Countries."* Harvard University Press, Boston, 1995.
- Berman, Peter. "Health System Reform in Developing Countries." *Health Policy*, Vol. 32, 1995, pp. 1-32.
- Blendon, Robert, Mollyan, Brodie and John Benson. "What Happened to American's Support for the Clinton Health Plan." *Health Affairs*, Vol. 14, No. 2, Summer 1995, pp. 7-23.
- Blumenthal, David. "Health Policy on the High wire: Thirteen Days with a Presidential Campaign." *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 17, No. 2, Summer 1992.
- Boron, Atilio. *"State Capitalism, and Democracy in Latin America."* Lynne Rienner Publishers Inc., Colorado, 1995.
- Bossert, Thomas J. "Decentralization" in Janovsky, Katja ed. *"Health Policy and Systems Development: An agenda for research."* World Health Organization, Geneva, 1996.
- Bossert, Thomas J. and David A. Parker. "The Political and Administrative Context of Primary Health Care in the Third World." *Social Science and Medicine*, Vol 18, No. 8, 1984, pp 693-702.
- Bourguignon, F and C. Morrison, *"Adjustment and Equity in Developing Countries."* OECD, Development Center, Paris, 1992.
- Buchanan J, Tollison R and Gordon T. *"Towards a Theory of The Rent Seeking Society."* College Station, Tex.: Texas A. & M. University Press, 1980.
- Cassels, A. "Health Sector Reform: Key Issues in Less Developed Countries." *Journal of International development*, Vol. 7, No.3, 1995, pp. 329-347.
- Chernichovsky, Dov. "What can Developing Economies Learn from Health System Reforms in Developed Economies?" in Berman, P. (ed) *"Health Sector Reform in Developing Countries."* Harvard University Press, Boston, 1995.

- Cobb, Roger, Jennie-Keith Ross et al. "Agenda Building as a Comparative Political Process" in *The American Political Science Review*, Vol.3, 1976.
- Collins Charles, "Decentralization and the need for political and critical analysis", *Health Policy and Planning*; Vol. 4, No. 2, 1989, pp. 168-171.
- Conaghan, C.M. Malloy, J.M. and Abugattas, L.A., "Business and the 'Boys': The Politics of Neoliberalism in the Central Andes," *Latin American Research Review*, Vol. 25, No. 2, 1990, pp. 3-27.
- CONAPO, *Indicadores Socioeconómicos e Índice de Marginación Municipal*, 1990, México.
- CONAPO, *International Conference on Population and Development 1994*, México, 1994
- Cruz, Carlos, Fernando Alvarez et. al., *"Las Cuentas Nacionales de Salud y el Financiamiento de los Servicios"*, Funsalud, México, 1994.
- Diderichsen, Finn, "Market Reforms in Health Care and Sustainability of the Welfare state: Lessons from Sweden" in Berman, P. (ed) *"Health Sector Reform in Developing Countries"*, Harvard University Press, Boston, 1995.
- Dohler Marian, "The state as Architect of Political Order: Policy Dynamics in German Health Care", *Governance: An Interantional Journal of Policy and Administration*, Vol. 8, No. 3 July 1995.
- Downs, A. *"Inside Bureaucracy"* Little Brown, Boston, 1967.
- Eckstein, Harry, *"Pressure Group Politics: The Case of the British Medical Association"*, George Allen & Unwin LTD, London, 1960
- Evans, Peter B., Dietrich Rueschemeyer and Theda Skocpol, *"Bringing the state Back In"*, Cambridge University Press, Cambridge, 1985.
- Evans, Peter, *"Embedded Autonomy: states and Industrial Transformation"*, Princeton University Press, Princeton, 1995.
- Evans, Peter, "The state as Problem and Solution: Predation, Embedded autonomy, and Structural Change" in Haggard Kaufman, et al *"The Politics of Economic Adjustment; International Constraints, Distributive Conflicts, and the state"*, Princeton Press, New, Jersey, 1992.
- Foltz, Anne-Marie, "Policy Analysis: An Approach" in Janovsky, Katja ed. *"Health Policy and Systems Development: An agenda for research"*, World Health Organization, Geneva, 1996
- Frenk, Julio et al., *"Economía y Salud: Propuestas para el Avance del Sistema de Salud en Mexico"*, Funsalud, Mexico, 1994.
- Frenk, Julio, "Comprehensive Policy Analysis for Health System Reform", *Health Policy*, Vol. 32, México, 1995, pp. 257—277.
- Frenk, Julio, Juan Luis Londoño et al. "Latin American Health Systems in Transition: A Vision for the Future" in Bezold, Clement, Julio Frenk et al. (eds) *21<sup>st</sup> Century Health Care in Latin America and the Caribbean*. Institute of Alternative Futures and Fundación Mexicana para la Salud, Mexico, 1998.
- Frohlich, N. and Oppenheimer, J, *"Modern Economía política"*, Prentice Hall, New Jersey, 1978.
- Funsalud, *"Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud"*, 1994. Funsalud, México, 1995

- Gary King, O. Keohane Robert and Verba Sidney, 1994, *"Designing Social Inquiry: scientific inference in qualitative research"*, Princeton University Press.
- Geldes, Barbara, "The Politics of Economic Liberalization" *Latin American Research Review*, @
- Geddes, Barbara, *"The Politicians Dilemma: Building state Capacity in Latin America"*, University of California Press, Berkley, 1994.
- Gilson, Lucy and Anne Mills, "Health Sector Reforms in sub-Saharan Africa: Lessons of the Last 10 Years", in Berman, P. (ed) *"Health Sector Reform in Developing Countries"*, Harvard University Press, Boston, 1995.
- Goldberger, Susan "The Politics of Universal Access: The Massachusetts Health", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 15, No. 4, Winter, 1990, pp. 857-885.
- González-Rossetti, Alejandra, Guillermo Soberón et. al, *"La Dimensión Política en los Procesos de Reforma del Sistema de Salud"*, Funsalud, México, 1995
- Gradstein, Nitzan, and Slutsky, "Neutrality and the Private Provision of Public Goods", Michigan state Working Paper, 1988, pp. 231. @
- Grindle, M.S., , "Patrons and Clients in the Bureaucracy: Career Networks in Mexico", *Latin American Research Review*, Vol. 12, No. 1, 1977, pp. 37-61.
- Gutiérrez, Gerónimo and Alberto Islas, *Federalismo Fiscal: "Una Comparación Internacional y Reflexiones Sobre el Caso de México"*, ITAM, México, 1995
- Haggard, Dominique Lafay and Morrison, *"The Political Feasibility of Adjustment in Developing Countries"*, OECD, Paris, 1995.
- Haggard, Stephan and Kaufman, *"The Economía política of Democratic Transitions"*, Princeton University , Princeton, 1994.
- Haggard, Stephan and Kaufman, et al, *"The Politics of Economic Adjustment; International Constraints, distributive Conflicts, and the state"*, Princeton Press, New Jersey, 1992.
- Hall, Peter, *"Governing the Economy: The Politics of state Intervention in Britain and Franc"*, Polity Press, Cambridge, 1986.
- Hammer, Jeffrey S. and P. Berman, "Ends and Means in Public Health Policy", in Berman, P. (ed) *"Health Sector Reform in Developing Countries"*, Harvard University Press, Boston, 1995.
- Hammond, Thomas H., "Formal Theory and the Institutions of Governance", *Governance: An International Journal of Policy and Administration*. Vol.9, No.2, April 1996.
- Hansen, Orval, Blendon, Robert, et al. "Lawmakers' Views on the Failure of Health Reform: A survey of Members of Congress and Staff ", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 21, No. 1, Spring 1996, pp. 137-151.
- Hisao, William C., "Abnormal Economics in the Health Sector", in Berman, P. (ed) *"Health Sector Reform in Developing Countries"*, Harvard University Press, Boston, 1995
- Hughes, and Mijeski, *"Politics and Public Policy in Latin America"*, 1985, Westview Press,
- Immergut, Ellen M., *"Health Politics: Interests and Institutions in Western Europe"*, Cambridge University Press, Cambridge, 1992.
- IMSS, *"Comisión Tripartita para el Fortalecimiento de la Seguridad Social"*, México, 1995.

- IMSS, "Diagnostico 1995", IMSS, México, 1995
- IMSS, "Hacia el Fortalecimiento y Modernización de la Seguridad Social", México, 1995
- IMSS, "Ley de Seguridad Social", México, 1995
- Jacobs, Lawrence, "The Politics of American Ambivalence toward Government", in *"The Politics of Health Care Reform"*, 1994, pp. 375-401.
- Jimenez de la Jara and Thomas Bossert, "Chile's health sector reform: lessons from four reform periods", *Health Policy*, no 32, 1995 pg. 155-166.
- Jimenez de la Jara, Jorge and Thomas J. Bossert, "Chile's Health Sector Reform: Lessons form Four Reform Periods", in Berman, P. (ed) *"Health Sector Reform in Developing Countries"*, Harvard University Press, Boston, 1995
- Johnson, Haynes and Broder, David S. *"The System: The American Way of Politics at the Breaking Point"*, Boston: Little, Brown, and Company, 1996.
- Katzenstein, Peter J., *"Between Power and Plenty: Foreign Economic Policies of Advanced Industrial states"*, University of Wisconsin Press, Madison 1978.
- Kingdon, John W., *"Agendas, Alternatives, and Public Polices"*, New York: Harper Collins Publishers, 1995.
- Krueger, Anne O, *"Economía política of Policy Reform in Developing Countries"*, MIT Press, Cambridge Ma. 1993.
- La Forgia, Gerard M., *"First Steps Toward Health Reform: Analyzing and Redirecting Financial Flows. A Review of Reform Proposals in Colombia and The Dominican Republic"*, Inter American Development Bank, internal document, Washington, 1994
- Lee Kenneth and Anne Mills, "Policy—Making and Planning in the Health Sector", Croom Helm, London, 1982.
- Lindblom, CE, Woodhouse EJ, *"The Policy—Making Process"*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall, 1993.
- Londono, Juan Luis, "Managed Competition In the Tropics" *International Health Economics Association Inaugural Conference*, Vancouver, May 1996.
- Lozano, Rafael, Christopher Murray et al., *"El Peso de la Enfermedad en Mexico: Un Doble Reto"*, Funsalud, Mexico, 1994.
- Mainwaring and Scully, *"Building Democratic Institutions; Party Systems in Latin America"*, Stanford Press, California, 1995.
- Makinson, Larry, "Data Watch: Political Contributions from Health Insurance Industries", *Health Affairs*, Winter 1992, pp. 119 – 134.
- Mann, "The Autonomous Power of the state: its origins, mechanisms and results", *Archives Europeens de Sociologie*, Vol. 25, 1984, pp.185-213.
- Marmor, Theodore, Timothy Smeeding and Vernon L. Greene, *"Economic Security and Intergenerational Justice"*, The Urban Institute Press, Washington D.C. 1994.
- Mexican Government, *"Plan Nacional de Desarrollo 1995—2000"*, México, 1995

- Mexican Government, *"Primer Informe de Gobierno de Ernesto Zedillo, Anexo Estadístico"*, México, 1995
- Mexican Government, *"Programa de Reforma del Sector Salud 1995—2000"*, México, 1996
- Mexican Government, *"Programa Nacional de Población 1995—2000"*, México, 1995
- Mexican Government, *"Quinto Informe de Gobierno de Carlos Salinas de Gortari, Cuenta de la Hacienda Publica Federal 1980-1993"*, México, 1993
- Ministry of Health, *"Boletín de Información Estadística, Recursos y Servicios"*, No. 13, Vol. 1, Mexico, 1993.
- Ministry of Health, *"Breviario Estadístico, Sistema Nacional de Salud, 1980—1994"*, México, 1995
- Ministry of Health, *"Sistema Nacional de Salud, Recursos, Servicios y Daños a la Salud"*, México, 1993.
- Ministry of Health, *"Unidades Médicas Privadas: Recursos Físicos, Materiales y Humanos 1993"*, México, 1993
- Morone, James, "Neglected Institutions: Politics, Administration, and Health Reform", *Political Science and Politics*, 1994, pp. 220-223.
- Morris, Arthur et al, *"Decentralization in Latin America: an Evaluation"*, Praeger, Baltimore, 1992.
- Murray, Christopher J.L., "Towards and Analytical Approach to Health Sector Reform" in Berman, P. (ed) *"Health Sector Reform in Developing Countries"*, Harvard University Press, Boston, 1995
- Nelson, Joan, "Poverty, Equity and the Politics of Adjustment" in Haggard, Kaufman, et al *"The Politics of Economic Adjustment; International Constraints, Distributive Conflicts, and the state"*, Princeton Press, New Jersey, 1992.
- Nigenda, Gustavo, *"Los Recursos Humanos para la Salud: En Busca del Equilibrio"*, Funsalud, México, 1994.
- Nitzan and Romano, "Private Provision of Discrete Public Good with Uncertain Cost", *Journal of Public Economics*, No. 42, 1990.
- Nordlinger, E., *"On the Autonomy the Democratic state"*, Cambridge, MA: Harvard University state, 1981. @
- OECD, *"Estudios Económicos de la OECD: México"*, París, 1995
- OECD, *"La Réforme des Systèmes de Santé: Analyze Comparée de Sept Pays de l'OCDE"*, Etudes de Politique de Santé: No.2, OCDE, Paris, 1992.
- OECD, "New Directions in Health Care Policy", *Health Policy Studies*, No. 7, Paris, 1995.
- OECD, *"The Reform of Health Care Systems, A Review of Seventeen OECD Countries"*, Health Policy Studies No. 5, OECD, Paris, 1994.
- Olson, Mancur, *"The Logic of Collective Action"*, Harvard University Press, Cambridge, 1965.
- Olson, Mancur, *"The Rise and Decline of Nations"*, Yale University Press, New Haven, 1982.
- Olson, Mancur, "Toward a Unified View of Economics and other Social Sciences", in Alt, James and Shepsle, Kenneth *"Perspectives on Positive Economía política"*, Cambridge University Press, Cambridge, 1990.

- ONU-CEPAL, INEGI, "Informe Sobre la Magnitud y Evolución de la Pobreza en México en el Período 1984—1992", INEGI, México, 1993
- Parsons, Wayne, "Public Policy: An introduction to the Theory and Practice of Policy Analysis", Cambridge University Press, Cambridge, 1995
- Pierson, Paul, "Dismantling the Welfare state? Reagan, Thatcher, and The Politics of Retrenchment", Cambridge University Press, Cambridge, 1994.
- Pierson, Paul, "The New Politics of the Welfare state", *World Politics*, No. 48, January 1996, pp. 143-179.
- Ranis, Gustav, "The Economía política of Development Policy Change", Blackwell Publisher, Cambridge Ma. 1991.
- Reich, Michael R., "The Politics of Health Sector Reform in Developing Countries", in Berman, P. (ed), "Health Sector Reform in Developing Countries", Harvard University Press, Boston, 1995.
- Reich, Michael, "The Economía política of Health Transitions in the Third World" in L.C. Chen, A. Kleinman, and N. Ware eds. "Health and Social Change in International Perspective", chapter 15, (forthcoming).
- Reich, Michael, "The Politics of Health Sector Reform in Developing Countries: Three Cases of Pharmaceutical Policy" *Department of Population and International Health: Harvard University*, Working Paper No. 10, April 1994.
- Remmer K., "Democracy and Economic Crisis: The Latin American Experience", *World Politics*, No. 42, 1990.
- Remmer K., "The Economía política of Elections in Latin America 1980—1991", *American Political Science Review*, No. 87, 1993.
- Remmer, Karen, "Exclusionary Democracy", *Studies in Comparative International Development*, Winter, 1985, pg. 64-85.
- Riker, William, "Political Science and Rational Choice", in Alt, James and Shepsle, Kenneth "Perspectives on Positive Economía política", Cambridge University Press, Cambridge, 1990.
- Rondinelli, Dennis and G. Shabbir Cheema, 1983, "Implementing Decentralization Policies: An introduction", in G. Shabbir and Dennis Rondinelli, eds. "Decentralization and Development: Policy Implementation in Developing Countries", Beverly Hills: Sage.
- Rochefort, David and Roger Cobb (eds) "The Politics of Problem Definition: Shaping the Policy Agenda". University Press of Kansas, Lawrence, 1994.
- Sabato, Larry, "The Consultant Corps" The Rise of Political Consultants, Basic Books, pg. 2-67 @
- Sandler, Sterbenz, and Posnett, "Free Riding and Uncertainty", *European Economic Review*, No. 31, 1978.
- Schneider, Ben Ross, "Politics within the state: Elite Bureaucrats and Industrial Policy in Authoritarian Brazil", University of Pittsburgh Press, Pittsburgh, 1991.
- Schut Frederik, "Health Care Reform in the Netherlands: Balancing Corporatism, Etatism, and Market Mechanisms", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol 20, No. 3 Fall 1995.
- Shorgen, J, "Negative Conjectures and Increased Public Good Provision", *Economic Letters*, Vol. 23 No. 2, 1987.

- Shorgen, J, "On increased Risk and Voluntary Provision of Public Goods", *Social Choice and Welfare*, No. 7, 1990.
- Silva, E., "From Dictatorship to Democracy: The Business-State Nexus in Chile's Economic Transformation, 1975-1994," *Comparative Politics*, Vol. 28 No. 3, April 1996, pp. 299-319.
- Silva, P., "Technocrats and Politics in Chile: From the Chicago Boys to CIEPLAN Monks", *Journal of Latin American Studies*, Vol. 23 No. 2, May 1991, pp. 385-410.
- Skocpol, 1985 in Bringing the state Back in Evans et al., 1985 @
- Skocpol, Theda, "The Aftermath of Defeat" in *Journal of Health Politics and Law*, Vol.20, No.2, Summer 1995.
- Skocpol, Theda, "The Rise and Resounding Demise of the Clinton Plan", *Health Affairs*, Spring 1995, pp. 66-85.
- Steinmo, Sven and Jon Watts, "It's the Institutions Stupid!: Why Comprehensive National Health Insurance always Fails in America" *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 20, No.2, Summer 1995.
- Thelen, Katheleen and Sven Steinmo, "Historical Institutionalism in Comparative Politics" in Steinmo, Sven, Katheleen Thelen and Frank Longstreth eds. *Structuring Politics: Historical Institutionalism in Comparative Analysis*, Cambridge University Press, Cambridge, 1992.
- Theodor, Marmor, "The Politics of Universal Health Insurance: Lessons from Past Administrations", *Political Science and Politics*, 1994, pp. 194-198.
- Ugalde, A. and J.T. Jackson, "The World Bank and International Health Policy: A Critical Review" *Journal of International Development*, Vol. 7, No.3, 1995, pp. 525-541.
- United Nations, "Human Development Report 1994", New York, 1994.
- Walt, Gill and Lucy Gilson, "Reforming the Health Sector in Developing Countries: the Central Role of Policy Analysis", *Health Policy and Planning*, Vol. 9, No. 4, 1994, pp. 353-370.
- Waterbury, John "The Heart of the Matter? Public Enterprise and the Adjustment Process", in Haggard Kaufman, et al *The Politics of Economic Adjustment: International Constraints, Distributive Conflicts, and the state*, Princeton Press, New Jersey, 1992.
- Weaver, Kent R. and Bert A. Rockman eds., *Do Institutions Matter?: Government Capabilities in the United States and Abroad*, The Brookings Institution, Washington, D.C., 1993
- Wildawsky, Aron, *Speaking Truth to Power: The art and craft of policy analysis*, Boston, Little Brown, 1979.
- Wilsford, David, "States Facing Interests: Struggles over Health Care Policy in Advanced Industrial Democracies", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 20, No. 3, Fall 1995.
- Wilson, Q, *The Politics of Regulation*, 1980, Basic Books, New York
- World Bank, *Poverty in Colombia: World Bank Country Study Series*, The World Bank, 1994, Washington D.C.
- World Bank, *World Development Report 1990: Poverty*, World Bank, Washington D.C., 1990.
- World Bank, *World Development Report 1993: Investing in Health*, Oxford University Press, New York, 1993.

Zajac, Edward, *"Economía política of Fairness"*, MIT Press, Cambridge, 1995.

Zwi, A.B. and Anne Mills, "Health Policy in Less Developed Countries", *Journal of International Development*, Vol. 7, No.3, 1995, pp.99-328.

---

For a full bibliography on the individual country studies, please refer to the case study reports in this series.

## PUBLICACIONES DE LA INICIATIVA REGIONAL DE REFORMA DEL SECTOR SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

---

1. Metodología para el Monitoreo y la Evaluación de los Procesos de Reforma Sectorial en América Latina y el Caribe (Español e Inglés)
2. Línea Basal para el Monitoreo y la Evaluación de las Reformas Sectoriales en América Latina y el Caribe (Español e Inglés)
3. Análisis del Sector Salud en Paraguay (Versión Preliminar)
4. Centro de Información y Análisis sobre Reforma del Sector de la Salud (Español e Inglés)
5. Informe de Relatoría – Foro Regional sobre Mecanismos de Pago a Proveedores (Lima, Perú, 16-17 de Noviembre de 1998) (Español e Inglés)
6. Indicadores de Medición del Desempeño del Sistema de Salud
7. Mecanismos de Pago a Prestadores en el Sistema de Salud: Incentivos, Resultados e Impacto Organizacional en Países en Desarrollo
8. Cuentas Nacionales de Salud: Bolivia
9. Cuentas Nacionales de Salud: Ecuador
10. Cuentas Nacionales de Salud: Guatemala
11. Cuentas Nacionales de Salud: México
12. Cuentas Nacionales de Salud: Perú
13. Cuentas Nacionales de Salud: República Dominicana (Versión Preliminar)
14. Cuentas Nacionales de Salud: Nicaragua
15. Cuentas Nacionales de Salud: El Salvador (Versión Preliminar)
16. Health Care Financing in Eight Latin American and Caribbean Nations: The First Regional National Health Accounts Network
17. Decentralization of Health Systems: Decision Space, Innovation, and Performance
18. Comparative Analysis of Policy Processes: Enhancing the Political Feasibility of Health Reform
19. Lineamientos para la Realización de Análisis Estratégicos de los Actores de la Reforma Sectorial en Salud
20. Strengthening NGO Capacity to Support Health Sector Reform: Sharing Tools and Methodologies
21. Foro Subregional Andino sobre Reforma Sectorial en Salud. Informe de Relatoría. (Santa Cruz, Bolivia, 5 a 6 de Julio de 1999)
22. State of the Practice: Public-NGO Partnerships in Response to Decentralization
23. State of the Practice: Public-NGO Partnerships for Quality Assurance
24. Using National Health Accounts to Make Health Sector Policy: Findings of a Latin America/Caribbean Regional Workshop

25. Asociaciones entre el Sector Público y las Organizaciones No Gubernamentales: La Contratación de los Servicios de Salud Primaria. Un Documento de Análisis de Experiencias (Español e Inglés)
26. Asociaciones entre el Sector Público y las Organizaciones No Gubernamentales: La Función de las ONG en la Reforma del Sector Salud (Español e Inglés)
27. Análisis del Plan Maestro de Inversiones en Salud (PMIS) de Nicaragua
28. Plan de Inversiones del Ministerio de Salud 2000-2002
29. La Descentralización de los Sistemas de Salud en Latinoamérica: Un Análisis Comparativo de Chile, Colombia, y Bolivia (Español e Inglés)
30. Orientaciones para Promover la Descentralización de los Sistemas de Salud en Latinoamérica (Español e Inglés)
31. Methodological Guidelines for Applied Research on Decentralization of Health Systems in Latin America
32. Applied Research on Decentralization of Health Care Systems in Latin America: Colombia Case Study
33. Applied Research on Decentralization of Health Care Systems in Latin America: Chile Case Study
34. Applied Research on Decentralization of Health Care Systems in Latin America: Bolivia Case Study
35. La Descentralización de los Servicios de Salud en Bolivia
36. Mejorando la Factibilidad Política de la Reforma en Salud: Un Análisis Comparativo de Chile, Colombia y México (Español e Inglés)
37. Orientaciones para el Mejoramiento de la Factibilidad Política de la Reforma en Salud en Latinoamérica (Español e Inglés)
38. Methodological Guidelines for Enhancing the Political Feasibility of Health Reform in Latin America
39. Enhancing the Political Feasibility of Health Reform: The Colombia Case
40. Enhancing the Political Feasibility of Health Reform: The Chile Case
41. Enhancing the Political Feasibility of Health Reform: The Mexico Case

## **Ediciones Especiales**

1. **Cuentas Nacionales de Salud: Resúmenes de Ocho Estudios Nacionales en América latina y el Caribe**
2. **Guía Básica de Política: Toma de Decisiones para la Equidad en la Reforma del Sector Salud**

Para obtener o ver una copia electrónica de las publicaciones por favor entre a la Página Electrónica de la Iniciativa:

**[HTTP://WWW.AMERICAS.HEALTH-SECTOR-REFORM.ORG](http://www.americas.health-sector-reform.org)**

y seleccione "Inventario de Productos de la Iniciativa LACRSS"