



Neoliberalismo y sistema de salud en Colombia. Discurso de bienestar en las Empresas
Promotoras de Salud en Medellín, 2012-2018.

César Alberto Pazo Fernández

Trabajo para optar al título de Magíster en Desarrollo

Director

PhD. Víctor Hugo Gómez Yepes

Maestría en Desarrollo

Escuela de Ciencias Sociales

Universidad Pontificia Bolivariana

Medellín

16 de octubre de 2019

César Alberto Pazo Fernández

“Declaro que este trabajo de grado no ha sido presentado con anterioridad para optar a un título, ya sea en igual forma o con variaciones, en ésta o en cualquiera otra universidad”. Art.92, parágrafo, Régimen Estudiantil de Formación Avanzada.

Firma

A handwritten signature in black ink on a light gray rectangular background. The signature reads "César Pazo" in a cursive script. The first letter 'C' is large and loops around the 'é'. The 'P' is also large and loops around the 'a'. The 'z' and 'o' are written in a fluid, connected style.

I.D. 000351042

Agradecimientos

A mi madre y mis hermanos...Su amor y apoyo incondicional han sido el principal motor en cada paso de mi vida.

A mis sobrinos: Lorena, Juan, Santiago y Saúl. Sus iniciantes caminos de vida me llevan a querer ser el mejor ejemplo para ellos a través de la educación.

A mis amigos por dentro y por fuera de la maestría
Siempre dispuestos a escucharme en cada momento difícil.

A mis profes de la maestría porque con sus aportes me abrieron la mente
a una nueva forma de entender el mundo.

A mi asesor Víctor Gómez, por su disposición, acompañamiento y
paciencia en este largo camino.

...Y a la vida, que siempre me muestra nuevas razones para ser, aprender y sonreír.

CONTENIDO

Resumen	1
Introducción	2
Neoliberalismo y sistema de salud en Colombia. Discurso de bienestar en las Empresas Promotoras de Salud en Medellín, 2012-2018.	4
Planteamiento del Problema	4
Objetivos	10
Objetivo General:.....	10
Objetivos Específicos:	10
Justificación	11
Antecedentes Investigativos.....	14
Referentes Conceptuales.....	20
Metodología	29
Consideraciones Éticas	32
CAPÍTULO I	34
SALUD, BIENESTAR Y DESARROLLO.....	34
Análisis contextual para la comprensión del discurso neoliberal en el sector salud.....	34
La salud desde la OMS.	35
El bienestar en la biopolítica.....	39
Salud y Derechos Humanos	44
Del discurso del bienestar al discurso del Desarrollo	48
Neoliberalismo y cambio del sistema sanitario en Colombia. El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo y el Consenso de Washington.	61
Las reformas en Colombia	67
Ley 100 de 1993. ¿Neoliberalismo y bienestar?	69
CAPÍTULO II	73
NEOLIBERALISMO Y BIENESTAR EN LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.....	73
El bienestar desde la mirada Médica.....	76

¿Bienestar institucional?.....	81
Determinantes sociales de la salud Vs el Derecho a la atención médica.	85
La defensa al modelo actual	87
Estructuras de desigualdad emergentes.....	89
Lucro y corrupción como fallas del sistema.....	91
Cobertura universal y Acceso restringido.....	93
CAPÍTULO III	96
LEGITIMACIÓN Y PERPETUACIÓN DEL DISCURSO NEOLIBERAL EN LOS USUARIOS DEL SISTEMA DE SALUD.	96
El bienestar, un asunto de capacidades.....	97
Regímenes para la desigualdad	100
Bienestar percibido y calidad de vida deseada.....	104
Experiencias del derecho a la exclusión, la inclusión y el trato humanizado.	107
Corresponsabilidad en salud y legitimación de lo público.....	112
Justificante sin escenarios alternativos	115
Conclusiones.....	118
Bibliografía	123

Resumen

En Colombia, a partir de la reforma al Sistema General de Seguridad Social de 1993, el Estado delegó gran parte del Derecho a la salud a un conjunto de instituciones privadas con el fin de brindar un servicio con mayor cobertura que garantizara el alcance de condiciones de bienestar y vida digna a toda la población por igual. A partir de ese momento, el nuevo modelo institucional abrió el camino para el surgimiento de nuevas formas de relación entre las personas y los servicios médicos a través de una estructura administrativa que organizaba a los usuarios de acuerdo a las condiciones económicas que poseían.

La presente propuesta de investigación, se apoya en el Análisis Crítico del Discurso (ADC), para analizar a actores de distintas Empresas Promotoras de Salud –EPS- en Medellín. La premisa que motiva esta investigación, es que estas instituciones, que han sido creadas bajo los lineamientos del modelo económico neoliberal, utilizan el bienestar como discurso para justificar el accionar de una serie de prácticas que en el marco de un Estado Social de Derecho ha terminado por influir en el ideario colectivo, para la legitimación de condiciones de desigualdad entre los usuarios de los regímenes contributivo y subsidiado en Salud.

Palabras Clave: Sistema de Salud, neoliberalismo, Estado, bienestar, discurso.

Introducción

Cada una de las páginas de esta investigación es el resultado de más de dos años de trabajo durante mi camino formativo de la maestría en desarrollo. Sin interés de irrespetar ningún protocolo de redacción académica, escribo esta introducción en primera persona porque considero que desde mi posición como autor, es la forma más asertiva de presentar al lector los hallazgos de este proceso investigativo y las razones que me llevaron a él. Para aquellos que han pasado por lo mismo, está de más enfatizar en los dilemas y dificultades que surgen durante el camino de la indagación y el esclarecimiento de ideas. Así mismo, es importante resaltar los aspectos positivos que quedan de todo esto. Creo que más allá de los aportes de nuevo conocimiento, es destacable el elemento transformador que este proceso tiene a nivel profesional, pero sobre todo, a nivel personal al aportarte una nueva forma de leer al mundo, a la sociedad y a ti mismo.

Desde mi formación como salubrista, aprendí a analizar los dilemas sanitarios desde un enfoque institucional y administrativo. Sin embargo, los problemas que desde hace varias décadas enfrenta el sistema de salud en Colombia me llevaron a cuestionar las razones del mismo más allá del deber ser normativo y político. De esta manera, los referentes teóricos estudiados desde los distintos ámbitos del desarrollo, me han permitido acercarme al reconocimiento de elementos y prácticas sociales que en buena parte explican las falencias de orden institucional antes mencionadas. En ese sentido, asuntos como las desigualdades, inequidades, barreras de acceso, corrupción e ineficiencia de los servicios de salud en Colombia, son producto de prácticas discursivas que construyen ideologías, pero también mutan y se

adaptan al contexto local, favoreciendo la continuidad de relaciones de dominación en las que la primacía del interés particular se ha tornado un patrón socialmente aceptado.

El presente informe está dividido en cuatro apartados. Inicialmente serán descritos los elementos base de esta investigación, tales como el planteamiento del problema, su justificación, los objetivos que han guiado cada una de las etapas y los referentes teóricos que han servido de soporte para entender mi lugar de enunciación como investigador. Seguidamente, el capítulo uno describe el análisis histórico para pensar la salud y el bienestar en Colombia, considerando que este componente es un aspecto fundamental para la contextualización del Análisis Crítico del Discurso.

Seguidamente, en el capítulo dos, analizo el uso del discurso del bienestar por parte de los actores protagonistas del sistema de salud en nuestro país, a saber, las Empresas Promotoras de Salud.-EPS-.No obstante, la particularidad de este apartado recae en que el análisis no ha sido realizado desde las voces administrativas sino desde las asistenciales. Es decir, han sido entrevistados médicos de distintas instituciones porque finalmente son ellos el puente misional entre las aseguradoras y la sociedad. Además porque como gestores principales de la salud, pueden ofrecer una mirada crítica entre los fines sociales de las instituciones y la mejora en las condiciones de bienestar colectivo.

Finalmente, desde una mirada micro discursiva, he indagado las voces de los usuarios del sistema de salud. La razón básicamente es una: Todos como beneficiarios directos de las estrategias institucionales somos reproductores constantes de los discursos que dan continuidad a la forma de actuar del sistema. Por lo tanto la forma de pensar la salud y el bienestar, responde a ideologías colectivamente construidas para la dependencia de actores sociales que las gestionen.

Neoliberalismo y sistema de salud en Colombia. Discurso de bienestar en las Empresas Promotoras de Salud en Medellín, 2012-2018.

Planteamiento del Problema

A pesar de que las bases constitucionales y políticas que en el campo de la salud pública en Colombia promueven el Estado social de Derecho y reivindican la dignidad humana, la estructura del actual sistema de salud en Colombia se orienta en función de unas necesidades de rentabilidad y lucro, lo que contradice precisamente estos fines que han sido delimitados por las estrategias de salud pública promovidas a nivel internacional para el mejoramiento de las condiciones de vida de la población y la reducción de las inequidades (Gañan, 2013).

En el marco de la reforma constitucional de 1991 en Colombia, la definición del país como un estado social de Derecho, democrático y pluralista, entraba en contradicción con las políticas de apertura económica bajo los principios del modelo económico neoliberal desarrolladas durante el gobierno del presidente Cesar Gaviria (1990-1994). Principalmente porque ambos ideales se fundamentaron en principios diferentes entre el Estado y la Economía, pues por un lado el Estado busca intervenir en el orden social y económico para garantizar el mínimo de condiciones vitales como la salud y el interés general. Pero por el otro lado, el modelo neoliberal promueve el desarrollo de un Estado mínimo y reivindica los principios de libertad individual, propiedad privada, libre comercio y no intervención del Estado en el mercado (Díaz, 2009).

En ese contexto, los servicios médicos están contemplados como condiciones determinantes de la salud, que en el marco de la seguridad social son un elemento fundamental para el alcance del bienestar y de unas condiciones de vida dignas de ser humano (Whithead y Dälgren, 2010).

Sin embargo, los sistemas sanitarios de cada país cimientan sus dimensiones económicas y sociales en tres referentes que a nivel internacional han sido el punto de partida en las estructuras que cada país adopta para la implementación del modelo de seguridad social: El modelo Bismarck, el modelo Beveridge y el modelo de libre mercado¹.

Los avances médicos de las dos últimas décadas en el mundo y la identificación de factores determinantes de la salud pública, han permitido un mayor acercamiento a los objetivos trazados por los organismos internacionales en función de indicadores tales como: la expectativa de vida, los índices de morbilidad y mortalidad o las oportunidades de acceso a las estrategias de atención primaria. Sin embargo, las políticas y estrategias internacionales que se trazaron durante la segunda mitad del siglo XX se vieron influenciadas por estrategias neoliberales de desarrollo que en contextos económicos como los de América Latina y en particular Colombia, impulsaron reestructuraciones a los sistemas sanitarios².

Así como en 1987, el Banco mundial orientó la reforma en el sector salud, el mismo organismo económico junto con el Fondo Monetario Internacional en 1989 promueven el

¹ El modelo Bismarck surgió en Alemania a finales del siglo XIX por la iniciativa de Ottón Von Bismarck que mediante una serie de reformas normativas logró establecer en el mundo el primer sistema de seguridad social para promover el bienestar de los trabajadores con el fin de que la economía del país fuera más eficiente. Su forma de financiación es por medio de las cotizaciones de empleadores y trabajadores mediante impuestos a las rentas. (OIT, 2009).

El modelo Beveridge, que surge en el reino unido a través de las propuestas de William Beveridge como cabecero de la comisión de seguridad social y en pleno apogeo de la segunda guerra mundial con el fin de proteger a todos los habitantes del país y que dio inicio al primer plan unificado de seguridad social (Beveridge, 1942). En este modelo la cobertura es universal con prestación de servicios a cargo del sector público y financiado través de impuestos generales.

El modelo de Libre mercado o neoliberal, el cual está a cargo de compañías particulares que administran los servicios de salud salud como un elemento más del mercado y con poca o nula intervención del estado.

² El principal lineamiento en salud fue propuesto por el Banco Mundial en 1987 en un estudio sobre las condiciones financieras de los sistemas de salud de América Latina en donde propone la reducción del gasto público y el fortalecimiento del sector privado en salud. (Banco Mundial, 1987)

consenso de Washington³ en el que participaron líderes políticos y económicos de la región y que sirvió de anclaje para que la corriente de pensamiento neoliberal penetrara en los países Latinoamericanos, trayendo así, reformas estructurales de modernización, procesos de descentralización, apertura económica y reducción del gasto social (Calvento, 2006).

Distintas opiniones se han suscitado en torno a la forma de cómo la salud se introduce en el modelo neoliberal, por ejemplo, Laurell (1992 citado en Guerra 2006. p.24) sostiene que la salud se convierte en un campo de acumulación capitalista cuando es posicionada como actividad privada en donde los servicios sociales son re-mercantilizados afectando directamente al Estado de Bienestar en todo el mundo.

En Colombia, antes de la expedición de la ley 100 de 1993, coexistían precisamente tres sistemas de salud siguiendo los dos modelos: el de Beveridge y el de Bismarck. Uno de los sistemas estaba relacionado con el sistema de seguro social, que cubría a los trabajadores privados a través del Instituto de Seguro Social y Las Cajas de previsión que aseguraba a los empleados públicos. El segundo sistema conformado por clínicas y seguros particulares que atendían a la población con capacidad de pago. Y el tercero, referido al Sistema Nacional de Salud organizado por seccionales que respondían a los entes territoriales, y por unidades regionales que atendían en función de cercanías territoriales pero no administrativas de los municipios, que brindaba atención a la población no afiliada siendo financiado mediante el subsidio a la oferta.⁴

³ La autoría de la propuesta se otorgó al economista John Williamson que consistía en diez componentes básicos económicos para los países en desarrollo y fue nombrado así, porque según él, representaba lo que los organismos financieros multilaterales (OFM) con asiento en Washington DC (el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial) más el Departamento del Tesoro de Estados Unidos, exigían a los países en desarrollo como condición para otorgarles créditos y ayuda financiera (Morandé 2016).

⁴ Se encontraban aquí las Hospitales Regionales, que no respondían una entidad territorial sino a las zonas de influencia.

Con la promulgación de la Ley 100 de 1993, la salud pasó de ser resultado de un subsidio que ofrecía el Estado a la población sin capacidad de pago, a convertirse en un derecho propio de la dignidad humana, un derecho exigible y defendible, que en ocasiones se ligaba a otros de mayor jerarquía. Esta nueva condición trae profundas implicaciones de tipo legal y económica para el Estado, quien ahora deberá garantizar el acceso a la atención en salud a través del diseño de un Sistema que organizara las instituciones, sean públicas o privadas, los recursos físicos y financieros, dentro de un ordenamiento jurídico que le permitiera a los colombianos acceder a un ambiente saludable y a los servicios de salud a través de un sistema de aseguramiento, a saber: Sistema de Seguridad Social en Salud (Orozco, 2006).

Tanto en la reforma constitucional de 1991 como en la reforma del sistema de salud en 1993, la dignidad y el bienestar individual y colectivo hacen parte de los fines sociales del Estado y del Sistema General de Seguridad Social, en donde la salud se convierte en objeto de intervención para la atención de las necesidades básicas y la garantía de los derechos irrenunciables de la persona mediante la protección de las contingencias que la afecten.

En la actualidad, la estructura del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, mezcla los componentes de modelo Bismark y el neoliberal mencionados previamente, que, bajo la influencia del Fondo Monetario Internacional y del Banco Mundial adopta, como lo indica Londoño y Frenk (1997) un modelo de pluralismo estructurado. Bajo la idea de que, la salud es central para el desarrollo económico y social del país, a través de la Ley 100 se creó el sistema de aseguramiento en Colombia⁵, enmarcado en principios de universalidad, cobertura, integralidad, solidaridad, igualdad, suficiencia, participación, y unidad.

En el marco de la Ley 100 surgen las “empresas promotoras de salud (EPS)” y las “instituciones

⁵ El sistema de aseguramiento está conformado por un régimen contributivo que cubre a los trabajadores y las personas con capacidad de pago, y un régimen subsidiado que cubre a la población sin capacidad de pago.

prestadoras de servicios de salud (IPS)” entre las cuales se presentan relaciones de mercado basadas en una competencia regulada. El Sistema General de Seguridad Social pone, en este sentido, los servicios de salud al alcance de la población, primero de manera fragmentada y restringida mediante un Plan Obligatorio de Salud diferenciado para ambos regímenes de atención y, desde el año 2012, en forma completa para todos⁶.

La forma como está estructurado el sistema de salud en Colombia relaciona el Estado con agentes privados, que en la prestación del servicio ha generado niveles de desigualdad en los regímenes de atención propios del sistema, esto es, entre el contributivo y el subsidiado. Según un análisis de la Asociación Colombiana de Medicina Integral⁷ realizado en el 2017, en torno a varias condiciones médicas, se evidencian desigualdades en la atención de enfermedades catalogadas como eventos de notificación obligatoria, afectando principalmente a la población afiliada al Régimen Subsidiado, identificada como una población vulnerable. Las mayores desigualdades ocurren para eventos clasificados como: enfermedades transmisibles, desórdenes maternos, neonatales y nutricionales, cuya ocurrencia se asocia con una serie de factores ambientales, económicos y sociales. Los cuales guardan una relación con condiciones socioeconómicas y de contexto, entre estas con la capacidad de pago. Tales diferencias, se materializan en las EPS, cuya estructura misional define los usuarios de acuerdo a las

6 En el marco de la ley 1438 de 2011 se inicia la unificación del P.O.S para ambos regímenes y mediante el acuerdo 032 del 2012 entra en vigencia a partir del 1 de junio del mismo año.

7 ACEMI es una agremiación de empresas del sector privado en salud que en defensa de la libertad de empresa promueve el respeto por los principios del SGSSS

8 Según datos de ACEMI (2017), de todos los afiliados al Sistema de Salud en Colombia, el 52% hace parte de Régimen Subsidiado y el 48 % del Contributivo. Sin embargo, las EPS del Régimen Subsidiado tienen el 50,4 % del total de los afiliados de los dos regímenes, de los cuales el 1% corresponde a trabajadores afiliados al Régimen Contributivo que decidieron permanecer en la EPS por efecto de las normas de movilidad. Por otro lado, las EPS del Régimen Contributivo tienen el 49,6 % de los afiliados al sistema, de los cuales el 5% son personas con SISBÉN 1 y 2, beneficiarios del Régimen Subsidiado, que perdieron su empleo pero decidieron continuar en la EPS-C y recibir allí su subsidio.

condiciones económicas que permitan soportar los pagos de la afiliación, así, en el panorama del mercado en salud en Colombia, existen EPS en donde los afiliados son principalmente del régimen contributivo y EPS en donde los afiliados son principalmente del régimen subsidiado lo que significa, que actualmente usuarios de ambos regímenes de atención coexisten en las distintas EPS a pesar de que era específica la población a la que estaban dirigidas inicialmente⁸.

Al revisar la forma de operación de las EPS, es posible dar cuenta de cómo el discurso de bienestar cubre las desigualdades propias del modelo neoliberal de salud. Por ejemplo, en el caso Medellín, las EPS del régimen contributivo y subsidiado con mayor número de afiliados, son SURA y Savia Salud, respectivamente. Aunque ambas se rigen por los mismos indicadores de calidad, la evaluación de actores realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social a través de indicadores como oportunidad, satisfacción y trámites ubica a la EPS SURA como la que mejor servicio ofrece a los usuarios (MINSALUD, 2018). Por su parte Savia Salud se ubica en el puesto 15 de 26 EPS del régimen subsidiado, lo que permitiría pensar que la búsqueda por el logro de los fines de bienestar y dignidad del sistema de salud, particularmente en el caso de Medellín, está sujeta a las condiciones económicas de los afiliados.

Desde esta situación, es posible evidenciar diferencias en la forma cómo operan las EPS de un régimen a otro, poniendo en cuestión la dignidad de las personas que se desdibujan por la no satisfacción de los servicios de salud de forma equitativa de la población que hace parte tanto del Régimen contributivo como del subsidiado. Es posible inferir en este sentido, que quienes tienen las condiciones económicas favorables, pueden acceder a servicios de salud con mejor calidad, mientras que aquellos que se encuentran en condiciones económicas menos favorables sufren la exclusión y la no garantía de las condiciones de bienestar que plantea el sistema de salud en

Colombia y que son defendidas en el marco en un Estado Social de Derecho. De acuerdo con lo anterior se propone la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo el sistema de salud Colombiano desde el modelo neoliberal utiliza el discurso de bienestar en la prestación de los servicios de salud a los usuarios de los regímenes contributivo y subsidiado en las EPS de Medellín durante el periodo 2012-2018?

Objetivos

Objetivo General:

Comprender el discurso de bienestar en el sistema de salud Colombiano y su expresión en la prestación de los servicios de las EPS de Medellín durante el periodo 2012-2018.

Objetivos Específicos:

- Identificar las manifestaciones discursivas del sistema de salud Colombiano que en el marco de la salud pública sustentan los enfoques de bienestar y dignidad a partir de la reforma hacia el modelo neoliberal.
- Visibilizar las expresiones de uso del discurso de bienestar en la prestación de los servicios de las Empresas Promotoras de Salud
- Analizar la relación entre el discurso de bienestar y su práctica en los usuarios de las E.P.S. del régimen contributivo y subsidiado en Medellín

Justificación

Desde la comprensión del desarrollo como construcción social contextualizada en la historia, el fundamento es el ser humano y los espacios para el desenvolvimiento de sus capacidades relacionado con la equidad, las condiciones y la calidad de vida (Vega, 2001). Dentro del enfoque de las capacidades, la propuesta de desarrollo humano de Amartya Sen contempla el derecho al disfrute de la salud como uno de los elementos esenciales para el logro de una vida decente⁹. De este modo, la principal relación entre desarrollo humano y salud es que esta es palanca y parte imprescindible del bienestar humano y depende en gran medida del contexto socio estructural del que forma parte (Muñoz, 2011).

Como lo argumentan Pérez, Antelo y Bringas (2010), las políticas de apertura económica y las propias necesidades de competencia del sector privado, han favorecido que los conocimientos en materia de salud avancen a un ritmo más acelerado y que la revolución tecnológica multiplique las posibilidades y potencialidades de mejorar la salud y transformar la estructura sanitaria. Además, organismos internacionales han trazado lineamientos como los objetivos de Desarrollo del Milenio y la APS renovada que subscriben a muchas naciones en una lucha para la reducción de las desigualdades y barreras de acceso a programas de atención básica en salud. Sin embargo, los notables progresos registrados en el ámbito de la salud en las últimas décadas han sido muy desiguales, con una sustancial mejoría en una minoría de países y con un importante rezago en la mayoría.

Una de las razones que han impulsado enfoques más amplios de las políticas de salud, es el concepto de salud en sí mismo, el cual ha tenido varias connotaciones que lo han llevado desde la mirada religiosa hasta una comprensión netamente biomédica; sin embargo, a mediados del Siglo XX la Organización Mundial de la Salud ha promulgado una visión del término más

holística y multisectorial al integrar la medicina con la economía de la salud, los procesos políticos y los factores socioculturales. Así, se considera que factores sociales, económicos, políticos y culturales son determinantes de la salud en la sociedad (Rodríguez y Goldman, 1996). Este enfoque aparece en el Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la salud donde se dice que: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades⁸" (OMS, 2014). Aunque el concepto ha recibido múltiples opiniones complementarias de parte de varias disciplinas sociales y médicas, ha sido el lineamiento para la formulación de políticas a nivel internacional orientadas a la mejora de las condiciones de vida que favorezcan el bienestar y por ende la salud colectiva. En razón a esto, el concepto institucional de salud ha abierto el panorama para que disciplinas como las ciencias sociales analicen la forma en que los sistemas sanitarios y las políticas públicas de ese campo impactan en asuntos de interés general como lo es el desarrollo, ya que está estrechamente ligado a las condiciones mínimas para la garantía del bienestar y el alcance de los objetivos de cada población.

A pesar de que las políticas en salud defiendan el alcance de un nivel de bienestar que garantice a las personas una vida digna, el modelo de libre mercado que estructura del sistema de salud en Colombia y en especial las EPS, definen mecanismos de atención en función de la capacidad de pago de los usuarios. De este modo, se promueven condiciones de desigualdad para el acceso a los servicios que se reflejan en los reportes de salud sobre condiciones médicas que afectan en mayor o menor frecuencia a las personas de cada régimen de afiliación.

⁹ Disponible en <http://www.who.int/about/es/>

Esta propuesta de investigación, pretende aportar elementos para la comprensión de los mecanismos que el sistema de salud Colombiano a través de las Empresas Promotoras de Salud aplica para el alcance de los intereses económicos a la vez que se justifica en prácticas discursivas para la garantía de mejores condiciones de bienestar de los usuarios en el marco de un modelo de salud neoliberal que desde sus inicios ha evidenciado condiciones de desigualdad en ambos regímenes de atención mediados por la condición económica.

Otro valor agregado de esta investigación, es que, al tener el análisis del discurso como estrategia de análisis, permite visibilizar la relación entre las ideologías y las practicas que en el marco del sistema de salud y de las E.P.S. son naturalizadas. Legitimando así, que aspectos tan esenciales para la vida como la salud, se conviertan en un elemento más del mercado. Al estudiar el análisis del discurso entre las E.P.S más representativas del régimen contributivo y subsidiado en Medellín se puede conocer el porqué de las condiciones de desigualdad que afectan a usuarios de ambos regímenes de atención.

Los hallazgos que surjan de esta investigación, son un aporte al debate respecto a las formas en las que un modelo económico puede determinar los fines del Desarrollo Humano en el marco de un Estado social de Derecho que delega la responsabilidad de la atención en salud al sector privado. Así mismo, motivar la reflexión en torno a la importancia del Bienestar como fin de la salud y como elemento básico para la garantía de los Derechos Humanos y la relevancia que ambos conceptos tienen en las formas de pensar el Desarrollo.

Antecedentes Investigativos

Para la elaboración del presente estado del arte, fue realizada una búsqueda amplia a través de distintas bases de datos bibliográficas como Jstore, Scopus y Scielo, y de la consulta directa en la base de datos física de la Facultad Nacional de Salud Pública, Además de algunos documentos de carácter político y normativo extraídos de las páginas oficiales de organismos nacionales e internacionales como el ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud. Aunque la categoría de búsqueda transversal era la salud, el rastreo fue realizado en relación a los conceptos de neoliberalismo, discurso y bienestar.

Si bien la información en torno a la salud pública y el sistema de salud en Colombia es de fácil alcance, las investigaciones y artículos se han orientado principalmente al abordaje de problemas institucionales, evaluación de servicios, programas o políticas públicas, mas no a la comprensión de los conceptos previamente mencionados en torno al funcionamiento del sistema de Salud. Sin embargo, varios artículos describen la forma en la que el modelo económico neoliberal fue posicionándose en los distintos países de Latinoamérica y algunos abordan el caso de Colombia.

En ese sentido, Homedes y Ugalde (2014) describen las reformas políticas y las estrategias propuestas por el Fondo Monetario Internacional-FMI- en la década de 1980 para los recortes del gasto público (Entre ellos el gasto en salud) de los países de América Latina y la aplicación de modelos de descentralización que dieron paso a la reestructuración de los sistemas de salud y el fortalecimiento del sector privado. En torno a eso, realizan también un paralelo en el que comparan los procesos de descentralización en Colombia y en México concluyendo en que el resultado de ambos países se alejaba mucho de los intereses propuestos por el FMI al no lograr mejorar la calidad, la eficiencia y la equidad, logrando un efecto contrario al fomentar las

inequidades y el uso ineficiente de los recursos por parte de los intereses privados que administran el sistema.

De modo similar, Hernández (2002), describe las condiciones económicas y políticas que llevaron a muchos países de Latinoamérica a reestructurar los sistemas de salud siguiendo el modelo neoliberal con el fin de resolver los problemas de gasto público a través de la reducción de los subsidios estatales y la privatización del mercado. A partir de esto, la autora traza un paralelo entre los cambios presentados en el sistema de salud Colombiano basado en un modelo neoliberal junto a sus problemas de estructura y financiamiento y los cambios al interior del sistema de salud Cubano, el cual, a pesar de presentar crisis económicas contó con un apoyo Estatal que asumió parte del impacto negativo de la economía con el fin de evitar el colapso de los servicios sociales.

Por otro lado, Velazco (1997), analiza las interacciones entre los discursos neoliberales y la prestación de los servicios de salud en el marco de la estrategia de atención primaria “Salud Para Todos” promulgada en la conferencia de Alma Ata de 1978 en donde la salud es definida como un Derecho Fundamental para la reducción de las desigualdades y el alcance del desarrollo económico y social de cada país. Las conclusiones del análisis son que en el esquema económico neoliberal y neocapitalista, la atención en salud solo logra ser un derecho de algunos porque estructura mercados de productos y servicios con oferta diferenciada de acuerdo a la capacidad de pago de los usuarios fomentando las diferencias en donde las posibilidades de acceso a los servicios están limitadas solo a algunos sectores sociales.

Para el caso específico de Colombia, Merlano y Gorbanev (2013) realizan una revisión sistemática de la literatura en torno al Sistema General de Seguridad Social en Salud con el fin de comprender las razones de las críticas que este recibe en torno a los costos de transacción, y la

baja eficiencia. Además, busca conocer las propuestas reflexivas de la academia durante las primeras dos décadas de funcionamiento del actual sistema. Sin embargo, concluye en que las publicaciones se han limitado a la caracterización y la definición de problemas y no a la formulación de sugerencias o alternativas relevantes para el debate nacional.

En la misma línea del contexto local, Herazo (2010), reflexiona sobre los principales problemas de la salud en Colombia. Destaca que el peor mal del sistema es la corrupción que se ha posicionado en sus distintos componentes y que imposibilita que se generen buenos servicios sanitarios garantes de una atención con calidad. Así, argumenta que es difícil que el país pueda proveer buenas condiciones sanitarias si la salud más que un servicio es un negocio en el que la prestación está a cargo de empresas cuyo principal interés es el lucro en donde la poca transparencia en el manejo de recursos impide la garantía de un servicio como derecho fundamental. De este modo, sugiere que es pertinente cambiar la mirada en torno a la enfermedad para pasar del enfoque preventivo hacia uno que garantice mejor calidad de vida apoyado en las estrategias de promoción de la salud.

Bajo una mirada jurídica para la comprensión de la salud, Vélez (2007) aborda distintas concepciones de la salud a lo largo de la historia hasta las visiones integrales actuales para entenderla como parte de los bienes básicos necesarios que le permiten al individuo potenciar el ser y el hacer. En torno a esas concepciones, evidencia la relevancia que los conceptos han tenido en la definición constitucional de Estado Social de Derecho, la protección del derecho a la salud y la conexión que este tiene con el alcance de una vida digna. Finalmente, concluye con que la normatividad constitucional formula los derechos constitucionales de manera general y abstracta, dejando un margen de interpretación que ha permitido abordar desde nuevas dimensiones la comprensión de salud para involucrar condiciones de bienestar individual y colectivo.

De este modo, Gañan (2013) desde una mirada crítica y jurídica, analiza la evolución del concepto de salud y el derecho a la salud en relación a los modelos de libertad económica de Colombia para cuestionar si realmente el derecho fundamental supera los condicionamientos económicos del sector que lo administra. El autor toma como unidad de análisis las estadísticas del régimen contributivo que le sirven de eje para concluir que efectivamente la libertad económica prevalece sobre el derecho fundamental a la salud, evidenciado principalmente en las negativas para la prestación de los servicios que incluso hacen parte del plan de beneficios, y los altos índices de mortalidad en enfermedades prevenible y tratables.

Según Gañan (2013), el sistema en su interés de lucro en sí mismo violenta los principios de universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y estabilidad financiera, atentando así contra la vida digna y con calidad. Finalmente, complementa con que el principal responsable de la vulneración del derecho a la vida y a la salud es el mismo Estado al no lograr ser garante de los Derechos sociales.

Siguiendo la línea del neoliberalismo en Colombia, Rodríguez (2008) hace un estudio de casos relacionando este modelo económico con la prestación de los servicios de salud del Instituto de Seguros Sociales, bajo la hipótesis de que ha sido el Estado quien ha querido retirar la financiación y el funcionamiento del ISS, la investigación aborda conceptos, paradigmas y análisis financieros, para concluir en que aunque la rentabilidad de las E.P.S. depende de los direccionamientos que estas tengan, en el caso estudiado ha sido el mismo gobierno el responsable del hundimiento financiero de la institución con el fin de reducir la inversión pública para la prestación del servicio de salud.

Por otro lado, Molina, Ramírez y Ruiz (2014) analizan las relaciones de poder que dominan en el panorama de salud en Colombia a partir de la descentralización y la creación del SGSSS.

Hacen hincapié en que es necesario un cambio en la comprensión de salud en el país hacia un abordaje integral (biosico-social, individual, familiar y comunitario), en donde intervengan distintos actores y recursos con el fin de posicionar los valores que dignifiquen la vida y se superen los intereses de lucro del sistema de salud que resta valor a la salud y la vida de los Colombianos. A partir de sus hallazgos, los autores hacen una invitación a la realización de más investigaciones en torno a los desafíos de la vida y la salud de la forma en que son planteados por la economía de mercado.

Un abordaje teórico para la comprensión de la dignidad lo ofrece Gómez (2008), quien aborda el concepto desde el campo de la salud, cuestionando la praxis actual de la medicina al considerar que las ideas filosóficas y humanistas que dieron origen a la bioética se han ido desvaneciendo en el quehacer médico en donde predomina el manejo de la enfermedad sobre la defensa de la vida. Así mismo propone un paradigma dialéctico que articule la relación en el proceso salud- enfermedad para trascender hacia una visión de lo biológico en donde predominen la dignidad y los Derechos Humanos por encima de la enfermedad.

En el análisis del discurso Moreno y López (2009) presentan un estado del arte sobre el Derecho a la Salud en Colombia durante la primera década del 2000. De este modo analizan la salud desde dos perspectivas, por un lado como estrategia de libre mercado presente en América Latina que ha generado sistemas fragmentados, barreras de acceso a los servicios e inequidades sociales, y por otro lado, como un Derecho que debe ser fundamentalmente garantizado por el Estado, que ha sido concretizado en la norma, en el Derecho y los imaginarios sociales lo que genera una discusión entre el accionar y el discurso de las prácticas en salud.

Bajo la misma metodología de Análisis Crítico del Discurso, Zúñiga (2014) indaga las estrategias del discurso de identidad corporativa de las EPS ubicadas en Cartagena entre el año

2011 y 2012. Concluyendo en que los discursos de auto representación de las E.P.S. están orientados a niveles de marketing y capitalismo en donde pierde protagonismo los temas sociales y humanos ligados a los usuarios.

Ante el balance anterior, se puede concluir que, si bien el tema del neoliberalismo ligado a la salud ha tenido abordaje investigativo en América Latina y en especial en Colombia, las publicaciones disponibles evidencian que el análisis se ha limitado a la caracterización histórica de los cambios en los modelos de desarrollo económico y sus impactos en los sistemas de salud. Además, son pocos los trabajos que desde el análisis discursivo ofrecen una mirada crítica de la discusión entre las prácticas discursivas de la salud a nivel internacional y las prácticas actuales de los actores del sistema.

En el caso Medellín, no han sido encontradas investigaciones que den cuenta de las prácticas de las E.P.S. en relación a los discursos que las sustentan para la defensa de las condiciones de bienestar y dignidad, principalmente las inequidades que se reflejan entre el régimen contributivo y el subsidiado. Ante esto, esta propuesta de investigación es pertinente en la medida que ofrece una mirada complementaria de los problemas de salud estructurado en un modelo que discute con los fines esenciales del Estado.

Referentes Conceptuales

Como se mencionó previamente en la justificación, esta propuesta de investigación está soportada en la dimensión del Desarrollo Humano, la cual sitúa entre sus aproximaciones teóricas el bienestar como fin del desarrollo. La base de estas concepciones que superan las ideas materialistas del pasado tiene su fundamento en el enfoque de capacidades de Amartya Sen que para efectos de la presente propuesta de investigación ha sido tomado como uno de los referentes teóricos para la comprensión del bienestar. Esto, fundamentado en que sus aportaciones han sido guía para para la aplicación a nivel internacional del Índices de Desarrollo Humano, en el cual Colombia ha orientado los objetivos de sus políticas de salud pública para la reducción de las inequidades, las desigualdades y las barreras de acceso a los servicios sanitarios.

El segundo referente conceptual corresponde propiamente al Análisis Crítico del Discurso Tomando como principales referentes Teun Van Dijk, Norman Fairclough y Ruth Wodank cuya ruta teórica y metodológica ofrece un análisis lingüístico más allá de la revisión documental. Permitiendo así, explorar la forma en que el uso del lenguaje transforma la sociedad a la vez que legitima relaciones de poder y desigualdad. De este modo, ofrece un acercamiento a la forma en que son utilizados los discursos por parte de los actores que en este caso hacen parte del Sistema de Salud Colombiano.

Por Último, para abordar con claridad los conceptos de Estado y Neoliberalismo, esta propuesta toma como referente la mirada crítica de Jorge Díaz y Luis Jorge Garay, quienes ofrecen una descripción de las funciones del Estado Social de Derecho de cara a las contradicciones que presenta ante la adopción del modelo económico neoliberal.

Para el análisis del enfoque de las capacidades de Sen, Dubois (2014) manifiesta que el enfoque de capacidades más que una teoría explicativa, es normativa, lo que esto significa, es

que su objetivo principal no es explicar la pobreza o la desigualdad o el bienestar sino proponer nuevas categorías que considera válidas para elaborar nuevas definiciones de estos conceptos. Las dos categorías teóricas con las que se propone definir el bienestar son los funcionamientos y las capacidades. En palabras de Dubois:

- **Funcionamientos:** son los estados de existencia y las acciones que una persona efectivamente consigue o realiza a lo largo de su vida. Pueden ser: actividades, como leer o escribir; estados físicos como estar bien alimentado o sano; situaciones mentales, como estar contento; o, funcionamientos sociales, como estar integrado a la sociedad. Lo central del concepto de funcionamiento es negar que la posesión de los bienes por sí misma es lo que determina el bienestar; por el contrario, lo importante no es lo que se tiene sino el tipo de vida que se consigue llevar con los recursos que se poseen o disponen. El bienestar es lo que una persona consigue realizar con los recursos que dispone. En consecuencia, el bienestar dependerá de los funcionamientos logrados.
- **Capacidades:** son todos los posibles conjuntos de funcionamientos a los que una persona puede optar. La capacidad de funcionamiento significa que una persona tiene ante sí una gama de posibles funcionamientos a los que puede acceder y debe elegir una de las combinaciones de funcionamientos que puede conseguir con sus recursos. Una persona tiene que elegir aquel conjunto de funcionamientos que, dentro de sus posibilidades, contribuya más a su bienestar. La capacidad implica que la persona tiene la libertad de poder elegir.

Siguiendo el análisis de Dubois sobre Sen (2014) , la pregunta sobre el bienestar en el desarrollo se sitúa como un nuevo referente, pues el término a partir de Sen, se empieza a entender desde una dimensión más amplia que la anterior en donde principalmente hacia referencia al componente material, infiriendo en que la respuesta en torno al concepto debe ir enmarcada en torno a los objetivos de una persona para su vida, lo que una sociedad considera para su conjunto y la forma en la que se considera que debe vivirse.

Desde esta manera, las propuestas económicas y sociales deben cuestionar primeramente las concepciones locales en torno al bienestar, de manera que los objetivos que se tracen hayan puesto en consideración los intereses generales de sus implicados y no las concepciones impuestas desde un modelo ajeno que se impone a una forma de pensamiento distinta, y así poder establecer una ruta de evaluación de su funcionamiento y posicionamiento del debate en una nueva dimensión del desarrollo.

En relación al presente tema de investigación, la anterior aproximación teórica al concepto de bienestar, busca ofrecer un acercamiento al análisis y la comprensión que en el ámbito de las políticas de salud en Colombia se ha limitado a las expresiones normativas, más no, a los contextos en los cuales pretenden ser aplicadas. Además, una comprensión más clara del término bienestar fuera del campo estrictamente normativo puede ofrecer una visión más crítica de la relación entre los discursos del modelo neoliberal y sus objetivos relación a los conceptos planteados.

Por otro lado, el fundamento teórico para la comprensión del discurso en esta investigación, es el enfoque de autores como Teun A. Van Dijk, Norman Fairclough y Ruth Wodak sobre el Análisis Crítico del Discurso, a través del cual, es posible analizar, comprender y hasta

transformar las formas en las que el lenguaje es utilizado como herramienta para el abuso de poder o dominación entre grupos sociales (Van Dijk, 2002).

El Análisis Crítico del Discurso y tal como le expone Ruth Wodak (2001), estudia las formas en las que el lenguaje como práctica social se relaciona con el uso del poder, la dominación y el control. De ese modo, el ACD propone un análisis crítico de las desigualdades sociales en las formas como se expresa, constituye, legitima, etcétera, a través del discurso. Contrario a las formas clásicas de Análisis Discursivo, el ACD va más allá de los textos hablados o escritos (que igualmente son considerados parte importante de la investigación), y busca contextualizarlos en las estructuras y prácticas sociales en los originan. De este modo, el ACD considera el poder, la historia y la ideología como conceptos claves del análisis.

Desde la mirada de Van Dijk, existen dos niveles de interacción del discurso, el macro y el micro, siendo el micro el nivel de interacción de los actores sociales mientras que las instituciones, los grupos y el poder social se sitúan en el macro. Bajo esta perspectiva, el ACD pretende estudiar las formas en las que este se involucra en las prácticas de poder social desde las instituciones hacia los actores. De esta manera, el autor ofrece una ruta de análisis que pone de manifiesto los vínculos entre los discursos institucionales y algunas desigualdades sociales en particular.

En primer lugar, Van Dijk propone iniciar en análisis con los miembros de un grupo, es decir, los actores sociales que utilizan el lenguaje y que representan un colectivo. Posteriormente, sugiere la relación entre acción y proceso para identificar las formas en que los niveles de acción pueden conformar procesos sociales o relaciones sociales entre grupos que puedan influir en la reproducción de las desigualdades. Finalmente, aborda el

contexto y la estructura social en el cual se justifican las prácticas institucionales para el uso del poder.

Para Fairclough, el Análisis Crítico del Discurso es una técnica de investigación que difiere en muchos aspectos del análisis del discurso convencional, debido a que está enfocada en el discurso social y en el modo como este es utilizado en los procesos de transformación social por las distintas corrientes de cambio contemporánea tales como el neoliberalismo, la sociedad de la información, la sociedad del conocimiento, etc. Si bien Fairclough originalmente asume una postura lingüista para definirlo, en su interés investigativo lo define como una práctica social capaz de constituir y configurar lo social (Fairclough 1989, 1992a).

Para el autor el ACD (contrario al Análisis del Discurso convencional) implica un dialogo transdisciplinar (no interdisciplinar) con las áreas de análisis, de manera que el dialogo conjunto permita utilizar la lógica y categorías del otro en la formulación de una teoría propia. El objetivo de esto es dar cuenta de cómo los cambios sociales son cambios de discurso y como esto se relaciona con momentos no discursivos como el sentir y las formas de la vida social para ser reconstruidos en procesos de cambio social. De este modo, el autor considera que las estructuras sociales, las instituciones y las organizaciones son el resultado articulado de prácticas sociales que han sido configuradas por elementos semióticos (como la lengua y los textos) que resultan en ordenes particulares de discursos, como es el caso de los modelos de gobierno o las instituciones empresariales específicas (Fairclough, 2001).

Según Fairclough, la semiosis interviene de tres formas en las prácticas sociales, en un primer momento la intervención hace parte de las actividades, de modo que el lenguaje que hace parte de un trabajo específico (como el del médico con sus pacientes) y de las interacciones que en él se desarrollan, a su vez hacen parte de una institución mayor. En segundo lugar, la semiosis

interviene en las representaciones, es decir, los actores que hacen parte de una practican incorporan y hasta fusionan otras prácticas en el ejercicio de las propias, de manera que se configuran a sí mismos con nuevos constructos sociales. En el anterior ejemplo del ejercicio de la medicina, se podría decir que las representaciones en el contexto colombiano serían el modelo económico o el modelo en salud que moldea la forma en la que debe desarrollarse el ejercicio de la profesión. Por último, la semiosis interviene en las realizaciones de los actores que hacen parte de las distintas posiciones de las prácticas sociales. Por realizaciones, el autor entiende las formas en que la identidad de los actores se constituye de acuerdo al rol que ejercen en la práctica social, el cual se ve afectado de acuerdo a condiciones de posición económica, raza, o sexo. Así, siguiendo una vez más el ejemplo de la medicina, el discurso en la salud no solo moldea al médico y a las instituciones, sino también a aquellos que se benefician y relacionan con él, como es el caso de los pacientes o usuarios (Fairclough, 2003).

De acuerdo a lo anterior, La semiosis en la representación y autor representación de las prácticas sociales constituye lo que Fairclough considera "discursos", que, de acuerdo a él, y de manera más contextualizada, son entendidos como:

“representaciones diversas de la vida social. Por ejemplo, las vidas de las personas pobres y desfavorecidas están representadas a través de diferentes discursos en las prácticas sociales del gobierno, la política, la medicina y las ciencias sociales, así como a través de diferentes discursos dentro de cada una de estas prácticas correspondientes a diferentes posiciones de los actores sociales. Finalmente, la semiosis como parte de las formas de ser constituye los "estilos", por ejemplo, los estilos de los gerentes de negocios o los líderes políticos”. (Fairclough,2001)

Desde este enfoque, la propuesta teórica y metodológica que hacen los autores para ACD, resulta pertinente para esta investigación en la medida que permite analizar la forma en que las instituciones que hacen parte del sistema de salud en Colombia, en particular, las EPS utilizan discursos como el bienestar para legitimar prácticas de poder que derivan en condiciones de desigualdad para los usuarios. Además, la ruta del ACD no solo contempla el abordaje documental, sino que además abre la posibilidad al estudio de casos que a través del análisis de los actores permita visibilizar la forma en la que ciertos comportamientos sociales son naturalizados permitiendo así, el fomento de condiciones de desigualdad.

Finalmente, desde la explicación de Jorge Andrés Díaz (2009), existen fuertes contradicciones entre el Estado Social de Derecho y el neoliberalismo, debido a que en Colombia, desde la constitución de 1991, se consagró como marco filosófico el Estado Social de Derecho, el cual se cimienta sobre el respeto a la dignidad humana, el trabajo, la solidaridad y la prevalencia del interés general sobre el privado, lo que deriva en el Estado una mayor responsabilidad para el cumplimiento los derechos vitales y fundamentales. Es así, que los objetivos del Estado Social de Derecho se encaminan hacia el bien común y la equidad, siendo el intervencionismo del Estado necesario para fomentar la racionalidad del proceso político, económico y social este último considerado el marco estructurante de las políticas económicas en Colombia.

En primer lugar, bajo la comprensión del autor referenciado, el Estado Social de Derecho protege los derechos sociales y económicos de los individuos garantizando mínimos respecto a condiciones de vida digna como lo son la alimentación, salud, salario y educación, mientras que el neoliberalismo no asegura los derechos antes mencionados al enfocarse en la maximización del beneficio económico en el nivel individual; en segundo lugar, el neoliberalismo, prioriza

sobre el interés particular, dejando de lado el carácter social y participativo de la acción de maximizar el valor económico.

El autor en su análisis evidencia diversas razones para explicar estas tensiones, destacando las ocasionadas por las relaciones de poder y su papel en la asimilación e impulso del modelo económico neoliberal de carácter autoritario, afectando el desarrollo del Estado Social de Derecho y con ello la legitimidad del sistema político.

Por otro lado y de forma complementaria, Luis Jorge Garay (2002), contrasta la definición constitucional del Estado Social de Derecho versus el panorama real en el que está enmarcado, así, describe que este se erige como un plan de acción que persigue la democracia económica y política con el fin de propiciar sociedades más incluyentes y democráticas. Para Esto, el Estado Social de Derecho rescata de los elementos económicos y sociales del Estado de Bienestar los aspectos ideológicos, políticos culturales y jurídicos que faciliten la transición y el alcance de sociedades pluralistas y justas. Sin embargo, cuestiona la contradicción ideológica versus el contexto en el que pretende ser aplicado, que en palabras textuales lo explica así:

“La proclamación constitucional del Estado Colombiano como un ESD, La realidad económica, política, social y cultural dista sustancialmente de las condiciones objetivas requeridas, al punto que no se ha logrado ni siquiera haber implantado un verdadero Estado de Derecho... La construcción de Un ESD tiene que partir de la valoración y compromiso sociales en el cumplimiento incondicional de los derechos fundamentales.”

Otra de las características de Garay, es que para la definición y la crítica a las responsabilidades del Estado, toma postura desde la teoría del desarrollo humano de Amartya Sen. De manera que la garantía de libertades básicas como la salud, la educación o la expectativa de vida, responden a factores económicos, políticos y sociales en las que el Estado

debe ser garante en condiciones de igualdad y orientados a la reducción de las barreras de exclusión y marginación de los distintos grupos poblacionales.

De acuerdo a esto, y en sentido estricto, modelo de Estado en Colombia debe propender por el alcance de un entorno social, político, cultural y económico incluyente y con igualdad de oportunidades que potencien las capacidades y el ejercicio de las libertades de las personas como protagonistas del desarrollo en la sociedad. Dentro de un esquema de justicia distributiva, el Estado Social asume funciones de regulación política de la economía con el fin de mitigar las desigualdades sociales a través de la procura de un mínimo existencial que provea asistencias y prestaciones que aseguren las condiciones básicas para el logro de igualdad de oportunidades.

Estas aproximaciones teóricas, no solo permite partir de un concepto en particular, sino evidenciar las tensiones que en la estructura del Estado y el sistema de salud dan origen a los discursos asumidos por las instituciones de poder y los actores involucrados que naturalizan ciertas prácticas que sustentadas en conceptos como el bienestar y la dignidad.

Metodología

Para el desarrollo de esta propuesta de investigación, se partirá del enfoque hermenéutico-crítico, utilizando estrategias de investigación cualitativa. La metodología a utilizar es el Análisis Crítico del Discurso –ACD- que permite identificar como a través de los actos del habla y los textos son practicadas, reproducidas y combatidas prácticas de poder y control social. La particularidad de esta metodología, es que va más allá del análisis teórico, permitiendo contextualizar en casos concretos que den cuenta del accionar del discurso y así, analizarlo en tres etapas: el contexto político en el que surge, las instituciones que lo ponen en práctica y los actores que lo legitiman.

Para cumplir con los objetivos de esta investigación, la recolección de la información en fuentes primarias ha sido lograda a través de entrevistas a siete médicos de distintas instituciones de la ciudad y 8 usuarios afiliados a varias EPS tanto del régimen contributivo como del subsidiado. Todos los participantes fueron seleccionados mediante un muestreo intencionado que permitió ubicar aquellos que hacen parte de los procesos asistenciales y miembros de las asociaciones de usuarios cuya cercanía a la institución representa la defensa del Derecho a la salud. El uso de estrategias cualitativas, da la posibilidad de contraste entre lo que se dice y el deber ser en términos discursivos (sentido y significado de los actores) en los distintos niveles de acción con el fin de analizar la forma cómo operan los discursos en un espacio y actores concretos.

Para dar cuenta de los objetivos de la investigación, metodológicamente se seleccionaron aleatoriamente instituciones públicas y privadas de Medellín como casos representativos de los regímenes contributivo y subsidiado en la ciudad, para que en un análisis comparativo, permita

una mayor interpretación de las formas en que el concepto de bienestar se orienta en las practicas del sistema de salud de Colombia bajo un modelo neoliberal.

La selección de la muestra en cada uno de los objetivos es intencional, ya que tanto los documentos como los casos de análisis cumplen con características particulares en torno a los conceptos clave de la investigación. El periodo de análisis de la investigación es a partir del año 2012 debido a que es desde esta fecha que por orden normativa fueron unificados los planes de beneficios para los usuarios de ambos regímenes de afiliación, lo que obliga a que la prestación de los servicios sea igual para todos los usuarios del sistema.

Esta investigación comprende tres etapas. Inicialmente fue realizado el análisis de las normas, políticas y lineamientos internacionales y nacionales que en torno a la salud pública trazan la el bienestar como fin de los sistemas de salud. El segundo y tercer momento, es el análisis de las entrevistas a los funcionarios de las instituciones y a los usuarios, lo que permite contrastar las diferencias en la aplicación de los discursos de bienestar entre el régimen contributivo y el subsidiado en salud en Medellín.

Aunque hay diversidad de programas para el análisis de información en textos, la propuesta es el uso del software Atlas.Ti ya que el programa permite procesar información cualitativa mediante la agrupación de documentos, codificación de categorías y la construcción de redes entre los documentos de análisis.

Siguiendo las estrategias previamente planteadas, el plan de acción para el alcance de cada uno de los objetivos es el siguiente:

Para el objetivo uno, serán investigadas fuentes secundarias de tipo cualitativo, siendo la unidad de análisis todos los documentos normativos y políticos a nivel nacional e internacional en materia de economía y salud que sirvieron de base para la formulación de la Ley 100 de 1993,

en donde se evidencien los lineamientos hacia el alcance del bienestar y la dignidad como fin de los sistemas de salud en Colombia. Esta información será almacenada, categorizada y codificada a través del uso del Software Atlas.Ti que permite el análisis cualitativo de documentos primarios y la identificación de frecuencias e interrelaciones de los códigos o conceptos identificados para esta investigación.

El desarrollo del segundo objetivo tiene como unidad de análisis las EPS. Aquí, se recopilaron fuentes primarias mediante entrevistas a médicos que han sido seleccionados de forma intencionada por pertenecer a procesos asistenciales distintos. Al igual que en el objetivo uno, el plan de acción para el análisis de los documentos recopilados en el objetivo dos es la categorización y codificación por medio del software Atlas.Ti.

Para el análisis del tercer objetivo, la unidad de análisis también son las E.P.S. aunque en este caso las entrevistas fueron realizadas a miembros de las asociaciones de usuarios quienes son los que están ligados a la defensa del derecho a la salud, además de usuarios convencionales familiarizados con el devenir constante de los procesos de acceso a los servicios médicos. Este objetivo permite observar desde los involucrados directos, los efectos por la aplicación del discurso que se manifestará en la narrativa analizada nuevamente a través del software Atlas Ti.

Finalmente, con la información obtenida en el análisis de cada objetivo fue realizada una triangulación que permitió asociar los tres componentes de esta investigación, es decir, contrastar entre el discurso en las políticas de salud, la aplicación por parte de las instituciones y la visión de los usuarios. Esta propuesta de análisis, como lo explica Flick (2014) se enmarca en el modelo de triangulación sistémica de perspectivas que permite analizar distintas aristas de un fenómeno y así, identificar fortalezas y desventajas para develar trasfondos teóricos que ofrezcan un

panorama amplio del problema que en el caso de la presente propuesta ayudará a responder a la pregunta de investigación y generar el análisis crítico de los resultados.

Consideraciones Éticas

Esta investigación considera un riesgo mínimo, porque durante la realización del estudio se puede generar sentimientos de temor que pueden representar riesgos en la salud mental de los entrevistados, para el manejo de esta situación se realizará acompañamiento constante con disposición a la atención de inquietudes y las garantías de confidencialidad. Los datos del estudio serán obtenidos a través de procedimientos comunes como realización entrevistas.

La realización de esta investigación es acorde con los principios de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia, que deben respetarse al realizar la investigación en seres humanos. Además, el propósito de esta investigación es Comprender como el sistema de salud Colombiano justifica estrategias neoliberales mediante el uso del discurso de bienestar y dignidad y su influencia en la prestación de los servicios a los usuarios de las E.P.S. del régimen contributivo y subsidiado de Medellín en el periodo 2012-2018, cumpliendo con los requisitos éticos y legales que se tienen establecidos a nivel nacional para realizar investigación en seres humanos y respetar el buen nombre personal e institucional.

Antes de comenzar la recolección de los datos, se solicitará por escrito la aprobación de los participantes para que tengan un buen conocimiento sobre los objetivos y tipo de estudio. A su vez se les dará a conocer el consentimiento informado, el cual será leído y explicado por los entrevistadores a cada uno de los participantes de forma que sea comprendido en su totalidad y sea firmado antes de comenzar el estudio, en caso de aceptar participar.

La información recolectada en el estudio será manejada respetando la confidencialidad y anonimato de los participantes; los diferentes análisis realizados y la divulgación pública de los resultados, serán de carácter colectivo sin hacer alusión a personas que puedan ser identificadas de forma específica. La información generada por las entrevistas será manejada por personal autorizado, el equipo de trabajo y una vez terminado la investigación, quedaran bajo custodia del investigador y de la institución en la cual se realizó la investigación con el fin de cumplir con los objetivos planteados que beneficien el entorno de las instituciones de salud participantes.

La finalidad de este estudio es netamente académica, sin ningún ánimo de lucro o beneficio individual. Todos los participantes serán tratados en igualdad de condiciones, respetando su dignidad, libertad, intimidad, buen nombre y demás garantías consagradas en la constitución política de Colombia.

Por último, se dejará claro que la participación en la investigación es libre y voluntaria, y que en cualquier momento puede dejar de participar en él, sin recibir ningún tipo de castigo o sanción de cualquier índole.

CAPÍTULO I

SALUD, BIENESTAR Y DESARROLLO.

Análisis contextual para la comprensión del discurso neoliberal en el sector salud.

En el presente capítulo, serán abordados elementos de contexto que dan cuenta de los procesos históricos que ha tenido la idea del bienestar en el campo de la salud. Partiendo de la idea de salud propuesta por la OMS en 1946, el tema ha presentado ciertas transformaciones que han despertado el interés social tanto como una necesidad de intervención como una oportunidad para el ejercicio de poder. Así, el enfoque institucional por la mejora de las condiciones de vida han contribuido a la adopción de enfoques de desarrollo económico y humano que al día de hoy no solo han permeado la estructura de los sistemas de salud sino que han configurado las dinámicas sociales mediante la adopción de prácticas colectivas que legitiman el ejercicio de ciertas instituciones.

Tal como lo describen autores como Van Dijk, Wodak ó Fairclough, el Analisis Critico del Discurso se enfoca principalmente en la comprensión de problemáticas sociales que se mantienen vigentes a través del lenguaje como forma de justificar el poder. En ese sentido, los autores mencionados describen elementos de macro nivel y micro nivel para el estudio del proceso que lleva a la materialización de las prácticas institucionales y sociales. Es decir, el nivel macro hace referencia al contexto en el que surgen los discursos, tal como el escenario político, económico o cultura que le permite surgir; El nivel micro corresponde a los actores que los ponen en práctica, las formas de reproducirlo y las representaciones mentales.

En este capítulo serán analizados los elementos macro, articulando enfoques como la definición de salud como un asunto de bienestar, la ratificación como un Derecho, los aspectos

biopolíticos en torno a él y los intereses económicos que llevaron a que el bienestar fuera un asunto de mercado generando relaciones de dependencia entre la base social y las instituciones que lo promovían.

La salud desde la OMS.

*...La salud es un estado de completo bienestar físico,
mental y social, y no solamente la ausencia
de afecciones o enfermedades.*

*El goce del grado máximo de salud que se pueda
lograr es uno de los derechos fundamentales de todo
ser humano sin distinción de raza, religión, ideología
política o condición económica o social...*

(OMS, 1946)

Al igual que la idea de desarrollo, la actual comprensión de la salud desde la mirada institucional es gestada y posicionada en contextos de la segunda posguerra. Con el interés de darle un enfoque más integral al concepto de salud, la Organización Mundial de la Salud (1946) en su acta de constitución la define como “un perfecto estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades”. Marcando así, un punto de inicio en la despersonalización de la salud, es decir, que a partir de esta nueva acepción no solo sería el resultado de acciones de autocuidado individual, sino que también estaría articulada a una serie de determinantes sociales y elementos institucionales derivados del Estado que de manera conjunta debían procurar mejores condiciones de bienestar social.

La salud históricamente no ha sido propiamente definida desde las instituciones formales, sino que ha estado contextualizado a la cultura de cada sociedad y los distintos momentos históricos en los que se ha desarrollado. Así, ha sido entendida desde la antigua mirada religiosa hasta el paradigma biomédico de la modernidad. Giros conceptuales que han evidenciado la mutabilidad del término y las prácticas individuales y sociales que surgen en torno a él, dejando abierto un amplio abanico de posibilidades para pensarla, comprenderla y abordarla. A pesar de esto, en la actualidad la acepción más aceptada de salud, es la de la OMS a partir del cual, han sido estructurados lineamientos internacionales, y normas y políticas públicas locales en materia sanitaria.

La homogeneización en la definición de la salud por parte de la OMS ha suscitado distintas opiniones a favor y en contra. Para autores como Navarro (1997), uno de los problemas del concepto fue de carácter epistemológico, que en sus palabras lo define así:

Asume que hay un consenso universal sobre lo que significan los términos clave de la definición, a saber, «salud», «bienestar» y «población». Esta universalidad, sin embargo, es apolítica y ahistórica. En otras palabras: la definición de la OMS evita el tema de quién define lo que es bienestar, salud y población, y presupone que «salud» es un concepto apolítico, conceptualizado científicamente, que se aplica a todos los grupos sociales y a todos los períodos históricos por igual. Evita, pues, el problema epistemológico del poder. (Navarro, 1997. pp. 1)

Por otro lado, el mismo autor resalta algunos avances en el giro conceptual, al afirmar que es un paso progresista que no solo va más allá de entender la salud como un asunto estrictamente biológico y psicológico, sino que además es un tema de índole social. De este modo, las intervenciones sanitarias no deben ser exclusivas de los servicios asistenciales sino también

orientadas hacia aspectos relacionados con las condiciones de vida de las personas, tales como la vivienda, el empleo, el ambiente, la distribución de la renta, etc. marcando así un punto de inicio para un movimiento internacional que luego de la segunda guerra mundial orientó acciones para la mejora de las condiciones de vida de la población, estableciendo así las bases para el surgimiento del Estado de bienestar en occidente⁹ (Navarro. 1997).

A pesar de las posturas a favor y en contra de la universalización del concepto de salud por parte de la OMS, un elemento que se ha tornado como común denominador entre las formas de definir la salud en la actualidad, es que esta va más allá de los aspectos biológicos y está articulada a las dinámicas sociales, los recursos físicos, económicos y humanos que a través de un nuevo acuerdo social, marcan los compromisos entre el Estado y la sociedad para el alcance de mejores condiciones de bienestar y vida digna (Vélez, 2007). En ese sentido, la participación del Estado juega un papel fundamental en el alcance de los compromisos trazados en materia de salud pública no solo por lineamientos políticos que puedan ser promulgados, sino por el manejo de las condiciones y modelos económicos propios de cada contexto que se tornan determinantes de las brechas para el acceso a oportunidades de la población.

Así mismo, Navarro (1997) sostiene que la salud y la enfermedad más allá de ser categorías científicas, son categorías de poder, debido a que tanto la práctica médica como las instituciones sanitarias están altamente influenciadas por el contexto social y político del que forman parte. De este modo, los procesos de participación y resistencia social como práctica política, son capaces

⁹ Vicente Navarro es un autor que desde su formación como médico y sociólogo ha desarrollado un trabajo de manera crítica a través del cuestionamiento hacia los intereses económicos a nivel mundial que reducen la participación del Estado en las políticas de bienestar y calidad de vida. Para mayor información, véase: <http://www.vnavarro.org>

de ir más allá de la objetividad científica para establecer nuevas visiones de asuntos que puedan enmarcarse entre lo sano y lo enfermo a nivel institucional.

En ese sentido, la redefinición e institucionalización del concepto de salud a partir de la constitución de la OMS expresa las ideas de base para el surgimiento de los Estados de Bienestar al transitar del derecho a la asistencia hacia el de la salud y el bienestar social, en donde los Estados asumen la obligación de proporcionar las condiciones necesarias para el alcance de una vida saludable. Así mismo, el panorama de intervención se amplifica, al pasar de un enfoque preventivo a uno de promoción de la salud, de manera que los nuevos Estados de bienestar asumen un nuevo reto en materia de políticas públicas y planificación. (Castillo, Garrafa, Cunha, & Hellmann, 2017)

El surgimiento de la OMS en contextos de la segunda posguerra no sólo se convierte en un referente intelectual, sino también institucional para guiar lineamientos internacionales en materia de salud y políticas públicas de bienestar a partir de dos momentos claves. Inicialmente la redefinición de la salud y su determinación con las condiciones sociales, y posteriormente la declaración de Alma Ata en 1978 sobre atención primaria en salud. Sin embargo, Este nuevo giro en el discurso institucional no sólo marca un antes y un después en las políticas sociales de los Estados, sino que también, como todo discurso institucional genera efectos en su abordaje al articular la salud como resultado del bienestar en las distintas dimensiones del ser. Esto desencadenó una serie de discusiones académicas en torno a las acciones biopolítica de los Estados y sus modelos económicos, debido a que a partir de la nueva forma de ver y abordar la salud eran más las condiciones de la vida cotidiana que determinaban las enfermedades y en las cuales los gobiernos tenían la responsabilidad de intervenir y controlar, de modo que la salud dejaba de ser un escenario exclusivo de la medicina y la salud pública.

El bienestar en la biopolítica.

Aunque el objetivo de este apartado no es ahondar en la génesis y procesos de la biopolítica, debido a que el presente análisis toma como punto de partida el uso del concepto de salud a partir de la segunda posguerra específicamente la constitución de la OMS, sí es importante describir una generalidad del concepto para comprender sus cambios históricos y la forma en que la salud y el bienestar como discurso, se convierten en escenarios de la biopolítica.

La vida biológica ha marcado siempre el horizonte de la vida política, así como la política ha sido necesaria para el desarrollo de las relaciones humanas y la vida. Sin embargo, ha sido hasta finales del siglo XVII y XVIII que la develación de distintos procesos sociales ha marcado más la relación entre los aspectos políticos de la sociedad con la vida. Esto, contrario a la antigua visión griega en la que la vida política no formaba parte de la vida biológica y viceversa, es solo hasta la modernidad en que la relación entre ambas esferas se torna más estrecha. Así mismo, y como lo explica Esposito (2013), esta cercanía es progresiva y pasa por dos momentos cruciales. Por un lado, la transición del paradigma de la soberanía al paradigma de gobierno y, por otro lado, el surgimiento de la biología como disciplina a finales del siglo XVIII.

Por su parte, el surgimiento de la biología como disciplina y como ciencia, contribuye en el desligue del pensamiento religioso y antropocéntrico, para reconocer al hombre como una especie más que habita en contacto con otras especies, transversalizado por fuerzas que escapan a la razón y responden al instinto. Cuestionando así, la supremacía y autonomía del hombre en la creación y manejo de instituciones como la democracia y tomando como punto de referencia al Bios como fuerza que está más allá de toda connotación jurídica y política (Esposito, 2013).

Sin embargo, la posterior relación de interacción entre lo concerniente a la vida y a lo político no siempre involucró compromiso Estatal para el mejoramiento de las condiciones de vida.

Durante mucho tiempo, el interés hacia la salud estaba limitado por el cuerpo físico y su importancia en los procesos de industrialización y producción de bienes. De este modo, la salud era socialmente valiosa en función de las dinámicas económicas en las que el cuerpo solo era visto como parte de la fuerza de trabajo. El mismo Foucault (1974) describe tres formas en las que la consolidación entre política y vida toma lugar antes de convertirse en lo que es hoy día.

Foucault describe en un primer momento la medicina de Estado, que surge en Alemania en el siglo XVII mediante el impulso de la policía médica como práctica medicalizada para el mejoramiento de la salud de la población. A través de esto, el Estado inicia su control en la enseñanza de la medicina y concesión de títulos para normalizar el ejercicio de la profesión, con el cual surgen también ministerios y organismos Estatales para el control y la promoción de la medicina. Un fundamento filosófico característico de esta forma de medicina Estatal, es que iba más allá de ver a los individuos como fuerza laboral, para reconocerlos como fuerza de Estado que puede hacer frente a los conflictos económicos y políticos frente a sus aliados.

La segunda forma de medicina descrita por Foucault, es la medicina Urbana, desarrollada en Francia también en el siglo XVIII, pero contrario a Alemania, esta no era impulsada por el Estado sino por los mismos procesos de urbanización, que despertaba la preocupación del Estado por la higiene pública de las urbes. Aquí, empiezan a ser identificados los espacios amenazantes para la sanidad y a ser aplicadas acciones de aislamiento y cuarentena y reorganizar las fuentes de agua o corredores de aire, moldeando de paso la forma de planificar las ciudades.

Por último, la medicina de la fuerza laboral fue la última forma en la que se expresó la salud pública desde el Estado en sus orígenes. Fue promovida por el Estado Inglés para la intervención de la clase obrera y de los pobres. A partir de aquí, surge una nueva forma de control, intervención y sesgo del Estado en lo social, pues se considera que la interacción entre ricos y

pobres representaba un problema para la sanidad, de modo que el poder político intervino en el derecho a la propiedad y la vivienda privada dividiendo los sectores urbanos en zonas de ricos y zonas de pobres.

La salud como resultado de las condiciones de vida y desenvolvimiento de los individuos con el trabajo, la vivienda, el empleo y el medio ambiente, va más allá del enfoque preventivo que la medicina tenía hasta inicios de la segunda mitad del siglo XX. En el giro discursivo y la promulgación de la declaración de los Derechos Humanos, no solo el acceso a los servicios sino el bienestar en sí mismo pasa a ser un Derecho fundamental y exigible de las poblaciones a sus gobernantes, y por ende una nueva responsabilidad del Estado de Orientar las acciones necesarias para garantizar, medirlo, controlarlo y establecer indicadores tanto a nivel macrosocial como individual.

De este modo, el nuevo papel del Estado en las condiciones determinantes del bienestar adquiere connotaciones tanto positivas como negativas con su participación en los asuntos de salud pública. Por un lado, asume un papel facilitador en las condiciones sociales en las que nace y vive la gente, pero por otro, ese mismo papel genera un criterio controlador de las mismas condiciones. Es decir, la despersonalización en el nuevo discurso de la salud y el bienestar, le permite al Estado decidir y aplicar mecanismos para entenderla, medirla y controlarla, así como las formas en que deben ser intervenidos los problemas derivados de la enfermedad. Esta ambigüedad entonces, se convierte en un nuevo escenario biopolítica en donde se torna cada vez más importante la incidencia del poder del Estado y las instituciones sobre la vida.

Según Tejada (2011), uno de los asuntos cruciales de la biopolítica es la autoridad que ejercen las estructuras de poder sobre los individuos. Si bien esto no es un asunto nuevo, si puede ser vista como contemporánea la forma en que las instituciones tanto del Estado como del mercado

ejercen control y participación en la salud de las poblaciones. Para Foucault, uno de los autores que más ha influido en el análisis contemporáneo de la biopolítica, una de las formas en que esta conquista la libertad moderna, es mediante el control y la vigilancia sobre los individuos, las vidas y los cuerpos de las personas. De manera que si la biopolítica hace referencia a la conexión entre política, poder y vida, el control demográfico tal y como se realiza en la actualidad se posiciona en el centro de todo esto (Foucault citado en Tejada 2011).

Así, los objetivos y estrategias surgidas a partir de la segunda posguerra orientadas al bienestar y la mejora de las condiciones de vida como es el caso de la reducción de la morbilidad, la mortalidad, el aumento de la expectativa de vida y el acceso a servicios asistenciales, son producto del involucramiento del poder Estatal sobre las poblaciones. Sin embargo, este involucramiento del poder del Estado en los asuntos sociales, no parte únicamente del giro discursivo en la redefinición de la salud y su despersonalización a partir de la constitución de la OMS, sino del compromiso adquirido en la declaración Universal de los Derechos Humanos.

La universalización de los Derechos y la posibilidad de participar de manera democrática en las decisiones de interés común, abrió el camino para una oferta de servicios que iba más allá de los condicionamientos económicos que hasta ese momento eran de tipo restrictivo facilitando solo a las elites sociales el acceso a los servicios médicos y a la educación de manera particular. De este modo, a partir de la redefinición de la salud por parte de la OMS y de la Declaración universal de los Derechos humanos, el discurso del bienestar no solo prepara el campo de la acción biopolítica a través de los servicios asistenciales, sino que le permite ir de lo particular a lo general. Es decir, ya no solo será limitado a aquellos grupos sociales más cercanos a las

instituciones o con mayor poder económico, sino que la universalización de los Derechos amplía el alcance a todos los grupos sociales.

En ese sentido, y como lo describe Tejada (2011), la biopolítica a través del discurso del bienestar muestra un lado que en apariencia puede verse amable o positivo al mostrar de parte de las instituciones de poder un interés y preocupación por los asuntos en materia de bienestar y salud al procurar trato equitativo y entre pares derivado de las políticas demográficas, los Derechos humanos y el respeto al individuo. Por otro lado, el nuevo giro discursivo abre la acción biopolítica bajo una mirada homogénea, en donde la salud es entendida en todas las sociedades por igual y las estrategias institucionales para controlar e intervenir los determinantes sociales de la salud parten del desconocimiento de las miradas particulares y multiculturales de los distintos grupos sociales.

Salud y Derechos Humanos

Art. 3: Todo individuo tiene derecho a la vida, a la

Libertad y a la seguridad de su persona.

Art. 22: Toda persona, como miembro de la sociedad,

Tiene derecho a la seguridad social...

(Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948)

Aunque la nueva definición de salud marca un antes y un después en su comprensión y abordaje por parte del Estado, la nueva apuesta de la OMS solo es un elemento discursivo carente de vehículos para la acción al ser simplemente una agencia internacional subordinada de la ONU. El nuevo compromiso adquirido por parte de los Estados para intervenir las condiciones sociales determinantes del bienestar, sólo podía ser ratificado mediante un lineamiento mayor que anclara la salud como una garantía de las que pudieran disponer las personas sin importar las condiciones sociales y económicas a las que pertenecieran.

Es así, como poco después de finalizada la guerra, el 26 de junio de 1945, durante la conferencia de San Francisco, Estados Unidos y otras 50 naciones más a través de la firma de la carta de creación de la Naciones Unidas y a su vez, la Declaración Universal de los Derechos Humanos asumen un compromiso colectivo contra el genocidio y los horrores de la guerra. El nuevo convenio internacional, más allá de rechazar las violaciones cometidas contra la humanidad, buscaba ratificar y exigir el respeto hacia la vida, la libertad y la dignidad humana a través de un acuerdo internacional que sentaría sobre cada país los lineamientos para la aplicación de instrumentos que sirvieran de garantía para estos Derechos.

Igualmente, dentro de los valores promovidos por la declaración, se incluyen exigencias de tipo institucional para la promoción de mejores condiciones de bienestar y vida digna de la sociedad. Delimitando así, las acciones del Estado en un compromiso que entraba en el escenario del Derecho Internacional para la garantía de los Derechos Humanos, como es el caso de la educación y la seguridad social. Esta última, defendida como un Derecho Fundamental por parte de la ONU y de los Convenios de la Organización Internacional del Trabajo –OIT- y entendida como:

la protección que una sociedad proporciona a los individuos y los hogares para asegurar el acceso a la asistencia médica y garantizar la seguridad del ingreso, en particular en caso de vejez, desempleo, enfermedad, invalidez, accidentes del trabajo, maternidad o pérdida del sostén de familia. (OIT, 2003)

A pesar de lo anterior, desde distintas miradas se han suscitado cuestionamientos al alcance de una seguridad social garantizada como Derecho humano, universal e inalienable, así como al papel de los Derechos Humanos en el contexto global actual. Esto, considerando las dificultades internacionales para establecer mecanismos viables que garanticen ese derecho y de la declaración en general. Por otro lado, el análisis crítico ha conducido a examinar los DD.HH. desde una mirada discursiva, que si bien pretendía hacerle frente a un contexto de superación de la guerra, no logra articularse a los contextos económicos y políticos de la segunda mitad del siglo XX que tienden por desfavorecer el compromiso asumido por los Estados.

Analizar y debatir el tema de los Derechos humanos y la salud desde la mirada de la teoría crítica, permite desligarlos del enfoque estrictamente jurídico en donde son vistos como universales y obvios a la luz de la dignidad humana. Así, la teoría crítica en su ideal emancipa

torio problematiza los derechos humanos como un conjunto de discursos en total contradicción respecto de la realidad global a partir de la segunda guerra mundial. De igual modo, la escuela contestataria discursiva, concibe los Derechos humanos como un hecho del lenguaje y un resultado discursivo cuyo único carácter es referencial y carente de universalidad que buscaba simplemente hacerle frente a los vejámenes dejados por la guerra. En palabras de Alan Arias:

...Por un lado, los Derechos Humanos son un discurso referencial dominante en términos valorativos y normativos y, al mismo tiempo, son proceso de instrumentalización política, manipulaciones legitimadoras, así como uso banal y abuso vulgarizador de los Derechos humanos. Por el otro lado, en su dimensión interior propiamente discursiva en cuanto a la radical inadecuación de su composición conceptual y sus proposiciones teóricas respecto de las efectivas condiciones sociales, políticas y culturales del momento histórico contemporáneo. La consecuencia inesperada y perversa es la pérdida de sus potencialidades emancipadoras. (Arias, 2015. pp. 1)

Como lo expone Arias (2015), el discurso dominante de los Derechos Humanos en su fundamentación teórica no refleja una relación vinculante con la realidad actual. Esto, analizándolo a partir de su reformulación en la segunda posguerra, de modo que el nuevo discurso no es coherente con las condiciones sociales emergentes ni con las tensiones políticas globales que caracterizaron la segunda mitad del siglo XX. En ese sentido, los Derechos humanos en su formulación dominante no son sino el resultado sintético de rechazo a las situaciones previas ocurridas de vulneración a la vida durante la segunda guerra mundial, que si bien en la actualidad resulta útil en la intervención de crisis humanitarias y violaciones a Derechos civiles y políticos, resulta inviable en términos de Estados democráticos. Esto, debido a

que las condiciones sociales políticas y culturales a partir de la segunda mitad del siglo XX estaban determinada por los procesos de globalización que por un lado tendía a la homogeneización de los procesos económicos y culturales, y por otro lado, paradójicamente, el reforzamiento de una heterogeneidad cultural a partir de la reivindicación de identidades étnicas, religiosas y modos de vida diversos que luchan por cohabitar simultáneamente.

Así mismo, otro de los aspectos críticos de los Derechos Humanos como discurso, es que en el actual contexto de globalización, este solo actúa como referente normativo y no como mediador. De modo que los Derechos humanos tienden más a ser un campo de disputa, un argumento de justificación entre las tensiones que surgen por la defensa de modelos económicos y culturales imperantes que se justifican en la “organización y mejora” de las relaciones sociales en constante expansión. Así, la idea de un bienestar garantizado a través del compromiso adquirido de manera directa por parte de los Estados, se convierte en simple discurso político carente de acción e infaltable en las reformas constitucionales y normativas adoptadas a finales de siglo en Latinoamérica y deslegitimado por los intereses económicos que posteriormente transversalizan las políticas pensadas en pro del bienestar social.

Del discurso del bienestar al discurso del Desarrollo

Aunque la Organización de las Naciones Unidas ya tenía un precedente que era la Liga de las Naciones, fue solo a partir de la creación de la ONU que una carta de derechos con pretensión de universalidad, hizo parte de los objetivos de la alianza de los Estados miembros para la cooperación internacional y la preservación de la paz. Si bien esta carta no hacía parte de los objetivos iniciales de su creación, las presiones ejercidas por algunos países de América Latina como Panamá y México lograron posicionar la iniciativa que establecía obligaciones de Derecho Internacional para la protección de los Estados Miembros (Jurado, 2013).

A partir de la creación de la carta de Derechos de la ONU y en el proceso histórico que ha tenido hasta hoy, surgen varios cuestionamientos y críticas respecto a sus fines y a lo que no pretendía ser en comparación a la sociedad de las naciones. Es decir, uno de los fundamentos de la sociedad de las naciones fue la voluntad de mantener los colonialismos y sistemas de mandatos de los países vencedores. Esto, justificado en que los pueblos vencidos eran sociedades subdesarrolladas incapaces de gobernarse a sí mismas, razón por la cual necesitaban el poderío y experiencia de los vencedores para desarrollarse a través del proceso colonizador.

En ese sentido, si la declaración de Derechos Humanos promulgada por la ONU, pretendía entre sus objetivos hacer frente a los errores de su predecesora y garantizar a los Estados autonomía y libertad librándose de los regímenes opresores y colonialistas, estos fines se han visto limitados ante el discurso del desarrollo emergente en la segunda posguerra. A través de esta nueva estrategia discursiva formulado por Estados Unidos, se pretendía la transformación económica y cultural de los países de América Latina, Asia y África bajo el modelo social de los llamados países del primer mundo.

En este punto, es importante hacer claridad que el análisis de los discursos de los Derechos Humanos y el Desarrollo en América Latina son relevantes en la medida que permiten contextualizar el uso del discurso del bienestar y la salud en el caso colombiano. Así mismo, dar cuenta de que los actuales problemas institucionales para el abordaje de la salud, responde a discursos mayores que han sido articulados durante la segunda mitad del siglo XX para configurar los cambios e intereses institucionales que deslegitiman el bienestar como fin para pasar a ser un justificante de prácticas de poder e intereses económicos.

De este modo, la salud como Derecho Humano, y los Derechos Humanos en general son parte del abanico de justificaciones utilizado por las naciones del norte en su concepto de desarrollo para penetrar en los países del sur mediante la idea de progreso y bienestar. Las estrategias de intervención para mejorar las condiciones de vida de las llamadas áreas subdesarrolladas impulsó que el compromiso de los Estados en materia de Derechos Humanos enfrentara un vuelco institucional y social en la búsqueda de una salud global garante de derechos que superara las barreras económicas y geográficas para el logro de las condiciones de bienestar físico, mental y social promulgadas por la OMS.

Así mismo, una de las razones por la que los Derechos Humanos en especial en materia de salud son considerados desde la crítica como un instrumento discursivo, es que estos no logran anclarse a las particularidades Estatales en la posguerra. En cambio, enfrentan un nuevo contexto de globalización emergente imperante por medio de la idea de desarrollo. Esto, no solo en términos de las propuestas de intervención política de Estados Unidos a los países del sur bajo el referente del modelo de vida europeo, sino también, bajo los futuros lineamientos económicos que limitarían las propuestas de salud como es el caso del de la estrategia “Salud para todos en el año 2000” de la declaración de Alma Ata ó el acceso universal e igualitario a servicios de salud

obstaculizado por el modelo neoliberal para el supuesto desarrollo económico de América Latina.

Por otro lado, el propósito de Naciones Unidas de no permisión hacia los colonialismos y su compromiso de respeto por la autonomía política y democrática bajo el principio de cooperación internacional y respeto por las libertades de los Estados miembros, entra en cuestionamiento ante la injerencia que aún tienen las potencias mundiales en los procesos políticos y económicos de los Estados más débiles durante la posguerra. Así mismo, fueron entretejidas relaciones de dependencia desde los llamados países pobres hacia los países más ricos bajo el compromiso de progreso y crecimiento económico condicionado al seguimiento de las directrices de los más fuertes, configurando de este modo, un proceso lineal hacia una difícil meta que debía alcanzarse.

Lo anterior, contradice precisamente el fin de no cometer los mismos errores de la sociedad de las naciones bajo la cual fue fortalecido el modelo colonialista justificado en el bienestar que podrían generar unos sobre otros mediante el dominio e intervención directa en los procesos políticos económicos y culturales. A continuación, se presenta una contrastación entre el discurso de la liga de las naciones en su acta de constitución, versus el punto cuatro del discurso de posesión del presidente Truman luego de la segunda guerra, el cual es considerado una de los precursores del discurso de desarrollo:

<p>Artículo 22 pacto sociedad de las naciones</p>	<p>Discurso Ex presidente Truman</p> <p>20 de enero 1949</p>
<p>1. Los principios siguientes se aplican a las colonias y territorios que, a raíz de la guerra, han cesado de hallarse bajo la soberanía de los Estados que los gobernaban anteriormente y que son habitados por pueblos aún incapaces de regirse por sí mismos en las condiciones particularmente difíciles del mundo moderno. <u>El bienestar y desarrollo de esos pueblos constituye una misión sagrada de civilización, y conviene incluir en el presente pacto garantías para el cumplimiento de esta misión.</u></p> <p>2. El mejor método para realizar prácticamente este principio consiste en confiar la tutela de esos pueblos a las naciones adelantadas que, gracias a sus recursos, su experiencia o su posición geográfica, están en mejores condiciones para asumir esta responsabilidad y que</p>	<p>Más de la mitad de la población del mundo vive en condiciones cercanas a la miseria. Su alimentación es inadecuada, es víctima de la enfermedad. Su vida económica es primitiva y está estancada. Su pobreza constituye un obstáculo y una amenaza tanto para ellos como para las áreas más prósperas. Por primera vez en la historia, la humanidad posee el conocimiento y la capacidad para aliviar el sufrimiento de estas gentes... <u>Creo que deberíamos poner a disposición de los amantes de la paz los beneficios de nuestro acervo de conocimiento técnico para ayudarlos a lograr sus aspiraciones de una vida mejor... Lo que tenemos en mente es un programa de desarrollo basado en los conceptos del trato justo y democrático...</u> Producir más es la clave para la paz y la prosperidad. Y la clave</p>

<p>consienten en aceptarla. Ellas ejercerán esta tutela en calidad de mandatarios y en nombre de la sociedad.</p>	<p>para producir más es una aplicación mayor y más vigorosa del conocimiento técnico y científico moderno (Escobar, 2007).</p>
---	--

Como lo expone Jurado (2013), para la comisión redactora del proyecto de la carta de declaración Universal de Derechos Humanos, fueron evidentes las resistencias por parte de los países colonialistas hacia la injerencia que la comunidad internacional pudiera tener sobre la soberanía en los territorios coloniales, ya que al ser un pacto de carácter internacional, los demás países podrían participar en los problemas que previamente eran considerados un asunto netamente interno. Por otro lado, era complicado el carácter vinculante de asumir un compromiso universal en términos jurídicos, debido a las diferencias en capacidad de respuesta de cada Estado para aplicar mecanismos que garantizaran cada uno de los Derechos enunciados.

A pesar de este nuevo pacto y del interés de dejar atrás los regímenes colonialistas mediante la ratificación del compromiso internacional, el discurso del presidente Truman inició una nueva etapa para la reafirmación del poderío y la reproducción del modelo social por parte de los países industrializados. Tal discurso, fue aplicado, producido y legitimado en países como los de América Latina que apenas se encontraban en proceso de construcción de bases económicas y políticas que pudieran garantizar su autonomía como Estados (Escobar, 2007).

A parte del discurso de Truman, la carta del Atlántico (1941) y la conferencia de San Francisco (1945) fueron elementos impulsores del discurso del Desarrollo. Sin embargo, algunos de los aspectos críticos que tuvo esta idea en sus etapas iniciales fueron los enfoques

Eurocéntricos y economicistas que pretendían resolver los problemas sociales a través del aumento en la productividad económica de cada país y el seguimiento de un estilo de vida occidental a través de un proceso lineal que dejara de lado las llamadas culturas atrasadas. Para esto, era necesario que los países del sur aceptaran el apoyo de los países más poderosos en el acompañamiento no solo a nivel social, sino también en la inmersión de los procesos de tecnificación agrícola y administración política y económica bajo nuevos lineamientos que favorecieran la superación de las desigualdades y el aumento de la economía en un escenario global más conectado (Bertoni, Castelnovo, Cuello, Pera, & Rumeau, 2011).

No obstante, este reduccionismo económico no solo terminó por ampliar el escenario de las desigualdades sociales y pobreza bajo ideas de bienestar que no se concretaron, sino que además generó relaciones de dependencia entre países del norte y del sur mediante la adopción de modelos económicos bajo lineamientos externos que solo desfavorecían a los países de la región. En este contexto, las apuestas por mercados cerrados como el modelo de sustitución de importaciones y el posterior modelo neoliberal se convirtieron en dos caras de una misma moneda que reflejaban como los lineamientos económicos formulados en contextos de dependencia internacional, terminan censurando la libertad, la autonomía y la aplicación de políticas sociales que en áreas como la salud resultan siendo el justificante para el sesgo de bienestar de unos y el perjuicio de otros mediado por las capacidades económicas de los grupos sociales.

El modelo de sustitución de importaciones o modelo Cepalino, fue adoptado por Latinoamérica entre 1950 y 1980 en el marco de las ideas de desarrollo basadas en el crecimiento económico. Este modelo, se caracterizaba por el cierre de los mercados nacionales a los productos de origen externo y el incremento de las industrias locales que exportaban materia

prima y manufacturas hacia los países industrializados. Si bien en un principio se evidenciaron crecimientos en la región de hasta un 7%, las crisis derivadas del aumento en los precios del petróleo y las relaciones comerciales con los países del norte, pusieron en jaque la vulnerabilidad de la región en la aplicación de la estrategia centro-periferia (De Currea-Lugo, 2010).

El aumento en los niveles de desempleo, inflación y elevación exagerada de la liquidez nacional, fueron efectos característicos de la crisis que empezó a manifestarse en la década de los años 1970. Para principios de 1980 con el incremento continuo del precio del petróleo agudizó la problemática económica al reducir el precio de las exportaciones e incremento de los intereses de deuda externa. Para ese momento, los servicios sociales inspirados en el modelo de Estado Social de Bismarck implicaban grandes cargas en el gasto económico del Estado en materia de prestación de servicios, cobertura y aparato administrativo. Esta primera búsqueda de un modelo de Estado de bienestar, surge de forma paralela al modelo económico de Industrialización por Sustitución de Importaciones. A raíz de esto, aparece en Colombia la primera expresión de un sistema de seguridad social con la creación de la Caja Nacional de Previsión (CAJANAL) y el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales (ICSS) inspiradas en las propuestas e ideologías de Otto Von Bismarck.

La seguridad social apareció entonces como el *mecanismo institucional y financiero que garantizaba el acceso de los trabajadores a sus prestaciones sociales*. En Colombia, el desarrollo de la seguridad social estuvo marcado por una fuerte diferenciación entre el sistema de los trabajadores privados, denominado de la *seguridad social*, y el de los funcionarios públicos, conocido como de la *previsión social*. De esta manera, el ICSS se convirtió en una entidad monopólica de afiliación del sector privado, creando en su

interior un sistema de solidaridad entre las distintas regiones y ramas de la producción industrial. (Rocha, 2010. pp 1)

De igual modo, la Caja Nacional de Previsión, creada para la afiliación del sector público, aseguraba solo una pequeña parte de la población. Permitiendo así, que sectores como las fuerzas armadas, la policía, el congreso y otros sectores conformaran sus propias cajas previsoras generando un sistema desarticulado y sin mecanismos de solidaridad hacia la población no asegurada. Ese sistema, al concentrarse principalmente en la protección de los empleados del sector público y privado que residían principalmente en las zonas urbanizadas del país, se alejaba por mucho de los principios de universalidad bajo los cuales había sido pensado. Antes de que entrara en vigencia el actual sistema y, hablando en términos de aseguramiento, el 25% de los habitantes de Colombia estaban desprotegidos y solo el 18% contaban con afiliación a la seguridad social. Así mismo, la inversión del PIB entre 1980 y 1990 era de casi el 6%, de los cuales el 50% protegían a menos del 20% de la población que era perteneciente a las entidades de seguridad social y, el 50% restantes debían distribuirse en el 80% de población restante no asegurada (Esguerra, 1996).

Dentro de este contexto, es posible evidenciar, que la salud y en general la seguridad social en Colombia ha dado pasos lentos desde sus inicios en la segunda mitad del siglo XX. Durante la época de la posguerra, los compromisos internacionales de los Estados para garantizar un bienestar en salud que fuera universal, se vio limitado por las barreras económicas propias de la realidad Latinoamericana.

Por un lado, la primera estructura de seguridad social en el país solo consideraba dentro de su esquema de aseguramiento a los trabajadores del sector público y privado que en ese entonces no eran mayoría. En ese sentido el acceso a los servicios de salud estaba limitado por las

condiciones económicas de la sociedad, por su capacidad de pago o pertenencia a la clase asalariada del país que podía acceder a las instituciones de aseguramiento del sistema. En cambio, el resto de la población, conformada por personas pobres, desempleados o habitantes de las áreas rurales, quedaba a merced de la red de prestadores en salud que a través de la caridad y financiado en parte por algunos recursos Estatales le brindaban atención médica a los menos favorecidos. La salud entonces se alejaba de la idea del bienestar y de Derecho Humano ligado a la vida y la dignidad humana. El bienestar reafirmado como compromiso Estatal en las cumbres internacionales empezaba a convertirse en simple discurso en la medida que solo lograba satisfacer las necesidades de unos pocos sectores sociales.

Por otro lado, las crisis económicas surgidas a partir del modelo Cepalino, las presiones internacionales y el evidente e inequitativo gasto social, llevaron a la necesidad (y la obligatoriedad) de plantear nuevas políticas económicas que terminarían por impactar nuevamente los sectores sociales, entre esos los sistemas de salud. Ante este panorama, nuevas propuestas empiezan a manifestarse en el escenario internacional para reformar el sistema económico de América Latina. Las ideas liberales del pasado mezcladas con nuevos lineamientos del presente, emergen para el establecimiento de un nuevo proyecto económico que minimiza aún más la intervención del Estado en la económica. Bajo los fundamentos de autores como Friedrich Hayek ¹⁰ y Milton Friedman, empieza a ser gestado y posicionado en la década de

¹⁰ El concepto de neoliberalismo empieza a adquirir visibilidad en 1938 a partir del coloquio convocado por Walter Lipman en París. Al evento asistieron pensadores tales como Hayek, Rustow, Detauoff, Polanyi, Rueff y Baudin. Constituyendo así, el que ha sido considerado como el momento fundador de renovación del liberalismo.

Posteriormente en 1947, Friedrich Hayek fundó con el apoyo de Wilhelm Röpke la conocida Sociedad de Mont-Pélerin. El objetivo era reunir a los intelectuales que al igual que él, se oponían al fortalecimiento del socialismo y al aumento de la participación del Estado en la economía. Para Hayek, era fundamental el posicionamiento de los pensadores liberales ante aislamiento por cuenta de las tesis Keynesianas y Marxistas. Poco a poco, ante las crisis

1980 el conocido modelo económico neoliberal, que en la justificación de resolver los problemas económicos de la región y promover el desarrollo, termina por desarticular a mayor escala la relación de intervención entre el Estado y los programas sociales.

El fracaso del modelo por sustitución de importaciones y las fallas en los programas sociales, llevaron a los teóricos del liberalismo a replantear el problema sobre la intervención del Estado en la economía y en las políticas de asistencia pública. Para los seguidores de esta corriente de pensamiento, el proteccionismo propio de los Estados de bienestar y los modelos de desarrollo económico basados en el crecimiento interno y el cierre a los mercados internacionales no estaba reflejando el desarrollo social esperado. Ante esto, organismos multilaterales como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional adoptan dentro de sus estrategias fundamentos neoliberales que orientan reformas institucionales encaminadas a la desresponsabilidad del Estado en los asuntos sociales y mayor libertad del sector privado en la economía.

Bajo la premisa de la libertad económica y comercial, el neoliberalismo se fortalece en el escenario económico global a través del posicionamiento en la esfera política de las distintas instituciones que lo avalaban. Su cuestionamiento al gasto público y al intervencionismo, son la principal herramienta crítica para pugnar hacia reformas del aparato estatal que permitiría disponer de un camino abierto hacia un nuevo escenario empresarial en el que el sector privado podría asumir en adelante, gran parte de la carga gubernamental. Montoya (2004) describe tres

económicas y la guerra, la ideología neoliberal fue ganando aceptación e influencia política para el logro de un poderío a escala global.

De esta manera, el neoliberalismo fue estableciéndose como nuevo modelo económico internacional bajo principios como el Estado de Derecho como tarea del gobierno, libertad de precios en el mercado, privatización de servicios brindados por el Estado, reducción del gasto social, entre otros (Guillen, 2018)

aspectos en los que las ideas neoliberales se materializan a partir de los noventa en la forma de gestar el Estado Colombiano:

...En lo político con la apertura y adecuación de los canales institucionales de expresión y participación ciudadana; en lo administrativo, con el ordenamiento y racionalización de las instituciones territoriales de gestión de asuntos públicos; y en lo económico, con la redefinición del papel del Estado en la económica. (Montoya, 2004. P.103)

En ese sentido, la creciente aceptación del pensamiento neoliberal, orientó la reestructuración de políticas económicas a nivel internacional en favor de la no intervención del Estado en el mercado. Deslegitimando así, cualquier acción gubernamental al considerarla perturbadora e irruptora de las dinámicas naturales de la economía. De este modo, la nueva ideología orienta la desarticulación de las intervenciones estatales en sectores sociales como la salud y la educación, Para que con poco o nulo control, estos escenarios tengan vía libre para convertirse en nuevos instrumentos de acumulación de capital.

En ese modo, el neoliberalismo como nuevo orden económico mundial, no solo influye en las relaciones internacionales y políticas globales, sino que entra como reformador en los Estados, modificando la estructura institucional, las responsabilidades en lo público y agregando intereses económicos detrás de la acción social. Igualmente, moldea y resignifica las distintas esferas sociales en donde hasta la garantía de los mismos derechos humanos y el acceso a condiciones vitales para la supervivencia son el resultado de relaciones de competencia. Esto, termina por naturalizar los efectos negativos que tiene en la sociedad, al explicar problemas de desigualdad e inequidad como resultado de poca capacidad de los individuos para capitalizarse dentro de los mecanismos que dispone el mercado.

Esta capacidad del neoliberalismo de penetrar y moldear las esferas de lo político, lo económico y lo social, es lo que Laval & Dardot (2015) denominan como una nueva racionalidad del mundo. Debido a que como ideología, discurso o práctica, no solo ha reestructurado el modelo económico y los lineamientos políticos de los gobernantes, sino que además, ha redefinido el pensamiento y la conducta de los mismos gobernados. De ese modo, esta nueva expresión del capitalismo ha llevado a la sociedad a materializar, legitimar y perpetuar a sí misma los problemas de desigualdad e inequidad que genera. Esta nueva lógica de competencia, va más allá de apropiación del capital y la reducción del Estado, sino que lo conquista y domina poniendo a disposición de los grandes poderes económicos las bases políticas y normativas para facilitar que los campos de intervención social que previamente eran responsabilidad del Estado, se conviertan en un elemento mercantil en donde prima la competencia y rentabilidad económica sobre el interés de bienestar social que este pueda generar.

Los Estados llevan a cabo políticas muy intervencionistas con el objetivo de modificar profundamente las relaciones sociales, así como el papel de las instituciones de protección y educación, orientando los comportamientos mediante la introducción de una competencia generalizada entre los sujetos; y ello es así, porque los mismos Estados están inmersos en un campo de competencia regional y mundial que los conduce a actuar como lo hacen. (Laval & Dardot, 2015. P. 17)

Dentro del discurso neoliberal, la libertad del mercado pone a los Estados bajo un rol de regulador de la económica. Esto justificado en que asuntos como los gastos sociales y la oferta pública imposibilitan una gestión eficiente de lo social. Sin embargo, el papel real que este asume, es el de coproductor de todas las condiciones de competitividad, a pesar de que esto

ponga en juego la garantía y eficiencia de sectores como la salud, y demás condiciones mínimas necesarias para el bienestar.

En el caso Colombiano, el discurso neoliberal empieza a manifestarse a principio de los años noventa, producto de las presiones internacionales surgidas a finales de la década anterior. Sin embargo, los nuevos ajustes políticos acarrearán contradicciones normativas que ponen en choque los fines del Estado versus los medios de los que se va a valer para su alcance. Por un lado, las reformas constitucionales ratificaban el compromiso social y la garantía de los derechos fundamentales como la razón de ser del Estado. Por otro lado, la adopción de las reformas dictadas por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, establecían un determinante económico para el acceso a los programas de bienestar social, que ahora estaban bajo mediadas por la privatización del mercado. Las paradojas de la idea del bienestar, empiezan a emerger bajo este nuevo proyecto económico que en su origen culpabiliza al Estado por su ineficiencia para el alcance de mejores condiciones de bienestar y justicia social, y que se vende a sí mismo como una mejor alternativa para el alcance del desarrollo.

Por otro lado, la consagración como un Estado Social de Derecho, que propende por la dignidad humana y la vida digna bajo la cual se estructura un nuevo sistema de salud regido por principios como la universalidad, la solidaridad y la justicia, pero que en sí mismo determina nuevas reglas de juego que perpetúa la fragmentación de las clases sociales y el acceso a los servicios médicos de acuerdo a las condiciones económicas de los usuarios. Desde el escenario nacional, las reformas constitucionales se materializaron a través de la reforma del sector salud mediante la Ley 100, reconfigurando la relación entre lo público y lo privado, generando un modelo administrativo descentralizado y reorientando la forma de operar del sector sanitario.

A continuación serán analizados los discursos de los principales documentos que han sido parte de la estructuración del actual sistema de salud en Colombia. Partiendo de aquellos que reflejaban desde una postura neoliberal el interés de la privatización de los servicios médicos, hasta aquellos de carácter normativo que ratificaron la constitución del sistema actual y en los cuales subyace la idea del bienestar como justificante principal de la reforma.

Neoliberalismo y cambio del sistema sanitario en Colombia. El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo y el Consenso de Washington.

Quizá el primer documento en el que se materializaba el discurso neoliberal para la reforma de los sistemas sociales fue el editado por el Banco Mundial bajo el título de: *El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma*. Publicado en 1987, el texto constituye un diagnóstico de los problemas de solvencia económica que enfrentaban los sistemas sanitarios y ofrecía una serie de elementos para una reforma política que garantizara la eficiencia de los servicios sociales. El principal argumento al que recurre el documento, es que el Estado de dichos países, es incapaz de cumplir con los objetivos de bienestar social debido a que el gasto público es demasiado elevado y poco eficiente. Por lo cual se centra en sugerir que dichas responsabilidades sean delegadas al sector privado (denominado en el documento como el sector No gubernamental) el cual puede ofrecer una mejor gestión de los recursos y un mayor alcance de las metas en materia de salud y bienestar para la reducción de inequidades.

La estrategia inicial de los analistas redactores del texto es la contrastación. Aludiendo a que el éxito que han tenido los países desarrollados en materia de salud es proporcional a la gran inversión pública que se realiza para los servicios sanitarios.; Contrario a eso, los países en vías de desarrollo pretende replicar las estrategias de los más fuertes económicamente pero bajo una

inversión significativamente menor, la cual a su vez era producto de las crisis económicas que experimentaba la región en las décadas del setenta y el ochenta. La segunda premisa que se evidencia es la visión economicista que inicialmente determina que las diferencias en indicadores de salud entre países ricos y pobres es exclusivamente determinada por el monto de inversión, dejando de considerar aspectos administrativos, gestión social, y condiciones de contexto que influyen como aspectos diferenciadores y que de ser adecuadamente intervenidos podrían significar una diferencia sustancial en los indicadores analizados.

Así las cosas, el análisis termina de problematizarse al sustentar que para que los Estados subdesarrollados puedan responder a los problemas económicos y a las deudas externas en las que estaban involucrados, era necesario liberar parte del gasto social en salud, el cual posteriormente podría ser invertido en asuntos más relevantes para la economía. De esta manera, surge el primer enfoque alternativo para la resolución del problema en materia sanitaria:

Debe trasladarse el financiamiento y la provisión de esos tipos de servicios privados de atención de salud (que benefician principalmente al consumidor directo) a una combinación de sector público y sector no gubernamental, reorganizada con la finalidad de lograr una mayor proporción de financiamiento propio. Ese cambio aumentaría el volumen de los recursos públicos disponibles para aquellas clases de servicios de salud que constituyen “bienes públicos”. (Banco Mundial, 1987. P. 2)

Bajo esta propuesta, el Estado solo debía limitar la asignación de recursos a aquellos programas propios de la Atención Primaria, tales como vacunación, planificación familiar, educación en salud, etc. Dejando así, la responsabilidad por los asuntos particulares al sector privado, el cual podría hacer mejor recaudo financiero al atender aquellos problemas de interés

individual. El problema que subyace a esta propuesta, es la aseveración de que cualquier individuo que necesite resolver un problema médico personal, está en capacidad y disposición de solventarlo con recursos propios. Dejando así de lado la heterogeneidad económica de toda sociedad en donde generalmente son favorecidas las elites en el poder, contrayendo brechas y condiciones de desigualdad en donde los pobres solo tendrían acceso limitado a la atención médica.

De esta manera, el hilo discursivo bajo el cual se teje la problematización de los sistemas de salud en los países no desarrollados, denota una responsabilidad gubernamental por los problemas expuestos. Anclando sobre lo público, la culpa por las desigualdades e inequidades en materia sanitaria y apoyándose una vez más en la contrastación con los países ricos en donde no solo hay mayor inversión, sino explicando que los mejores indicadores médicos se obtienen en las clases sociales altas dispuestas a pagar por servicios privados para la atención particular. Una vez más el discurso del desarrollo utiliza la estrategia de replicación de modelos sociales de los países ricos para penetrar y justificarse en países menos favorecidos a través del argumento de mejores condiciones de bienestar social, que en este caso, son producto de un cambio en la estructura institucional y económica de los Estados intervenidos.

Dentro del esquema mencionado, Las estrategias propuestas por el Banco Mundial en 1987 para las reformas políticas, evidencian la génesis de las estructuras actuales de los sistemas sanitarios en América Latina, y en particular en Colombia. La primera estrategia estaba orientada al cobro de aranceles a los usuarios. Así, el acceso a medicamento y servicios debía estar respaldada mediante sistemas de recaudos tributarios que devolvieran recursos económicos al

sistema y redujeran el uso de tratamientos de alto costo¹¹. Igualmente, dentro del cobro de aranceles, está incluida la necesidad de expedir certificados de pobreza a las personas con el fin de identificar aquellos grupos sociales que merecen reducción en el pago arancelario ó subsidios de parte de las clases altas, aún, cuando el sesgo en la prestación de los servicios solo beneficiara a aquellos con mejor capacidad de pago de servicios de salud por parte de los prestadores privados¹², y retornando el acceso a los servicios médicos como un asunto de caridad más que como un derecho al que se pueda acceder por el compromiso de los Estados de brindar mejores condiciones de bienestar social.

La segunda estrategia fue orientada al uso de seguros de protección frente a riesgos. Ante la imposibilidad de las personas de pagar la totalidad de los costos de los servicios médicos o de los gobiernos de asumir esa carga, el documento sugiere estimular un mercado privado que ofrezca protección a las familias de las pérdidas financieras que se puedan generar por una enfermedad. La justificación detrás de esta propuesta, era que al ser las personas las encargadas de responder por el pago de los seguros y parte del costo de los servicios, se generaría automáticamente una cultura de autocontrol en la demanda de atención médica que estimularía el ahorro en los gastos del sistema. Una afirmación muy poco fundamentada en un contexto como el nuestro en el que resulta absurdo suponer que las personas están en capacidad de pagar por aquello que necesitan, sobre todo cuando en el momento de las propuestas, el país atravesaba por una crisis financiera en la que el pago individual de los servicios implicaría en sí mismo una barrera para el acceso a

¹¹ Actualmente, en el Sistema de Salud Colombiano, es posible evidenciar esta estrategia materializada en el cobro de los copagos, las cuotas moderadoras e incluso, las mismas cotizaciones al sistema.

¹² La aplicación directa de este tipo de certificado de pobreza es comparable en el caso Colombiano con el Sistema de Identificación Social de Beneficiarios- SISBEN- que de acuerdo al nivel socioeconómico de las personas determina la capacidad de acceder a los beneficios sociales públicos.

los servicios que una oportunidad de mejora. Adicionalmente, sugiere que entre más amplio fuera el mercado de seguros, mayor control habría de los precios al promoverse la competencia por el mercado¹³.

Una vez más, la propuesta trazaba el camino para que la salud como un elemento fundamental para el bienestar fuera parte de un asunto mercantil, en el que la competencia por el acceso y oferta de la atención médica establecía reglas de juego económicas que favorecerían principalmente a las elites sociales.

En tercer lugar, la propuesta sugiere que el gobierno facilite los elementos necesarios para el empleo de recursos no gubernamentales. Es decir, el sector privado no solo entra a jugar bajo el rol de asegurador sino también de prestador, el cual debe contar con autonomía y libertad para el desarrollo de sus actividades considerando que como actores particulares, pueden ofrecer un mejor servicio que el del sector público.

A fin de proporcionar atención de mejor calidad para los pobres, debe considerarse el otorgamiento de subsidios que tornen más accesibles financieramente las instalaciones no gubernamentales, como una alternativa eficaz en función de los costos a la provisión directa de esos servicios por parte del gobierno. Solamente el sector público puede supervisar y orientar las actividades de los proveedores de atención de salud no gubernamentales. (Banco Mundial, 1987. pp 8)

Este tipo de expresiones en el texto, ponen en relieve, las manifestaciones del discurso neoliberal a través de las reformas sugeridas para los sistemas de salud. La libertad de mercado de un bien social común, el desmerito a lo público, y el relevo del papel del Estado de una figura

¹³ La propuesta de los seguros de salud se explica por sí misma en el actual sistema sanitario Colombiano. Es el lineamiento inicial para el surgimiento de las Empresas Promotoras de Salud – EPS.

de oferente a la de un rol supervisor, muestran el inicio de un camino hacia un cambio estructural que prometía mayores garantías para el bienestar y el desarrollo. Lo paradójico resulta de la aplicación de estrategias de competencia económica de las personas en donde los sujetos son vistos como empresas, y el acceso a servicios que normativamente son considerados como Derecho, resulta de las gestiones individuales para la respuesta a las exigencias financieras del sistema de salud. En su defecto, la garantía del acceso a los servicios podía devenir de la pertenencia al grupo menos favorecido, a las condiciones de pobreza y a la capacidad de esperar por aquello que la estructura construida pueda hacer por las personas bajo los límites establecidos.

Posteriormente, lo que inicio como un diagnóstico y una propuesta por parte del Banco Mundial, terminó por convertirse en política económica mediante los lineamientos del llamado consenso de Washington¹⁴. El cual a través de las nuevas reglamentaciones establecidas por parte de organismos económicos internacionales, pretendía generar un ambiente de unificación en los mercados internacionales a través de reformas caracterizadas por la reducción en el tamaño del Estado, el fortalecimiento y la expansión del sector privado, apertura a la inversión extranjera y más garantías para los derechos de propiedad privada (Mária, 2000).

Distintas críticas fueron suscitadas en torno al nuevo escenario. Por un lado, las nuevas estrategias de privatización y reducción del Estado no dejaban claro de qué manera, estas

¹⁴ Las propuestas del consenso de Washington son atribuidas a John Williamson, quien a través de 10 lineamientos ofrece cambios de política económica para los países en vías de desarrollo a finales de la década de los ochenta. Fue nombrada así, porque según su creador, fueron adoptadas por el complejo político y económico internacional integrado por el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional, el congreso de EUA, la Reserva Federal y algunos grupos de expertos para ser aplicado en los países que en ese momento estaban atravesando altas crisis económica y de deuda externa luego de la aplicación del modelo de cierre de mercados. (Mária, 2000)

reformas reducirían los problemas de deuda y brecha económica que se pretendían resolver; y por otro lado, era prácticamente invisible el tema de la equidad, sobre todo ante un nuevo escenario de privatización que demandaba mejores condiciones económicas del mercado, el cual buscaba expandirse en un contexto social y económico de crisis presupuestaria. Esto a su vez, se vio reflejado en los cambios de privatización y descentralización de los sistemas de salud de América Latina, que a través de su nueva estructura de competencia regulada, marca un inicio para un cambio sustancial en la forma de concebir la salud en la sociedad. Inicialmente a través de la deslegitimación colectiva hacia lo público, seguido de la naturalización de la fragmentación social que en el campo de la salud puede reflejarse en la aceptación de barreras económicas de acceso en donde el bienestar prima como un derecho de las elites en capacidad de costear los servicios médicos, pero queda relegada como un favor hacia las clases pobres sin capacidad de pago (Currea, 2000).

Las reformas en Colombia

Las mismas reformas constitucionales y normativas de principios de los noventa en Colombia, dan cuenta de los cambios políticos que empezaron a emerger en el país, y de cómo el discurso de corte neoliberal penetra en la esfera estatal y en la conciencia colectiva a través de un manto de bienestar que lo define como institucionalmente necesario y socialmente aceptable dentro de los distintos actores que lo reproducen y progresivamente lo legitiman. Poco a poco, el desvanecimiento de la confianza hacia lo Estatal y el fortalecimiento del interés por lo privado, establecieron un nuevo orden de cosas que ratificaba la competencia de los sujetos como un asunto de Derechos. Dejando sobre la base social la aceptación de la desigualdad y la inequidad

en donde solo los más capaces podían acceder a los beneficios del sistema de salud y las ventajas del desarrollo.

La Salud en la Constitución de 1991 no figura propiamente como parte de los Derechos fundamentales, sino como un servicio público cuya acepción de fundamental está ligada a los casos en los que se violen aquellos de primera categoría como el derecho a la vida¹⁵. Aunque la seguridad social es reconocida como un derecho irrenunciable de todos los ciudadanos, en especial aquello con mayor vulnerabilidad económica, física o mental; También deja claro que la cobertura y prestación del servicio no será exclusiva del Estado y que el sector privado puede ser partícipe del sistema de sanitario con el objetivo de mejorar la cobertura. Así mismo, la reforma era enfática en que los cambios eran orientados a aumentar el bienestar general, el mejoramiento de la calidad de vida y la solución de necesidades insatisfechas de salud como finalidades sociales del Estado.

Sin embargo, con la nueva constitución empiezan a surgir dicotomías que ponen en entredicho la capacidad gubernamental de garantizar la igualdad e irrenunciabilidad social de la salud como derecho. Por un lado la transición del Estado de Derecho a la definición de Estado Social de Derecho, en cuya concepción político-social fue elevado a deber constitucional el suministro de la prestación de servicios asistenciales a la comunidad, que más allá de ser un favor institucional es un logro jurídico de los ciudadanos por su propio beneficio (Currea, 2010). Pero por otro lado está el cuestionamiento respecto a las garantías para el cumplimiento de este compromiso, sobre todo cuando en el marco de la misma reforma se da paso a la libertad de mercado en torno a los servicios asistenciales, dejando a las instituciones públicas al margen de

¹⁵ Entre los artículos constitucionales que en los que se considera el Derecho a la salud y a la seguridad social resaltan el 11, 44, 48 y 50.

la regulación y supervisión, reduciendo así, su participación como prestador directo. En ese orden de ideas, ¿Cuál puede ser el resultado de la búsqueda de igualdad, bienestar y vida digna cuando el escenario institucionalmente construido pone como parte del juego intereses sociales versus intereses económicos en un contexto de inequidad? La situación se torna más compleja con la siguiente reforma al sistema de salud que ratifica el papel dominante del sector privado como un controlador y determinante de las condiciones de vida de la sociedad desde principios de los años noventa hasta la actualidad.

Ley 100 de 1993. ¿Neoliberalismo y bienestar?

El sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar los

Derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la

Calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la

Protección de las contingencias que la afecten.

(Congreso de Colombia, 1993)

Por medio de la Ley 100 de 1993, fue organizado el actual sistema de salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social Integral –SGSSI- que reglamentó el régimen pensional, el de la salud y riesgos profesionales. El nuevo modelo puso a disposición de la población un plan de beneficios que esencialmente describía aquellos servicios y procedimientos a los que se podía acceder mediante cobertura pública a través de las distintas instituciones que pertenecieran al sistema. Sin embargo, dichas instituciones eran principalmente de carácter privado, personas jurídicas constituidas por agentes particulares con el fin de garantizar el aseguramiento de la

población, la cobertura, y la atención a los demás prestadores de servicios tales como clínicas y hospitales¹⁶.

Aunque las EPS son principalmente de tipo privado, su subsistencia financiera depende esencialmente de recursos públicos girados por la nación para el aseguramiento de cada uno de sus afiliados. Por lo tanto, el dinero recibido debe distribuirse entre el pago de los servicios médicos prestados, el gasto administrativo de su operación y las utilidades netas que espera percibir como agente privado¹⁷. Bajo esta nueva estructura, es posible identificar la materialización de las propuestas hechas por el Banco Mundial en 1987 así como los fundamentos del pensamiento neoliberal. Pues por un lado, hay reducción del tamaño del Estado al delegar un bien común a actores no gubernamentales, facilidad para el desarrollo de la empresa privada y la disposición de un bien común como parte de la oferta del mercado.

Así mismo, la Ley se articula en función de principios como la eficiencia y la universalidad, los cuales definen el carácter ético y compromiso social que justifica su razón de ser. A pesar de esto, ¿Que puede develarse en tales principios? Al hablar de eficiencia, la misma Ley hace referencia al manejo adecuado del recurso financiero, administrativo y técnico. Los cuales de entrada no están siendo orientados en totalidad para el cumplimiento de sus fines, pues parte de estos deben estar orientados en la garantía de las aspiraciones de rentabilidad financiera que los administran. Por otro lado, los recursos restantes, que son girados a los prestadores directos del

¹⁶ Las empresas aseguradoras son definidas como Empresas Promotoras de Servicios de Salud –EPS.- constituidas para gestionar el aseguramiento de la población trabajadora cotizante al sistema y a la población pobre sin capacidad de pago.

¹⁷ La ley estableció un sistema de competencia regulada, mediante el cual las distintas EPS solo podían ofrecer el mismo plan de beneficios y diseñar su estrategia de competencia y posicionamiento en el mercado en función de la calidad de sus servicios.

servicio, es decir, clínicas y hospitales no son suficientes para solventar la totalidad de la atención medica suministrada, lo cual deviene en retrasos de la atención, poca oferta hospitalaria, negación de servicios y cierre de las instituciones protagonistas de la atención medica asistencial.

El principio de Universalidad es un poco más problemático que el anterior, es definida como la atención a toda la población sin ningún tipo de discriminación en todas las etapas de la vida. Para que esto sea aplicable y alcanzable, de entrada debería ser necesaria una estructura alterna de sistema, debido a que el modelo actual de aseguramiento realiza una fragmentación entre usuarios con capacidad de pago y población pobre ¿Por qué debería ser esto necesario si se supone que la atención debe ser igual para toda la población sin ningún tipo de discriminación? Trazar una diferencia entre unos y otros determinada por las condiciones económicas de sus afiliados es, en sí mismo, una barrera de fragmentación social que perpetua la estructura de clases en la población. Igualmente, la universalidad es defendida actualmente en términos de aseguramiento. La defensa que hace el sistema de su importancia actual, es que respecto al sistema anterior, este si ha alcanzado un porcentaje de aseguramiento cercano al 100% de la población. Sin embargo, esta afirmación es cuestionable en la medida de que la condición de afiliado, no está directamente relacionada al acceso a los servicios, ni mucho menos a que estos sean de calidad. Problemas de negación de servicios, retrasos en la atención y complicaciones por enfermedades prevenibles han puesto en entredicho la capacidad de gestión del sistema actual.

Igualmente, no solo la estructura del sistema de salud es reflejo de la materialización del pensamiento neoliberal en el caso Colombiano. Los distintos grupos sociales naturalizan el discurso y lo convierten en práctica a través de la construcción de hábitos que perpetúan el

funcionamiento de estas instituciones de poder y establecen relaciones de competencia entre los mismos individuos. En los capítulos posteriores será analizadas estas manifestaciones en dos grupos distintos. Inicialmente integrantes del miembro medico quienes están directamente relacionados con la prestación del servicio bajo el nuevo modelo; y los usuarios que reciben la atención y replican las reglas de juego establecidas.

CAPÍTULO II

NEOLIBERALISMO Y BIENESTAR EN LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

Tal y como fue descrito previamente en los referentes teóricos de esta investigación. Una de las dimensiones de indagación que comprende el Análisis Crítico del Discurso corresponde a los contextos institucionales que reproducen, a través de la acción, expresiones del lenguaje que se convierten en una práctica social. Dichas prácticas son el resultado de un ámbito macro discursivo que involucra, en el ámbito de la salud, los giros conceptuales y lineamientos económicos y políticos que sentaron las bases para las estructuras institucionales actuales. De ese modo, la reconceptualización de la salud por parte de la OMS, sumado a la seguridad social como Derecho Fundamental, abrieron un nuevo panorama a una serie de relaciones de dependencia entre el Estado y la sociedad, en donde la salud, como elemento básico para el bienestar, estaba determinada por las acciones que las instituciones formales pudieran desplegar en favor de los individuos.

Sin embargo, el auge del pensamiento neoliberal y las crisis económicas de los años 80's trazaron un nuevo esquema triangular para la salud en Colombia. Así, la relación entre el Estado y los prestadores de salud, ha resultado mediada por instituciones privadas encargadas del aseguramiento de la población y la gestión de los recursos financieros. Las EPS, hoy por hoy, existen con el fin de garantizar mejores condiciones de bienestar y vida digna de las personas, a través de un aseguramiento universal que le permita a toda la población el acceso a los servicios bajo condiciones de igualdad, eficiencia y solidaridad. Son precisamente estos principios rectores del sistema los que justifican en gran parte el poderío actual de los actores privados sobre la

oferta pública, además de convertirlos en los actores materiales del discurso del bienestar en el contexto Colombiano. Las E.P.S. son consideradas actores institucionales del discurso, porque es a través de ellas que los fines Estatales del bienestar son canalizados a la sociedad. Además, porque en el ejercicio misional que persiguen, se constituyen como estructurantes y determinantes de nuevas racionalidades colectivas que a su vez devienen en prácticas sociales relacionadas a la naturalización de problemas de desigualdad e inequidad propias de los demás actores del sistema.

La complejidad particular de las prácticas discursivas de las EPS, subyace en que el canal principal a través del cual se filtran los discursos hacia la sociedad, no es propiamente a través de las voces y acciones de sus propietarios. Sino a través, del actuar diario del personal asistencial, como médicos y enfermeras que ponen en jaque lo ético y el deber ser profesional versus el deber ser institucional que es determinante no solo de gran parte del mercado laboral, sino de la oferta de servicios del sector salud en Colombia.

En ese sentido, este apartado de la investigación, pretende abordar desde la mirada de los médicos, elementos narrativos que permitan analizar las prácticas discursivas de las E.P.S. en relación con asuntos como el bienestar, la salud, la privatización, la igualdad y el Estado. Para eso, han sido agrupados en distintas categorías algunos conceptos que permiten identificar la línea de discurso que recorre desde la esfera de lo macro, hacia la institucional y social. De esa manera, el uso de los instrumentos lingüísticos usados por el personal médico, ofrece un panorama de cómo el uso del lenguaje institucional, cala la racionalidad colectiva para justificar y legitimar prácticas de poder, de privatización y de fragmentación de lo social a través de las determinaciones económicas que están soportadas mediante el bienestar social y universal que impulsó la minimización del Estado. Así, la entrevista como instrumento de investigación de este

apartado, ha estado encaminada en los lineamientos que fueron seleccionados cuidando la línea general de la investigación, pero permitiendo obtener una mirada particular del ámbito institucional. Así, fueron indagados aspectos como la idea de bienestar, la experiencia en el sistema de salud y las posturas a favor y en contra con el papel de las EPS en la actualidad.

De acuerdo con estos elementos, fue posible rastrear conceptos que dan cuenta de la representación positiva y negativa que cada uno de los actores hace para justificar su participación en el sector salud y su interrelación con los demás actores. Así, a continuación, serán descritas las pluralidades discursivas investigadas, al igual que los elementos de trasfondo que se esconden en las idealizaciones del discurso que de manera particular es expresado por los sujetos pertenecientes al gremio médico en Medellín.

El bienestar desde la mirada Médica.

Hablar de bienestar desde las instituciones de salud pero principalmente desde el personal de la salud conlleva dos aspectos que si bien pueden inicialmente parecer contradictorios, permiten identificar una línea discursiva que en sí misma trasciende el pensamiento institucional y lo ancla al contexto histórico sobre el cual se ha constituido. Por un lado, la visión institucional del bienestar sirve de argumento para justificar la necesidad social de un actor en disposición de proveerlo o al menos procurarlo. Incluso, cuando la disposición para el desempeño de este papel determinante en la salud esté mediado por su participación como agente económico del mercado, que debe ser rentable, competitivo y sostenible. Por otro lado, la visión que del bienestar puede tener el profesional médico, la cual podría pensarse que está determinada por aspectos como la vocación de servicio social, el cuidado por la vida humana y el deseo de aportar a la construcción de sociedades más saludables.

A pesar de lo anterior, la forma de pensar el bienestar por parte de los profesionales médicos, principalmente aquellos que han hecho parte de esta investigación, reflejan en buen modo la lógica institucional de los procesos políticos y económicos de la segunda mitad del siglo XX. Las cuales determinan y legitiman los mecanismos de intervención y manejo social de aquello que se consideraba bueno y necesario para la salud, el bienestar y el desarrollo. De esta manera, la salud como un estado de bienestar, es concebida como un resultado de las acciones institucionales hacia los individuos más allá de ser parte de aspectos que el individuo en su autogestión puede lograr y, que de alguna manera, contradicen la definición del bienestar entendido como las capacidades y potencialidades planteadas por Amartya Sen y que fueron descritas previamente. Otro elemento importante, es que el bienestar desde la práctica discursiva institucional, está

determinado por otras condiciones que lo favorecen o limitan y que para efectos de este análisis discursivo han sido identificados como códigos, tales como la calidad de vida, el contexto institucional, el clima laboral, o los determinantes sociales de la salud y que son analizados uno a uno a continuación.

El primer código que conforma la categoría del bienestar, es la idea de bienestar en sí misma. Ha sido indagada desde la mirada personal de los participantes con el fin de contrastarla posteriormente con el contexto institucional y la relación que esta tiene con la salud. De ese modo fueron expresadas definiciones como:

...Yo entiendo por bienestar las condiciones en las que una persona se puede sentir. Digamos, ciertas experiencias positivas que ayudan a potenciar su estado de sentirse cómodo en el entorno en que se desarrolla.

(Médico urgentólogo, Comunicación personal, Junio de 2019)

...Es estar en una posición que te permita estar en una labor remunerada, que solvete tus necesidades básicas, que puedas pasar tiempo con tu familia, con tus amigos.

(Médico pediatra, comunicación personal, julio de 2019)

...Quizá lo que más ha calado tienen que ver con cómo conseguir el bienestar en el sentido de que la población debe estar sana, educada, debe tener trabajo, debe tener un ambiente saludable para que todo eso sea posible...Es por lo menos brindarle una atención adecuada a los usuarios para que ellos se sientan sanos no solamente física sino mentalmente.

(Médico general, Comunicación personal, Junio de 2019)

Desde esta perspectiva, es posible identificar el bienestar asociado al contexto en el que los individuos habitan. Es decir, el bienestar no precisamente es el resultado de una elección individual que conducen a la sensación de satisfacción, sino que está determinado por factores externos que lo propician. Así, las experiencias positivas y el sentirse cómodo, son producto de las condiciones en que se entretajan los lazos sociales y los aspectos materiales tales como la capacidad económica, la vivienda, la alimentación, los servicios públicos y todo aquello que desde la garantía mínima de las necesidades básicas permita percibir el mundo desde una mirada valorativa.

A pesar de eso, las respuestas expresadas respecto a qué se entiende por bienestar, no surgen precisamente desde un enfoque materialista y economicista. Pues queda claro que lo que buscan estos elementos en su conjunto es generar efectos internos en los individuos que planteen una postura satisfactoria ante la vida tal y como es vivida. Sin embargo, sí se manifiestan de manera implícita aspectos que como sociedad han llevado a pensar y repensar el desarrollo desde distintos enfoques. Por un lado, la mirada económica que orienta la necesidad de solventar aspectos como el empleo remunerado y las condiciones de vivienda. Pero por el otro lado, el enfoque humano que responde al ¿para qué? de la importancia de esos aspectos económicos, y la relevancia que adquieren para la garantía de la calidad de vida en entornos sociales y económicos como el de Colombia.

Así mismo, la forma de pensar el bienestar, refleja no sólo el modo en el que surgen los enfoques del desarrollo, sino que además reflejan las formas en las que las ideas clásicas del desarrollo en sí mismas permean las formas de pensar el bienestar. Como lo expresa Dubois (2014) la forma de pensar el bienestar es determinante a la hora de pensar en el modelo

económico y social que se quiere alcanzar. Principalmente cuando esto ha estado enmarcado bajo relaciones de interdependencia establecidas por las sociedades ricas cuya idea de bienestar ha sido hegemónica para el resto del mundo. Ante esto, y siguiendo la idea de Dubois, el término desarrollo ha quedado encasillado en una connotación economicista que ha llevado a que las mismas formas de medirlo, sea a través de indicadores macroeconómicos que no reflejan la realidad particular de las comunidades. Como resistencia a ese enfoque del desarrollo, el concepto de bienestar ha ido fortaleciéndose como una idea más amplia que para cada sociedad define lo que es necesario para estar bien.

Por otro lado, la interdependencia que se refleja en las formas de pensar y definir el bienestar, obliga a analizarlo desde otras aristas que influyen en él más allá de lo personal. Las instituciones juegan un papel fundamental en las dependencias y determinaciones claves para aquello que es socialmente demandado y percibido como necesario. Cuando los sujetos expresan que las personas deben estar sanas, educadas y tener trabajo ¿de qué manera puede ser esto logrado por la acción individual de cada sujeto? Una vez más, la idea del bienestar establece y legitima un acuerdo social para la permanencia de actores que proveen tales elementos satisfactorios, aun cuando dicha provisión, está determinada bajo reglas de juego principalmente económicas que limitan el alcance de muchos a esos satisfactores. A pesar de que la idea social y política del bienestar representa una connotación positiva de futuro y un compromiso social y personal, las definiciones, al menos por parte de los profesionales entrevistados, reflejan correspondencias discursivas en las que prevalece la necesidad de un actor externo, controlador y superior para la provisión y determinación de los factores necesarios para estar bien individual y colectivamente.

El segundo código hace referencia a la calidad de vida. Aquí empiezan las contradicciones respecto a ¿cuál es la idea de bienestar que el sistema materializa en los usuarios? Si previamente era descrita la salud como un asunto multidimensional en el que además de las condiciones físicas también intervienen aspectos mentales y sociales, entonces, las acciones aplicadas en el marco de la asistencia médica deberían orientarse a la satisfacción o maximización de estas condiciones. De este modo, contribuir a la formación de sujetos más autónomos y socialmente sanos cuya mejora en las condiciones de vida sean la principal justificación para el nuevo orden administrativo del sector salud. Contrario a esto, la estructura actual del sistema y los reprocesos para la autorización de servicios suscitaron las siguientes apreciaciones:

... Sí podríamos decir que esa falta de experiencias positivas, la disminución de la calidad de vida al no tener sus manejos adecuados a tiempo si disminuye bastante la parte del bienestar y de la percepción que tienen los pacientes de lo que es calidad de vida, bienestar y cuestiones personales.

(Médico urgentólogo, comunicación personal, Junio de 2019)

...Nuestro sistema de salud está teniendo en este momento muchas carencias, entonces los pacientes muchas veces vienen angustiados, que eso es una forma de alteración de bienestar psicológico porque no han podido conseguir su cita con la EPS o vienen quejándose por la dificultad o mejoras para acceder al médico.

(Médico dermatólogo, comunicación personal, Julio de 2019)

...Yo incluso recientemente propuse en un artículo que si fuéramos a hablar del bienestar en serio, tendríamos que reconocer que salud y todo lo importante de salud empieza por

A: Aire, agua, alimento, asolearse, abrigo, actividad física, actividad laboral, aseo...y así un montón de A que son importantes para la salud. Y eso contando solo las físicas.

(Medico docente, comunicación personal, julio de 2019)

Desde la perspectiva médica, el detrimento a la calidad de vida de los pacientes, está ligado directamente a la estructura administrativa del sistema para el manejo de los recursos. Las experiencias positivas que devienen del acceso a los servicios, de la promoción de la salud y estrategias de prevención de la enfermedad, son obstaculizadas por las trabas para el alcance de las mismas. Estas implican deterioro físico, estrés psicológico y temor por el detrimento de las condiciones de salud que entre trámite y trámite aumentan la brecha para el alcance del anhelado bienestar.

¿Bienestar institucional?

Las E.P.S. En su papel de intermediarias, deben procurar a los usuarios el acceso al plan de beneficios. Incluso cuando no son prestadoras directas del servicio cumplen un papel de gestoras de los procedimientos médicos ordenados por los prestadores y de la asignación de los recursos financieros para su ejecución. Adicionalmente, con los recursos destinados por el Estado para cada usuario, las E.P.S. deben garantizar su propia sostenibilidad económica producto de los gastos de administración descontados del dinero girado para el aseguramiento de cada afiliado. En ese sentido, surgen, por un lado, los procesos y reprocesos administrativos derivados de la evaluación de pertinencia para la autorización de cada servicio médico; y por otro lado, las negaciones constantes de servicios con el fin de reducir el gasto y captar mayores ganancias.

Las víctimas directas de estos procesos administrativos del sistema son los pacientes en general, que entre cada reproceso ven dilatado el acceso a servicios con el temor constante de los perjuicios que esto pueda causar en su salud, su vida y sus dinámicas sociales. Sobre todo, cuando la lucha por el acceso a la atención está enmarcada bajo un modelo Estatal que la reconoce como Derecho y que en una visión reduccionista de la salud no logra garantizar ni siquiera la atención médica de calidad. Igualmente, los mismos médicos, con una perspectiva de impotencia se ven obligados a observar desde una posición de empleados, la limitación al ejercicio de su profesión condicionada por las reglas de juego que defienden el interés económico de las aseguradoras. De este modo, la ética médica, la defensa por la vida, y la búsqueda de mejores condiciones de vida a sus pacientes, resulta coaptada a disposición de los actores imperante, reproduciendo así, la imposición del interés particular sobre el colectivo. Este tipo de dificultades emerge, en el marco de códigos como las barreras de acceso y la limitación a la autonomía profesional de los médicos.

... Tengo que cuadrar la consulta con base en la patología del paciente. Yo considero que no solamente los usuarios están siendo mal atendidos, sino que también los médicos de una u otra forma están afectados e incluso tienen demandadas las EPS para las que trabajaban porque les deben muchos millones.

(Médico programa del adulto mayor, comunicación personal, mayo de 2019)

La coaptación de la profesión médica al servicio de las reglas de juego de un modelo neoliberal en salud, no solo se evidencia a través de las trabas administrativas para la autorización de los procedimientos a los pacientes. El mismo modelo de consulta y las condiciones laborales del personal asistencial reflejan el detrimento de la calidad de vida de

quienes se dedican a esta labor en Colombia. Uno de los elementos que intervienen en la calidad de la atención es la temporalidad, debido a que con el fin de acaparar un mayor número de consultas por hora y por día, la duración de la atención médica, al menos en los servicios de consulta externa, es exigido en una duración que oscila entre los 10 y 20 minutos, que deben distribuirse entre el diálogo con el paciente, sistematización de información, examen físico y descripción del proceso a seguir para el manejo de sus necesidades¹⁸.

Así mismo, la censura a la libertad profesional se refleja en la reducción del médico a un rol de “remitologo”, en donde sus funciones dentro de la institución se limitan a la de remitir pacientes a niveles mayores de complejidad ante la subvaloración de sus capacidades para la intervención directa de muchas de las patologías tratadas. Esto, es el inicio de una especie de bola de nieve que acumula congestión y retraso en las citas a especialistas, demoras en los exámenes diagnósticos y aumento de usuarios a la espera de autorizaciones médicas que dificulta la atención oportuna de los problemas de salud por los cuales las personas consultan inicialmente.

El resultado de esto va más allá de la pérdida de tiempo y complicaciones en la salud de los pacientes; Es un juego directo con la posibilidad de vivir una vida larga y saludable mediante la atención y prevención de problemas que en muchos casos pueden ser atendidos con los elementos de los cuales dispone el sistema. Sin embargo, las falla administrativas y la defensa por la acumulación económica constante de las instituciones aseguradoras, han sumado desde sus

¹⁸ La resolución 5261 de 1994 en su artículo 97, establece que la duración de la consulta médica general no debe ser inferior a 20 minutos. Esto lleva al cuestionamiento de la reglamentación de un tiempo mínimo que ha sido establecido como un máximo por parte de E.P.S. e I.P.S con el fin de aumentar el volumen de pacientes atendidos por hora. Aún cuando esto puede ir en detrimento de la calidad de la atención.

inicios complicaciones y muertes que en un contexto real de solidaridad y equidad habrían sido evitadas con los recursos disponibles.

...Son pacientes que de todas maneras están perdiendo tiempo y salud. Muchos de los pacientes que yo remitía para otras instituciones, cuando les aprobaban las remisiones, ya estaban muertos.

(Médico programa del adulto mayor, comunicación personal, mayo de 2019)

...La cuestión de la dignificación del paciente creo que tiene que ver más con patologías crónicas. Lo hemos visto mucho como en casos de oncología, que les aceptan la cita después de que fallecen.

(Médico urgentólogo, comunicación personal, junio de 2019)

Paradójicamente, la salud en Colombia como derecho y como negocio, ha sido principalmente intervenida desde un enfoque de atención de la enfermedad (Ósea su etapa más costosa) en lugar de un enfoque de promoción de la salud. Así, la salud como Derecho está relegada exclusivamente a la atención médica, al servicio asistencial, al diagnóstico y la recuperación. Dejando de lado otros elementos que subyacen en la base social como las condiciones en las que vive y crece la gente, los cuales, de ser abordados adecuadamente, favorecería la reducción de la morbilidad y mortalidad y por ende la demanda, el congestionamiento y los costos del sistema, al trabajar por la salud desde una perspectiva más amplia que intervenga en el abanico de determinantes que influyen en las condiciones de bienestar de la gente.

Determinantes sociales de la salud Vs el Derecho a la atención médica.

Es precisamente el tema de los determinantes sociales, el que surge como otro código relevante para el alcance del bienestar desde la mirada del personal médico.

...Si yo logro que un paciente diabético se controle, si yo logro mantener las cifras de presión bien, si yo logro que no se infarte, que no tenga enfermedad cerebrovascular, entonces estoy disminuyendo costos.

(Médico consulta externa, comunicación personal, junio 2019)

...Para hablar del bienestar en serio, tendríamos que reconocer que salud y todo lo importante de salud empieza por A: Aire, agua, alimento, asolearse, abrigo, actividad física, actividad laboral, aseo...y así un montón de A que son importantes para la salud. Y eso contando solo las físicas. Yo creo que lo que debe hacer la sociedad pensando como Estado, como sociedad civil, como academia es garantizar que todas esas A estén en el mejor Estado posible.

(Médico docente, comunicación personal, julio de 2019)

Esta perspectiva permite ahondar en la problemática de la salud más allá del simple Derecho a la asistencia médica. El discurso del bienestar desde el pensamiento neoliberal ha posicionado la necesidad de actores privados como proveedores de los elementos necesarios para el aumento de beneficios sociales de manera más universal, incluso, en su cuestionamiento al gasto público y a los modelos intervencionistas del Estado de bienestar ha generado una estigmatización a la capacidad del Estado de proporcionar mejores condiciones de vida a la población. Pero ¿Dónde quedan las condiciones en las que se vive y crece la gente y que no son propiamente un bien del

mercado? Es decir, en el caso de la salud en Colombia, si las distintas instituciones actuaran de manera articulada sobre las causas básicas de la enfermedad como el agua potable, un aire limpio, mejor disposición de basuras, control de plagas, condiciones de vivienda digna, etc. Entonces podría hablarse de que en el país, la salud es parte transversal del Estado Social de Derecho y que los servicios médicos son un complemento para la atención de aquellos casos que trascienden las barreras preventivas.

Sin embargo, la lógica del actual sistema sanitario vuelve bajo la idea antigua de la salud como ausencia de enfermedad y ante cada problema es vendida una solución. Para cada dolencia un medicamento, un especialista, un examen o un tratamiento, porque cada una de esas etapas representa un pago, una cuenta por cobrar, un ingreso que alimenta un negocio sustentado en problemas sociales estrechamente relacionados con la posibilidad de vivir y por el cual siempre hay alguien dispuesto a pagar. De manera que la salud como bien de mercado es abordada bajo un enfoque reduccionista a lo que los oferentes puedan hacer para subsanar dentro de las estrategias costo-efectivas más adecuadas, la garantía de mínimos básicos legalmente establecidos y que rara vez se traducen en actividades extramurales que ataquen las causas y eviten los efectos.

La paradoja del enfoque que ataca la enfermedad en vez de prevenirla desde las causas básicas, recae en que bajo el modelo actual sería más rentable para el negocio de las E.P.S. procurar pacientes sanos que atender pacientes enfermos. Analizando de manera detallada, el negocio de la salud en Colombia no es la enfermedad propiamente sino la salud. Es decir, si cada aseguradora recibe recursos mensuales limitados por parte del Estado para la atención de cada afiliado, entonces, cada afiliado enfermo por causas prevenibles va a representar un gasto

derivado de los servicios que requiera para su recuperación. En cambio, si parte de los dineros recibidos para la atención de ese usuario, fueran intervenidos en actividades de promoción de la salud, en mejorar sus condiciones de vida y acceso a programas de prevención, entonces las posibilidades de que ese usuario demande servicios médicos constantes sería reducida y contribuiría a la descongestión de los servicios y reducción el gasto derivado de la cobertura de las complicaciones. En se sentido, la salud, como un asunto de bienestar físico, mental y social, se desvanece ante la imperante oferta de mercado para la sostenibilidad financiera de las aseguradoras que procuran las mayores utilidades a través de las mínimas intervenciones posibles.

La defensa al modelo actual

A pesar de las posiciones en contra y cuestionamientos por parte de los médicos respecto al funcionamiento actual del sistema de salud. Algunos argumentos emergen en defensa del actual modelo que sirven de justificante para su permanencia dentro de la estructura sanitaria.

...¿Pero cuando un paciente del SISBEN colombiano podía ser atendido en una de esas clínicas antes de que existiera esa ley? Ahora es posible ver gente de sectores social bajos atendidos en clínicas importantes de la ciudad, garantizando buena hotelería, pero sobretudo una atención médica.

(Médico docente, comunicación personal, julio de 2019)

...Si hoy día llegan con apendicitis el rico y el pobre al hospital Pablo Tobón, estamos hablando de una urgencia y las urgencias hay que atenderlas. Y si llegó al hospital Pablo Tobón, allá lo van a tratar. La ley al menos pretende que no haya ese tipo de discriminación.

(Médico consulta externa, comunicación personal, junio de 2019)

Uno de los argumentos de defensa más comunes surge de la contrastación con el sistema anterior. Recordemos que previo a la reforma, el porcentaje de personas aseguradas en el país era de alrededor del 28% correspondiente a la clase obrera principalmente. El resto de la población era atendida mediante hospitales de caridad o financiada con recursos propios o donaciones. Posteriormente, a partir de la reforma de la Ley 100 y las modificaciones posteriores, el aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud, facilitó la ampliación de la cobertura a las personas que residían en zona alejadas del país o que por sus condiciones socioeconómicas no contaban con recursos para el pago de las cotizaciones a las empresas aseguradoras. De este modo, actualmente la principal defensa al sistema es el aseguramiento de gran parte de la población en alguno de los regímenes (contributivo y subsidiado) y la unificación de los planes de beneficio que permite a todos los usuarios el acceso al mismo plan de beneficios en Salud.

No obstante, hay aspectos que es importante considerar respecto a esta postura. El primero, es la consideración de que las personas pobres ahora puedan contar con acceso a buenos servicios de salud al igual que lo hacen las personas con capacidad de pago. Esta es una manifestación discursiva propia del pensamiento neoliberal; y radica en la racionalidad de que solo los que pueden pagar deberían ser merecedores de estos beneficios y que además, el acceso a la asistencia médica naturalmente no debería ser visto como un asunto que le competa a toda la población sin ningún tipo de discriminación como parte de las responsabilidades del Estado.

El segundo aspecto a considerar radica en la idea de que si hoy es posible acceder a servicios de salud sin importar la condición socioeconómica, esto se debe al papel desempeñado por los actores privados que intervienen en la administración del sistema. Lo cual cierra la posibilidad a

pensar alternativas que hubieran garantizado la misma cobertura sin tener que convertir la salud en un elemento del mercado, sobre todo cuando los recursos con los cuales se ha tenido ese logro son provenientes de los aportes públicos.

El tercer aspecto corresponde a la idea de igualdad, y este es quizá el principal elemento de los médicos en defensa del actual sistema. Hace referencia a que en el ejercicio de su profesión, las personas son tratadas sin ningún tipo de discriminación económica, accediendo al mismo plan de beneficios, lo cual sin duda es bueno. Sin embargo ¿Cuál es el punto máximo de esta idea de igualdad? actualmente las personas tienen acceso a un nivel de igualdad en los aspectos básicos, en los mínimos posibles que corresponden al plan de aseguramiento ofrecido por las E.P.S. a través de una red de prestadores. Pero el mercado de la salud ha logrado ir más allá, ofreciendo acceso a niveles con mejor servicio científico y hotelero, con mayor inmediatez y oportunidad para aquellas personas cuya capacidad adquisitiva les permite hacer pagos extra por pólizas o planes de medicina prepagada financiadas con recursos propios de los contribuyentes, generando así una nueva brecha social que fragmenta el acceso a servicios bajo determinaciones económicas entre aquellos que pueden pagar y aquellos que no.

Estructuras de desigualdad emergentes

El principio de igualdad bajo el cual se rige el actual sistema y que ha sido uno de los principales argumentos para su defensa y continuidad, alude a que actualmente todas las personas afiliadas al SGSSS independiente del régimen al que pertenezcan, cuentan con los mismos derechos y beneficios para el acceso a la atención médica. Esto en teoría, es cierto, sobre todo después de que en el año 2012 el gobierno nacional reglamentará la unificación de los planes de beneficio y fuera eliminada la diferencia entre EPS del régimen contributivo y las del

régimen subsidiado. Sin embargo, la defendida idea de igualdad, está garantizada o reglamentada por los mínimos, o sea, el aseguramiento a un plan de derechos básicos que debe ser garantizado a todos por igual. Pero también, ante las mismas fallas administrativas que pone el sistema, han surgido beneficios que superan el mínimo, que se convierten en máximos y que están reservados principalmente para los sectores sociales más capaces. Dentro de estos máximos, se evidencian los planes complementarios de medicina prepagada y las pólizas de salud que surgen como una alternativa más rápida, oportuna y diversa que le permite a los afiliados superar con mayor facilidad las trabas y reprocesos puestos por el sistema tradicionalmente aunque a mayor costo económico.

En ese sentido, aquellos usuarios con capacidad de costear este tipo de planes, tienen posibilidad de acceder por ejemplo, a habitaciones individuales, citas con especialista de manera directa, mayor cobertura de medicamentos, y acceso a una mayor red prestadora de servicios.

Así, los máximos son beneficios a los que por su alto costo o facilidad de acceso solo pueden acceder aquellas personas con gran capacidad de pago, determinando una diferencia sustancial en el bienestar que el sistema de salud proporciona en función de las clases sociales. Adicionalmente, El problema principal radica en que tales servicios, no son ofertados propiamente por actores externos al sistema, tampoco es un servicio particular al que se puede acceder de manera paralela al proceso médico dentro de cada IPS, sino que hace parte de la oferta que las mismas EPS hacen a los usuarios para que estos logren sortear de manera más efectiva las barreras que el mismo sistema traza para el acceso a los derechos correspondientes al plan de beneficios.

De este modo, muchos de los beneficios que los usuarios de las empresas de medicina prepagada logran obtener de manera rápida, devienen de la ocupación de agendas que estaban destinadas a los demás usuarios del sistema. Generando así, mayores demoras en la atención, largos tiempos en asignación de citas con especialistas, menor disponibilidad de camas, mayores tiempos de espera que complican patologías, menor oferta institucional ante el auge de clínicas que sólo contratan servicios de medicina prepagada y al final, mayor deterioro en la calidad de vida y muertes por problemas que pudieron ser evitados de haber sido atendidos de manera oportuna. En ese sentido, el panorama de igualdad defendido por el Sistema de Salud, se desvanece ante las garantías de un bienestar institucionalizado solo para aquellos segmentos de la población con condiciones económicas que les permiten acceder a las mejores ofertas del mercado.

Lucro y corrupción como fallas del sistema.

...La corrupción ocurre en todos los niveles, no solamente se ve en los administrativos sino también en el personal de la salud, Por ejemplo un médico que mande algo que no se necesita.

(Médico consulta externa, comunicación personal, junio de 2019)

...Ya cualquier cosa de salud es un negocio; y las IPS son una empresa que debe manejar su sostenibilidad. Entonces creo que por esa parte ninguna empresa quiere perder plata.

(Médico urgentólogo, comunicación personal, julio de 2019)

Dentro de los elementos que soportan la base de los problemas del sistema de salud, la necesidad de lucro de los actores privados y la corrupción para el acaparamiento de mayores recursos figuran como los puntos de inicio que desencadenan la falla estructural evidenciada en los excesivos trámites, la negación de servicios y el auge de los planes complementarios.

La corrupción por ejemplo es percibida como un problema multinivel, que no solamente se expresa en las esferas directivas de las EPS, sino también entre los prestadores de servicios, médicos y usuarios. Existe una idea generalizada y aceptada de que los distintos actores recurran al uso de estrategias fraudulentas con el fin de acaparar mayores recursos económicos. En ese sentido, las demoras en la autorización de servicios y los excesivos trámites son solo una manifestación de una práctica común dentro de las instituciones. En el caso, por ejemplo de las I.P.S. parece ser común el cobro constante de costosos servicios no justificados, ó el uso de procedimientos que no están relacionados con las razones de consulta de los pacientes con el fin de generar mayores ingresos a los prestadores.

Así mismo, el hecho de que la salud esté bajo el manejo del sector privado, se convierte en un justificante de la necesidad de acumulación de capital. Las instituciones más allá de ser oferentes de un servicio social fundamental para el bienestar, son vistas como unidades de negocio, cuyo fin básico es la rentabilidad financiera y la sostenibilidad. Sumado a esto, la defensa al modelo actual respecto al que tenía el país antes de la reforma dificulta la posibilidad de pensar sistemas alternativos y mejores, por lo que los actos de corrupción y desviación de recursos se convierten en un asunto tolerable y socialmente aceptado que sirve como elemento reproductor para la perpetuación de prácticas de dominio privado sobre bienes comunes.

Esta problemática, suscita dilemas éticos respecto a la ganancia de dinero versus la atención a los pacientes con los recursos que se cuenta. Porque, si bien es cierto que la prioridad debe ser la defensa por la salud y la vida como un aspecto fundamental para la garantía de la dignidad humana; las reglas de juego que rigen el sistema de salud en Colombia, motivan la necesidad de obtención de dinero para la rentabilidad y productividad financiera de un actor.

Cobertura universal y Acceso restringido.

...Indudablemente con la ley 100 aumentó la cobertura. Pero tener un carnet no significa tener acceso al sistema de salud, puede tener un carné y llegar a la EPS y no lo atienden.

(Medico dermatólogo, comunicación personal, julio de 2019)

Como se alcanzó a mencionar previamente, uno de los aspectos en lo que se justifica el actual sistema de salud corresponde a las cifras de cobertura universal alcanzadas respecto al modelo anterior. Principalmente, porque en el documento para la reforma a los sistemas de salud en América Latina, emitido por el Banco Mundial en 1987, hacía referencia a que la delegación de la prestación de servicios a un sector privado podría garantizar mejores indicadores de bienestar social al ampliar el aseguramiento. Esto es parcialmente cierto, principalmente en el hecho de que actualmente alrededor del 97% de la población está afiliada a alguna de las E.P.S. que funciona en el país.

No obstante, la defensa por la cobertura motiva al cuestionamiento respecto a ¿qué clase de bienestar es el que se ha logrado? sobre todo cuando el problema por el acceso oportuno a los servicios ha sido un tema de debate político constante ante la vulneración a los Derechos a la

salud, la integridad y la vida de la que han sido víctimas los usuarios desde la entrada en vigencia de la norma¹⁹. (Colombia, 2013)

Una de las razones que dificulta el acceso oportuno a los servicios, proviene del tipo de convenio que tienen permitido establecer las E.P.S. para la atención de usuarios de un régimen u otro. Por ejemplo, las aseguradoras que tienen más usuarios del régimen subsidiado, tienen convenios con I.P.S. más limitados, ya que por norma, el 605 de la contratación debe realizarse con la Empresa Social del Estado de la ciudad en la que tiene sede, las cuales en la mayoría de los casos son instituciones de primer y segundo nivel de complejidad. Por otro lado, aquellas que cuentan con más usuarios del régimen contributivo, establecen alianzas con un abanico más amplio de prestadores, que en su mayoría pueden ser del tercer nivel de complejidad. Esto, es uno de los aspectos que contribuye a que en las instituciones de salud donde son atendidos principalmente personas de condiciones económicas desfavorable, se presenten mayor número de complicaciones y muertes por enfermedades prevenibles que no lograron ser atendidas por la congestión de los centros asistenciales.

Así mismo, ¿Que ocurre con aquellas personas alejadas de los principales centros urbanos que cuentan con afiliación pero no con centros de salud cercanos? al igual que la población rural no asegurada en el modelo anterior a la reforma, el sistema actual ha ofrecido una cobertura virtual a los usuarios de zonas apartadas, sin ningún tipo de garantía de acceso a servicios, ni siquiera de

¹⁹ Según el informe publicado por el Ministerio de Salud en 2013. Las tres razones de base que problematizaron la accesibilidad en Colombia, fueron: Primero, que el modelo de prestación de servicios de servicios se orientó en resolver principalmente las situaciones de alta complejidad.

; segundo, el aseguramiento se centró principalmente en el manejo financiero en lugar de la gestión de riesgos en salud; y tercero, la poca capacidad resolutive en procedimientos que requerían entornos de alta tecnología y complejidad, principalmente e las zonas apartadas de las grandes urbes.

primer nivel de atención. Esto, solo para ejemplificar que el aseguramiento como uno de los argumentos del sistema actual para la garantía del bienestar social, queda deslegitimado al contrastarse con las condiciones reales para la reducción de brechas sociales y acceso a atención médica sin ningún tipo de barreras.

CAPÍTULO III

LEGITIMACIÓN Y PERPETUACIÓN DEL DISCURSO NEOLIBERAL EN LOS USUARIOS DEL SISTEMA DE SALUD.

Continuando con la línea metodológica para la comprensión del discurso del bienestar en el sistema de salud, será abordada a continuación la dimensión micro discursiva correspondiente a la perspectiva de los usuarios afiliados a distintas E.P.S. En este capítulo, será descrita la forma en que el pensamiento neoliberal, a través de sus estructuras institucionales ha configurado ideales de bienestar y calidad de vida determinados por las reglas de competencia del mercado y la capacidad económica de las personas. Así mismo, han sido erigidas representaciones ideológicas en las que el orden administrativo, es adoptado como orden de clasificación social que en el auto reconocimiento de las personas como ricos y pobres, justifica las inequidades de acceso a servicios sociales como un asunto de privilegios más que como un asunto de derechos.

Al igual que en el capítulo anterior, la primera categoría abordada será la de bienestar, porque además de ser el tópico fundante de esta investigación, es una de las más usadas en economía y en las discusiones sobre desarrollo. Sin embargo, y como lo describe corredor (1998) aun tiende a ser difusa la diferencia entre ambas; principalmente bajo las constantes definiciones de bienestar social en función de las utilidades individuales que pueden ser cuantificables en términos monetarios. En atención a esto, la definición del termino desde la perspectiva de usuarios del régimen contributivo y subsidiado, puede representar la diferencia entre el enfoque economicista y humano del desarrollo para suscitar cuestionamientos éticos respecto al papel de la salud como un bien de mercado.

El bienestar, un asunto de capacidades.

...El bienestar es todo aquello que te hace sentir un ser humano libre, sin dificultades, un ser humano capaz de tener una calidad de vida maravillosa en donde no haya obstáculos.

(Usuario del régimen subsidiado, comunicación personal, mayo de 2019)

...Bienestar no es solamente que te quiten un dolor de cabeza, sino que me generan algo bueno y yo pueda generar algo bueno por el otro; el agradecer, el felicitar, el reconocer.

(Usuario del régimen subsidiado, comunicación personal, mayo de 2019)

Desde la perspectiva de los usuarios, el bienestar es un elemento subyacente a la calidad de vida con ausencia de factores que la dificultan o limitan. Dentro de una mirada personal, hace parte del deber ser de las condiciones en las que se nace y vive bajo el pleno goce de las potencialidades del individuo dentro de sus dinámicas sociales. Esto implica la posibilidad de participar y decidir en los asuntos que involucran su integridad física y mental, además del respeto por la adopción de aquello que es percibido como bueno o positivo. En una acepción más simplista, bienestar es definido como “estar bien” articulando aspectos personales como el estado de salud, la cobertura de necesidades básicas, la afectividad y el ocio, hacía aspecto de carácter más interpersonal como la unión familiar, las oportunidades de empleo, la condición económica y las relaciones sociales.

Desde el aspecto de la salud y, en particular de los servicios médicos, el bienestar va más allá de la posibilidad de superar las etapas de detrimento físico causadas por la enfermedad. Está relacionado con la experiencia de un trato digno y respetuoso en el que las personas sean vistas

como sujetos activos y comprometidos con la oportunidad de vivir una vida con calidad, en lugar de ser vistos como instrumentos económicos que bajo la figura de clientes sólo sirvan de medio para el alcance de los objetivos de rentabilidad de las instituciones.

En ese sentido, la evaluación de los usuarios respecto al bienestar, involucra un conjunto de satisfactores que trascienden de lo personal a lo social. Si bien son definiciones que parten desde la experiencia subjetiva, hay elementos recurrentes que se convierten en común denominador de lo que determina el estar bien. Por un lado, hay determinantes exteriores que hacen referencia a las condiciones en que viven las personas, Como por ejemplo la posibilidad de disponer de algunos bienes materiales como la riqueza económica, el estatus de poder en la sociedad, el acceso a servicios de salud y educativos de calidad, las condiciones de vivienda y el tiempo libre. Pero por otro lado, hay condiciones internas de la persona que en muchas ocasiones, son producto del nivel de satisfacción generado por los determinantes externos. Consideradas como estados de ánimo positivos o valiosos, como por ejemplo, la alegría, la felicidad, la esperanza, la sensación de vivir una vida digna y el alcance de los objetivos de vida (Valdés, 1991).

Lo anterior, expone que dentro de la subjetivación de la idea de bienestar, existen elementos objetivos que a nivel externo facilitan el alcance de una vida deseada²⁰. Sin embargo, eso no implica que dichos elementos sean determinantes absolutos o universales para su reproducción en todos los grupos sociales. Es decir, la idea de trabajo, vivienda o medio ambiente adecuados

²⁰ Para autores como Deaton (2015), la relación entre esperanza de vida e ingresos es importante en la forma de pensar a nivel mundial el bienestar, debido a que distintos indicadores internacionales han mostrado movimientos simultáneos en ambos aspectos sociales. De este modo, la capacidad económica es determinante para el acceso a una nutrición adecuada, agua potable, vivienda digna, etc. Igualmente, la posibilidad de vivir una buena vida va más allá de la disposición de salud y dinero. Sino que además, está relacionada con la libertad de acceder a una mejor educación y participación en asuntos cívicos que permitan la identificación y gestión colectiva de la vida que se desea vivir.

para vivir bien, no sería la misma entre una comunidad y otra, debido a que las visiones culturales median en la concepción de aquello que es percibido como positivo o necesario para vivir.

Igualmente, Amartya Sen, concibe que el bienestar individual está determinado por el alcance de lo que él denomina funcionamientos y capacidades. Los funcionamientos entendidos como todo aquello que las personas logran ser o hacer en su vida, como por ejemplo mantenerse sano, contar con una nutrición adecuada, no padecer muerte prematura, ser feliz, lograr vivir en comunidad, entre otros. Dichos aspectos, de manera interrelacionada son constitutivos de la persona y representan el punto de partida para la valoración de lo positivo pero en razón de lo que logran hacer con dichas funcionalidades. Para esto, Sen utiliza el concepto de capacidades con el fin de medir la libertad que las personas tienen para disponer de los funcionamientos mencionados, de tal modo que no basta con identificar el bienestar como el hecho de estar nutrido o contar con servicios médicos sino de qué manera eso le permite a alguien alcanzar aquello que quiere para su vida. De este modo, las capacidades para funcionar reflejan lo que una persona puede hacer y no sólo lo que de hecho hace. (Sen, 1982)

De acuerdo con lo anterior, si la medida del bienestar debe ser establecida en función de las libertades que las personas logran alcanzar con aquello que poseen ¿Cómo se relaciona esto con los beneficios proporcionados por el sistema de salud? Es decir, si las personas dentro de los factores externos que influyen en el estar bien consideran las condiciones económicas, el acceso a servicios médicos y el trato digno ¿De qué manera es percibida esa determinación con el sistema sanitario Colombiano? A continuación serán abordadas las percepciones respecto a cómo

la estructura funcional de la salud en nuestro país favorece o menoscaba el alcance de mejores condiciones de vida de los usuarios.

Regímenes para la desigualdad

...Malestar, está generando malestar, pero un malestar que se mide por el volumen de usuarios que tiene el sistema de salud.

(Usuario del régimen contributivo, comunicación personal, mayo de 2019)

...Hay muchas personas desprotegidas que no pueden acceder a un especialista, a un medicamento, ni siquiera a las citas médicas. No me parece justo que para acceder a una cita médica una persona del régimen subsidiado tenga que hacer fila desde las tres de la mañana y solo dan 20 turnos, para que después no tenga cita, osea, eso no es bienestar para nadie.

(Usuario del régimen subsidiado, comunicación personal, junio de 2019)

Siguiendo la idea de bienestar previamente expuesta, el sistema de salud más que un medio, es visto como un obstáculo para el alcance de aquello socialmente percibido como bueno y necesario para la satisfacción de una vida con calidad. Sin embargo, más allá del problema explícitamente descrito en torno a las barreras de acceso y las fallas administrativas, subyace la sensación de pertenencia a una clase social como factor determinante de la calidad del servicio. En ese sentido, la idea del régimen de afiliación (contributivo o subsidiado) juega un papel fundamental en la satisfacción de las necesidades. Más allá de ser un elemento de orden administrativo, se convierte en un mecanismo institucionalizado de fragmentación social y exclusión en el que aquellos con posibilidad de pago o cotizantes, se convierten en demandantes

legítimos de los servicios públicos y privados del mercado de la salud en Colombia. Así mismo, el concepto de régimen se convierte en un elemento discursivo que denota condiciones como la pobreza, el desamparo, la exclusión y a su vez, representa un justificante para la aceptación del trato diferenciado y limitado en los servicios de salud.

De este modo, el orden institucional que separa a cotizantes y subsidiados, no solo ha representado un elemento de clases sociales que divide a los unos y los otros, sino que ha favorecido la aceptación social y continuidad de las diferencias en la prestación de servicio aun cuando estas van en contra del respeto de la dignidad humana. En la segunda frase citada en el inicio de este apartado, una usuaria del régimen contributivo expresa sensación de injusticia ante el trato que reciben los pacientes del régimen subsidiado por parte de su red prestadora de servicios. Aquí se denota un conocimiento directo de las dificultades del proceso para el acceso a la atención médica derivado de una experiencia personal vivida. La particularidad de este ejemplo (y que no es citada completamente al inicio del texto por asuntos de síntesis) radica en que anteriormente ella hacía parte de los usuarios del régimen subsidiado, lo que le ha permitido contrastar las diferencias entre ambas formas de atención. Sin embargo, aún con la sensación de injusticia que eso pudiera generar, su relato denotaba que esta conducta es aceptada socialmente producto de la necesidad que tienen las personas para la atención médica y la imposibilidad de costear un servicio privado. Es decir, el auto reconocimiento de la posición social y de las limitantes económicas deslegitima la percepción de la salud como Derecho y de las condiciones de igualdad y trato digno que al menos desde la norma, la enmarcan. Bajo esta mirada, los avances en materia normativa de las últimas décadas se desvanecen ante el retorno de la salud a una posición de caridad para la atención de los menos favorecidos bajo las condiciones mínimas posibles que puedan ofrecer las instituciones.

La aceptación de las desigualdades de salud y la creencia de que estas son producto de la posición económica enmarcada en la estructura del régimen de afiliación, está soportada bajo la categoría discursiva de la ideología. Para Van Dijk (1998) las ideologías son definidas como “la base de las representaciones sociales compartidas por los miembros de un grupo” (p.21). En ese sentido, las creencias pueden significar un punto de partida epistemológico que influye en lo que es aceptado como verdadero o falso; y en general, en la forma de comprender el mundo.

Bajo este principio discursivo, es posible identificar que los problemas de inequidad y desigualdad en el sector salud, recaen en la naturalización de los mismos. Así mismo, la noción de “clase” subyacente a la estructura de régimen de afiliación sirve de justificante para la aceptación de los beneficios institucionales percibidos por los grupos económicamente favorecidos. En otras palabras, la ideología de subsidiariedad y pobreza propia de los usuarios pertenecientes al régimen de afiliación subsidiado, legitima el poderío y prevalencia de la clase gobernante. Considerando esto, muchas de las personas que hacen parte del primer régimen de afiliación, ven la subsidiariedad como un asunto de caridad. Para ellos, los Derechos están determinados en función de la capacidad de pago de quien los demanda, mas no en razón de su condición como ciudadano. De este modo, si bien existen opiniones a favor del sistema, estas surgen desde una postura del agradecimiento por los servicios prestados bajo una idea de caridad, mas no desde el reconocimiento de un servicio con calidad producto del deber ser normativo que lo reconoce como derecho fundamental y universal. A continuación algunas de las expresiones de los usuarios que ejemplifican la manifestación de esta postura ideológica en el lenguaje:

...Yo creo que es el hecho de que seamos cotizantes, estamos pagando por un servicio, entonces pienso que es por eso. Y el pago de ese servicio debe reflejarse en la atención.

(Usuario del régimen contributivo, comunicación personal, junio de 2019)

...Ojalá la salud en Colombia fuera así de fácil y todos tuviéramos los mismos derechos, pero yo pienso que eso si es como por estratos, los de menos los de medio, los que siguen y los que tienen más, esos van a tener mejores privilegios que nosotros mismos.

(Usuario del régimen subsidiado, comunicación personal, junio de 2019)

Como se puede notar en las anteriores citas, la expresión “cotizante” denota posición social, que conlleva a la sensación de trato preferencial que deberían recibir aquellas personas pertenecientes a este grupo. La razón de esta idea recae bajo la premisa de que aquellos que realizan mayores aportes económicos al sistema, naturalmente son merecedores de beneficios en proporción al monto pagado en la cotización. Igualmente, la estratificación social representa un determinante económico de acceso a la salud. En ese sentido, el bienestar que genere la estructura del sistema sanitario en Colombia, se manifiesta discursivamente a través de la idea de que este es producto de la capacidad económica de las personas para competir por las ofertas del mercado; Mas no por el reconocimiento de los principios que lo rigen y la percepción de este como derecho fundamental.

Bajo esta representación social se constituyen grupos que resignifican la identidad personal hacia la social a través del intercambio de experiencias, discursos e interacciones comunes que delimitan el plano de percepción colectivo. De este modo, la relación favorable o desfavorable con la institucionalidad se torna en una especie de norma grupal aceptada. Así, los grupos bajo

un pensamiento compartido, pueden desarrollar ideologías; y está a su vez, genera procesos circulares de herencia generacional que permite la perpetuación de esa forma de identidad (Van Dijk, 1998). Tal es caso, por ejemplo, de los usuarios del régimen contributivo que, que consideran que su pago mensual obligatorio de la seguridad social es una causal de trato preferencial dentro de los servicios de salud.

Siguiendo con lo anterior, otro de los aspectos en los que influye la representación ideológica de los grupos es en la calidad de vida. Debido a la relación entre la idea de bienestar y el alcance de satisfactores que favorezcan una vida deseada, tanto los servicios de salud como la identidad colectiva de los usuarios, es influyente en la defensa y aceptación de aquello que se recibe de la institucionalidad y aquello que están dispuestos a esperar de ella.

Bienestar percibido y calidad de vida deseada

...Cuando tenía el SISBEN si me fue muy mal. Me fue bien en cuanto a hospitalizaciones, pero para que me viera un especialista era súper difícil, me tenía que desplazar a partes muy lejanas, a veces no me daban las citas.

(Usuario del régimen subsidiado, comunicación personal, junio de 2019)

...No se hace un trabajo social real de verificar lo que la gente tiene, lo que la gente es. Uno encuentra una cantidad de personas agobiadas con un techo pero no tiene más, no tienen hijos, no tienen familia, viven de la caridad.

(Usuario del régimen subsidiado, comunicación personal, junio de 2019)

El apartado anterior, describe que una de las expresiones discursivas a través de las cuales se justificaban el trato diferencial entre regímenes, era la de “Cotizante”. La lógica detrás de esta

idea radica en que los beneficios percibidos por las personas de parte de las instituciones deben ser proporcionales al monto de los aportes realizados. Complementario a esto, el concepto de “subsidiado” surge como una explicación a las falencias administrativas que impactan en el deterioro de la calidad de vida de los usuarios.

Si bien desde la idea de bienestar de las personas el enfoque de las capacidades emerge como un componente descriptivo de la calidad de vida, esta se ve obstaculizada por el orden social establecido para la construcción de identidad grupal de los unos y los otros. Es decir, la limitación para el logro efectivo de una vida con calidad, no es en sí misma la barrera económica o en el caso de los servicios de salud la oferta institucional. Sino la idea naturalizada del lugar al que se pertenece dentro del orden social. De esta manera, independiente de que en Colombia, la norma establezca igualdad de condiciones y derechos para todas las personas por igual, la distinción entre regímenes de afiliación ha generado una creencia colectiva de que la pertenencia al “subsidiado” es sinónimo de caridad, de un favor de las elites hacia aquellos sin posibilidad de pago. Así, las barreras institucionales, la burocracia, las negaciones, el detrimento de la salud y los obstáculos para el alcance de las libertades individuales, son aceptadas bajo la premisa de que es necesario aceptar aquello que es regalado a pesar de las falencias que contenga.

Igualmente, para los usuarios, la metodología de la encuesta de clasificación social de beneficiarios de servicios sociales - SISBEN- se desarrolla bajo un enfoque reduccionista que define las condiciones de vida de las personas en función de aquello que poseen a nivel material. Bajo esta crítica, consideran que un sistema que realmente se interese por el bienestar de los individuos, debería ahondar en aspectos más personales como el empleo, la salud mental, la edad, la compañía de la cual dispone y las condiciones emocionales. Por el contrario, esta

metodología de clasificación social termina por profundizar brechas que reafirman la posición social de los encuestados y a su vez, la idea de pertenencia a cierta colectividad. Según Corredor (1998), una de las críticas al enfoque materialista del bienestar, es que presupone que el orden social está reducido al orden económico, el cual crea estructuras sociales y determina su evolución. La principal consecuencia de esto, es la generación del individualismo ético-social concebido bajo los lineamientos naturales del orden económico.

Este tipo de expresiones identitarias, han sido descritas por autores como Fairclough desde la perspectiva del Análisis Crítico del Discurso en relación al capitalismo y sus modos de influir en la sociedad. Desde su visión, la capacidad que tiene el capitalismo de transformarse constantemente es el mecanismo para garantizar la continuidad de su expansión económica. En relación a las transformaciones recientes en el modelo neoliberal, señala:

Tal transformación hacia el nuevo capitalismo se está produciendo ahora en respuesta a una crisis en el modelo posterior a la Segunda Guerra Mundial. Esta transformación implica tanto la "reestructuración" de las relaciones entre los dominios económicos, políticos y sociales (incluida la mercantilización y comercialización de campos como la educación, queda sujeta a la lógica económica del mercado) y la "reestructuración" de relaciones entre los diferentes niveles de la vida social: lo global, lo regional, lo nacional y lo local... El neoliberalismo es un proyecto político para facilitar la reestructuración y reescalamiento de las relaciones sociales de acuerdo con las demandas de un capitalismo global desenfrenado. (Fairclough, 2003. P.13)

La crítica de Fairclough al neoliberalismo, presenta relevancia a la forma en la que el modelo de salud en Colombia no solo ha reestructurado las relaciones entre los distintos actores del

sistema, sino que además ha sido producto de la reinención del capitalismo para perpetuarse a través de los supuestos beneficios sociales que genera. Así, este sistema económico ha conducido a acrecentar la división social entre ricos y pobres a través de sistemas de gestión pública fragmentados y determinados por la capacidad adquisitiva de sus involucrados. De ese modo, el neoliberalismo entra en contradicción con los fines y valores sociales que defiende, posiblemente porque en su idea de mejores condiciones de vida, no puede dejar de lado la lógica de competencia, acumulación y propiedad privada que lo fundamentan. Y que a su vez, es determinante de la forma en la que es experimentado el acceso a los servicios asistenciales en función del lugar que las personas ocupan dentro de la estructura de clase.

Experiencias del derecho a la exclusión, la inclusión y el trato humanizado.

¿Cómo se sintió ante la negación de ese medicamento?

...Mal, me sentí excluida, rechazada, me sentí subvalorada. Porque hasta ahora no había tenido ningún problema.

(Usuario del régimen subsidiado, comunicación personal, junio 2019)

...Para mi es una bendición. No he tenido muchos problemas aunque sí ha habido inconformidades. Yo creo que solamente me ha pasado algo. Pero he tenido todos los beneficios como si fuera cotizante o beneficiaria. Me ha ido bien cuando he necesitado los servicios, con demora y con todo, pero los he tenido. Solamente tuve un incidente: Yo tengo una enfermedad crónica, Diabetes mellitus desde los 10 años y siempre me han tratado con un excelente servicio. Incluso se hizo una tutela a la EPS para que me dieran una bomba de infusión de insulina.

(Usuario del régimen subsidiado, comunicación personal, junio 2019)

En las páginas previas de este capítulo, ha quedado claro como la estructura administrativa del sistema y en particular, las figuras de los regímenes, ha propiciado la construcción de identidades colectivas que aliena a sus miembros a la aceptación del trato inequitativo por parte de los servicios de salud en razón de la posición ocupada en la estructura económica. Esta identidad, por sí misma, sólo representa una postura de reconocimiento o clasificación dentro del orden social imperante. Sin embargo, este elemento como manifestación discursiva de una ideología, está ligado a aspectos emotivos y conductuales que si bien pueden significar experiencias positivas o negativas en los usuarios, permiten la continuidad del ciclo constante de las prácticas institucionales que favorecen la fragmentación social.

En la primera cita, la usuaria entrevistada comentaba que le había sido ordenado un medicamento que no estaba incluido en el plan de beneficios y por lo tanto debía ser aprobado por un comité institucional. Tal como se narra, el medicamento para el tratamiento de su enfermedad no fue autorizado, lo que la obligaba a comprarlo con recursos dentro de su limitada capacidad económica. Los sentimientos de exclusión, rechazo y subvaloración expresados por ella en su narrativa, surgen por razones más allá de la propia negación por parte de la institución. La razón implícita a este sentimiento, recae en el hecho de que está asociado a la pertenencia al régimen subsidiado. Para esta persona, el escenario habría sido distinto si su régimen de afiliación hubiera sido el contributivo, debido a la creencia persistente de que la atención recibida debe ser proporcional a la cotización aportada. Adicionalmente, la respuesta de ella ante tal barrera de acceso, fue la omisión, la aceptación a ciegas de que ante tal obstáculo el único camino a seguir era la resignación de sus posibilidades por el desconocimiento a sus mecanismos

normativos de defensa de derechos y principios de igualdad. Al igual que ella, es un común denominador entre los usuarios del régimen subsidiado legitimación constante de la negación de servicios y barreras de acceso por considerar que en su posición socioeconómica, la salud es un favor que puede ser negado, y que naturalmente puede desencadenar momento de exclusión y sentimientos de marginación.

En un escenario paralelo, otro usuario, en su rol de beneficiario del régimen contributivo, expresa la atención brindada por la E.P.S. como una “bendición”. Para él, su patología crónica (Diabete mellitus) no habría podido ser intervenida en un escenario alterno, es decir, de no ser por la existencia de la figura de las aseguradoras, su salud y su vida habrían ido en detrimento, debido a que no logran ser concebidas opciones posibles para su intervención. Así mismo, resalta el reconocimiento de las fallas en la oportunidad de la atención, pero con el justificante de que a pesar de los problemas, los servicios han sido recibidos. Igualmente, surge otro elemento que es común entre la mayoría de usuarios del sistema, es el referente al uso de mecanismos jurídicos para la garantía de los servicios, como el caso, de las tutelas, demandas y acciones de desacato por violaciones al derecho a la vida, la salud, ó la seguridad social, por parte de instituciones promotoras y prestadoras de servicios médicos.

La particularidad del uso de este mecanismo, es que se ha tornado parte de las etapas para el acceso a la atención. Así, los usuarios han normalizado este tipo de recursos como elementos necesarios para el acceso a la atención médica, los medicamentos y tratamientos necesarios para el control de la enfermedad. En ese sentido, la rama judicial del Estado, ha pasado a ser parte intermediaria entre la sociedad y el acceso a la salud. A pesar de esto, permanece la visión justificante de que a pesar de los problemas en la prestación del servicio por parte de los actores

aseguradores en el sistema, el papel social que cumplen es fundamental para la mejora de las condiciones de vida de la población.

Es importante resaltar que dentro de la idea internacional de los determinantes sociales, la salud, más allá de ser el derecho a la atención médica, involucra un conjunto de elementos interrelacionados orientados a la protección de la calidad de vida y el alcance de las libertades para el disfrute de bienes, servicios y capacidades que le permitan a las personas el logro de la vida que se anhela. Lo anterior incluye no solo variables biológicas, sino también, sociales, económicas y ambientales necesarias para el desenvolvimiento armónico de las capacidades de los individuos. Dentro de estas condiciones, un aspecto considerado por los usuarios que han hecho parte de esta investigación, es el referente a la humanización del servicio. Independiente de las particularidades inherentes a cada persona dentro del sistema, cada vez es más requerida una atención en salud que vaya más allá del asistencialismo y del modo de percibir a los pacientes como simplemente sujetos biológicos con necesidades físicas, sino también, abordarlo desde una mirada integral en la que se consideren sus dimensiones biológicas y conductuales.

...Antes tenía muchas dificultades en lo humano que es lo que uno siempre ha peleado, que cuando una persona te está atendiendo siempre tiene que tener conciencia que está frente a una persona enferma, que está buscando un servicio por enfermedad y por otras dificultades. Eso se ha peleado de todas las formas, que siempre la institución adicional a un buen servicio llamémoslo médico, farmacéutico, o como sea bueno. Queremos que el personal que te está atendiendo sea de calidad, que se entienda que no está atendiendo una persona de un área recreativa o deportiva, sino una persona que está en su vida deteriorada, su salud está deteriorada, su situación. Queremos que esa calidad que está

ahí, ayude al mejoramiento de esa salud. Porque se trabaja la salud del cuerpo pero también la salud mental. A usted lo puede afectar más un mal servicio, una mala atención que la misma enfermedad...Yo he sido muy reiterativa por una buena atención médica, una buena atención en el servicio cuando vos llegas en la primera instancia que te reciben. Eso hace que cuando vos llegues a que te atienda el médico o el especialista que sea, vos salgas con un ánimo distinto.

(Líder de asociación de usuarios de una E.P.S. de Medellín, comunicación personal, mayo de 2019)

El ejemplo anterior, resalta la importancia que tiene para los usuarios la atención médica en términos del buen trato. Principalmente, cuando persiste la idea generalizada sobre la importancia de ver a los pacientes más allá del aspecto físico, con el reconocimiento de sus dimensiones psicosociales y conductuales. Así mismo, emerge el cuestionamiento respecto a las razones que llevan a la exigencia del trato humanizado ¿Acaso no es esto inherente al ejercicio de los profesionales asistenciales? al parecer, el escenario en Colombia, ha manifestado carencias en torno a la relación entre el personal asistencial y los pacientes, sobre todo cuando esto abre la brecha de la problemática en salud del país al evidenciar conflictos que van más allá de las falencias de orden administrativo para trascender a los aspectos netamente misionales.

Según Hoyos, Carmona & Correa (2008), el problema de la deshumanización del servicio, parte de la Ley 100 de 1993 que en lugar de perseguir los principios de equidad, eficiencia y acceso que la rigen, fue siguiendo un rumbo distinto al asumir estrategias de atención en detrimento de la calidad de la atención médica. Uno de los aspectos que ha influido en esta problemática, ha sido el alto volumen de pacientes asignados a cada profesional versus los

tiempos estipulados para el desarrollo de las citas que en muchos casos se reducen a tan solo 10 minutos, reduciendo así las posibilidades para que el profesional realice un análisis profundo de las condiciones en las que se encuentra el paciente.

Igualmente, en la humanización de los servicios, influyen aspectos sociales y económicos como el percibir a los servicios como elementos mercantiles en donde prima la rentabilidad económica por encima de su labor humanitaria. Por otro lado, las falencias en la remuneración salarial y las extensas jornadas laborales a las que están expuestos médicos y enfermeras que influye en su motivación, disposición al servicio y a la comunicación adecuada con los pacientes.

Corresponsabilidad en salud y legitimación de lo público

...A la gente no se le enseñó a participar, a cuidar su salud, a actuar en todas las cosas. A usted no le enseñan que usted es dueño de su vida y es responsable de su salud en cuanto a sus medicamentos.

(Líder de usuario de una I.P.S. de Medellín, comunicación personal, junio de 2019)

...Nosotros tenemos un problema muy grande, nosotros no hemos aprendido a querer lo público, lo público es esencial. En cualquier parte del mundo tiene que ser primero, lo privado es secundario. Lo público tiene que estar a la atención de los ciudadanos de ese país. Pero aquí para nadie sirve, ni siquiera para los mismos gobernantes.

(Líder de usuarios de una E.P.S. de Medellín, comunicación personal, julio de 2019)

La categoría de la participación aparece como un asunto ligado a la responsabilidad de las personas en el control de los procesos de salud y enfermedad a lo largo de su vida. Si bien es cierto desde las teorías clásicas de la medicina y desde los determinantes sociales, que las

personas son actores fundamentales en la prevención y manejo de los riesgos físicos, biológicos y sociales a los que se exponen, la nueva lógica sanitaria institucionalizó nuevas formas de autocuidado desde una postura despersonalizada. Con el nuevo orden administrativo del sistema de salud, se reafirma lo descrito en el primer capítulo de esta investigación, la sociedad deja de concebir la salud como el resultado de las actividades de autogestión de los individuos para convertirse en el resultado de las acciones institucionales que pudieran hacer por ellos mismos.

De esta manera, el nuevo modelo neoliberal, ratifica relaciones de dependencia basadas en la necesidad de un actor externo que gestione y resuelva la necesidades médicas desde la prevención y el tratamiento. Esto abre el cuestionamiento respecto a cuál debería ser el papel de las EPS dentro del sistema de salud, considerando que en su definición de “promotoras” deberían encaminar su objetivo social hacia actividades orientadas a la educación para la salud que facilite a la gente la adquisición de técnicas e instrumentos que propendan por una vida con calidad mediante la mitigación de amenazas que puedan afectar su calidad de vida. Por el contrario, el papel asumido, es desde la intervención del malestar que ya ha iniciado, atendiendo la enfermedad cuando además de generar afectaciones físicas y mentales a las personas, representa un incremento en el gasto logístico y económico para los usuarios, el Estado, los prestadores y las mismas aseguradoras.

Otro de los aspectos problemáticos en temas de participación, corresponde al de la importancia dada a los usuarios en la toma de decisiones institucionales relacionadas con la prestación de los servicios o la formulación de políticas en salud. Aunque a lo largo de los años se ha ido articulando un abanico de instrumentos de participación comunitaria para la toma de decisiones en temas de salud que competen a la sociedad, la estructura del sistema ha

representado el principal obstáculo en el ejercicio de dicha actividad. Varias de las personas entrevistadas en esta investigación hacen parte de distintas ligas y asociaciones de usuarios de la ciudad, sin embargo, persiste la idea generalizada de que ante la empresa privada, prima el interés de sus asociados por encima del interés de la comunidad. Esto ha conducido a tensiones constantes con los usuarios, quienes resisten y hacen frente a la defensa de sus derechos y la búsqueda de garantías para la oferta de sistemas de salud abiertos e incluyentes que considere las necesidades locales por encima del interés particular.

Así mismo, la participación al interior de las instituciones, surge desde una defensa social de la salud como un asunto público en el que realmente sea reconocida como derecho fundamental sin ningún tipo de discriminación o fragmentación económica. Siguiendo con lo expresado por un usuario en la segunda cita de este apartado, la imposición de los servicios médicos como un elemento de mercado en el que la subsistencia depende de las estrategias de competencia que favorezcan la rentabilidad y el acaparamiento de usuarios que garanticen la sostenibilidad económica de cada institución. Desde esa premisa, la competencia del sector privado ha fomentado una conciencia colectiva en torno a que el más competitivo es el más fuerte, el más idóneo, el más aceptado. Propiciando así, una especie de deslegitimación a lo público que lo relega a una concepción de malo, ineficiente, e inefectivo. Sobre todo, cuando el acceso a los servicios deja de ser un asunto de estatus y clase social, en el que lo público es un asunto de pobres y excluidos para representar un tema de acceso e inclusión social.

Justificante sin escenarios alternativos

...Yo creo que son necesarias las EPS porque eso trae un orden, porque de todas formas no es lo mismo todo el mundo al montón.

(Usuaría del régimen subsidiado, comunicación personal, junio de 2019)

...Ojalá todos tuviéramos acceso a esa medicina prepagada. Porque obviamente se ve la preferencia. Con medicina propagada eres un paciente preferencial, siempre vas a estar en los mejores hospitales, con los mejores especialistas, con la mejor atención.

(Usuario del régimen contributivo, comunicación personal, julio de 2019)

...Las EPS, quiera o no quiera el usuario siempre deben de existir, no hay otro modo.

(Usuario del régimen subsidiado, comunicación personal, julio de 2019)

A pesar del reconocimiento de las barreras de acceso y las condiciones de desigualdad en que son prestados los servicios médicos, la aceptación social del mismo representa quizá el mayor triunfo del modelo neoliberal sobre los servicios sociales en Colombia. Esto, producto de la dependencia generada hacia la privatización de los bienes comunes y la imposibilidad e imaginar escenarios alternos que combinen la inclusión y la eficiencia²¹. Por su parte, esta forma de acumulación de capital soportada en los problemas en el bienestar humano, se expresa

²¹ Según Corredor (1998) La equidad está relacionada con la justa satisfacción de las necesidades. Las cuales deben ser solventadas por todas las personas en igualdad de oportunidades y condiciones de modo que favorezcan el potenciamiento de las capacidades y libertades que les permitan el ejercicio de sus derechos. Esta idea de equidad, va más allá del acceso a bienes o promesas normativas. Debe representar una garantía efectiva para su aprovechamiento y control sobre los logros definitivos.

discursivamente en las afirmaciones narrativas de las personas le legitiman la necesidad de su accionar, aún con los obstáculos que él mismo sistema genera.

La categoría de orden expresada en la primera cita de este apartado, denota la necesidad de clasificación de las personas dentro de la estructura administrativa del sistema. En ese sentido, el orden sistemático establecido, se convierte en una nueva estructura de clase que diferencia a unos y otros en un nuevo acuerdo social. Emergen así como parte de las elites aquello usuarios con capacidad de costear la medicina prepagada, seguidos en una especie de clase media aquello cotizantes y beneficiarios del régimen contributivo; y por último, en la base piramidal, el régimen subsidiado con aquellas personas pobres o desempleadas sin capacidad de pago y para los cuales, el derecho a la salud será visto como la “caridad” de la salud. Dentro de esta lógica, las personas reconocen que es importante que cada quien asuma el papel que le corresponde dentro del sistema, permitiendo así la perpetuación constante de barreras de acceso que fomentan el trato excluyente por encima de los derechos inherentes que a cada quien le corresponden y que en teoría representan los principios rectores del modelo.

A pesar de lo anterior, el ideal de participación de los usuarios dentro del sistema está determinado por la capacidad de pago más que por las condiciones de igualdad. Cuando una persona dice que ojalá todos tuviéramos acceso a la medicina prepagada, está denotando que el nivel de bienestar que puede ofrecerle la institucionalidad, está determinado por su posición dentro de la estructura de clase. Y por ende, los problemas prevenible que no logren resolverse en temas de salud y enfermedad, son por la poca capacidad de las personas para competir y escalar dentro de las exigencias económicas de las que dispone el mercado.

Este discurso del orden entre contributivos y subsidiados, ricos y pobres, en relación al acceso a los servicios privados del sistema de salud, forma parte sustancial del pensamiento neoliberal, que produce una idea de bienestar y felicidad incoherente con su práctica social. Y que por el contrario, genera frustraciones y barreras entre los distintos grupos de usuarios. En palabras de Pardo (2003):

Cuando el Estado no puede dar respuestas eficientes y, mucho más aún, cuando las privatizaciones reducen el rol social de aquel y además fracasan en sus propios proyectos, el capitalismo, más que un generador de felicidad se convierte en una filosofía que aparta a muchos para generar la felicidad de unos pocos. (Pardo, 2003. P.121)

En ese sentido, ha sido evidenciado como el modelo de desarrollo adoptado en Colombia ha antepuesto el mercado sobre el Estado, que en escenarios como el de la salud ha promovido fragmentación social bajo el supuesto de que la libre competencia de los actores del sistema ofrecería una mayor justicia social. A lo largo de las últimas décadas, y a pesar de las constantes reformas parciales al modo de administrar el sistema de salud en Colombia, han emergido mayores cuestionamientos al desarrollo relacionados con la equidad, la erradicación de la pobreza y la paz que aún no han sido resueltas. Dichos problemas son así porque la forma de pensar el desarrollo en el país, está orientada bajo la idea de crecimiento que se soporta en la acumulación de capital, y como tal, no cuestiona quienes son realmente los favorecidos o perjudicados en la justificación del bienestar social. Como lo expresa Corredor (1998): “Antepone el crecimiento económico y pospone o coloca en lugar subsidiario a la política social porque ha imperado la creencia de que el crecimiento, por sí mismo, implica mayor desarrollo y equidad”.

Conclusiones

A lo largo de las páginas anteriores, han sido abordadas las dimensiones macro y micro discursivas que desde el sistema de salud Colombiano permiten comprender los intereses detrás de la idea de bienestar. Principalmente, cuando desde las instituciones deja de representar un fin social en sí misma para convertirse en un medio del pensamiento neoliberal para el accionar de su maquinaria económica a favor de los objetivos de rentabilidad empresarial. De ese modo y siguiendo los lineamientos teóricos y metodológicos de autores clave en el Análisis Crítico del Discurso, la ruta de esta investigación ha explorado el contexto en el que ha surgido el sistema de salud actual, así como las miradas de los actores involucrados en las prácticas institucionales del ámbito local.

En respuesta al primer objetivo, el análisis del contexto ha permitido identificar que el giro discursivo que facilitó a la institucionalidad apropiarse de la idea de bienestar ha sido la definición del concepto mismo de salud por parte de la OMS. A partir de este momento, la determinación respecto a lo que las sociedades necesitaban para estar bien y el modo de gestionar su alcance, era desde la toma de decisiones de actores externos a las personas y las comunidades. Si bien pudo representar en sus inicios una estrategia positiva que favorece la comprensión de un mismo lenguaje para la administración de lo público y la búsqueda de condiciones equitativas de acceso a la salud y los Derechos Humanos, también significó una oportunidad para el ejercicio del poder a través de mecanismos que veían en el procesos de salud y enfermedad e incluso, en la misma vida, la posibilidad para el ejercicio del control social. De este modo, el deseo por mejores condiciones de vida y el acceso a aquello que define el estar bien, estrechó la relación entre el horizonte biológico y el político mediante nuevas formas de interdependencia.

En ese sentido, la idea de bienestar anclada a aquello que la institucionalidad estuviera en capacidad de aportar, abrió el camino para que la emergente idea de desarrollo, principalmente desde un enfoque económico, erigiera nuevas formas de apropiación de los servicios sociales como parte de los productos de competencia del mercado en el sector privado. Así, el acceso a la salud como elemento fundamental para el bienestar, quedó enmarcado bajo estrategias de mercantilización que favorecen las condiciones para el acceso privilegiado de aquellos que de acuerdo a su nivel socioeconómico estaban en capacidad de costear. De este modo, el poder relegado al sector privado bajo los lineamientos del modelo económico neoliberal, estableció unas reglas de juego que no solo definen que debía ser entendido como bienestar, sino que configuró una nueva racionalidad social que legitimaba la necesidad de los actores privados para la provisión y satisfacción de las necesidades sociales.

Esta visión reduccionista estuvo justificada por un lado bajo la premisa de que los Estados por sí solos eran eficientes para la garantía de mejores condiciones de vida para la sociedad; Y por otro bajo la aseveración de que el sector público estaba en mejor capacidad de propiciar el bienestar y alcanzar la idea de desarrollo en cada país. A partir de esto, no solo el papel de los Estados en la sociedad enfrenta una reducción drástica en su responsabilidad para intervenir lo público, sino, que justificó al aparato neoliberal para su instauración y permanencia como actor indispensable en la gestión social y el fortalecimiento de la estructura de clase e inequidades a finales del siglo XX.

En ese orden de ideas, el neoliberalismo como nuevo orden social, no solo impulsa una nueva estructura económica, sino que además, fija las bases como reformador de los Estados, las relaciones sociales, la forma de auto percibirse de los sujetos y la naturalización de las

desigualdades como un asunto de la poca gestión de las personas para competir económicamente dentro de las reglas de juego del mercado.

Siguiendo con el hilo discursivo, el capítulo dos evidenció cómo el pensamiento neoliberal a través del uso del bienestar como bandera de su discurso, se ha materializado a través de las E.P.S. como actores principales de la salud en Colombia. La particularidad en este caso, es que a través del mismo personal Médico, fue posible evidenciar en sus narrativas, la necesidad prevalente de un actor externo que controla y provisiona los elementos necesarios para lo que significa estar bien. Sin embargo, dicho actor, no es percibido ni aceptado desde la posición Estatal, debido al desprestigio hacia la publicó como interventor eficiente de necesidades, sino desde la figura privada, en el la que la competencia implica una lucha para el acaparamiento de mercado en el que la calidad de los servicios implica la estrategia fundamental para su posicionamiento.

A pesar del reconocimiento de las fallas administrativas del sistema y del detrimento al ejercicio de la profesión médica, subyace una especie de coaptación del personal asistencial al servicio de las instituciones. Esto se refleja en que ante el reconocimiento de la función social y el compromiso ético que se tiene como médicos, persiste una conciencia generalizada de aceptación de las condiciones laborales y la necesidad de contribuir con la necesidad financiera de la empresa. Aun cuando las decisiones respecto al tratamiento de las enfermedades, vaya en perjuicio de las capacidades físicas y mentales de los pacientes y el deterioro de su calidad de vida.

Otra de las posturas asumidas por los médicos en las que fue posible evidenciar el pensamiento neoliberal, es la defensa del sistema de salud actual al ser contrastado con el modelo anterior. En este componente, el principal logro ha sido la posibilidad de las personas pobres de

acceder a los servicios médicos de mediana y alta complejidad, al igual que un plan de beneficios en las mismas condiciones que la clase trabajadora o cotizante. El componente discursivo que vale la pena destacar en este argumento, recae en la idealización de que eso esto ha sido posible gracias a la intervención de los actores privados en la salud. Es decir, reafirma que las fallas anteriores eran producto de la alta participación del Estado en los asuntos públicos y que de otra manera no habría sido posible un escenario incluyente sin considerar la privatización. Esto permite evidenciar que la forma de pensar la salud, incluso por parte del mismo personal asistencial, legitima la participación de las E.P.S. como factor importante del bienestar, incluso con las fallas identificadas.

Finalmente, en el tercer capítulo correspondiente a la dimensión micro discursiva, fue examinada desde la postura de los usuarios la expresión del neoliberalismos y su relación con el bienestar. Principalmente, porque dentro del fin del sistema sanitario, son ellos los beneficiarios o afectados directos de todo el proceso histórico que ha dado como resultado al modelo actual y, porque adicionalmente, son quienes legitiman o cuestionan el fin de bienestar trazado por los actores involucrados.

En ese sentido, aunque entre los usuarios hay una conciencia colectiva de los problemas que presenta el sistema, también ha sido construida una base ideológica para justificarlos. De este modo, el orden administrativo que desde el marco político determina la estructura funcional del sector salud en Colombia, ha sido representado por los usuarios como una estructura de clase que de acuerdo a las condiciones económicas de las personas, determina el nivel de beneficios a los que se puede aspirar. Igualmente, dicha estructura, ha desbaratado la idea y el reconocimiento de

la salud como un asunto de derechos por parte de las personas del régimen subsidiado, para percibirla como un asunto de caridad ofrecida por el sector privado hacia los pobres.

Sobre la base de lo expuesto anteriormente, se puede concluir que el fin logrado bajo la idea del bienestar en el sector salud, ha sido la apropiación y aprovechamiento de esta última como una estrategia de acumulación de capital. Así mismo, el mecanismo que le ha permitido legitimarse y perpetuarse en las últimas décadas, ha sido la configuración de las identidades colectivas de los usuarios mediante la creencia generalizada de que tales instituciones son necesarias para el alcance del bienestar, ya sea desde una postura caritativa o desde una competencia económica. Así mismo, surge el cuestionamiento respecto al papel que está jugando la salud en el desarrollo, ya que si bien es vista como un elemento fundamental para el desarrollo humano y el fomento de las capacidades y libertades de los individuos, la realidad evidencia su uso oportunista para satisfacer el deseo de lucro y los intereses mercantiles de algunos actores en particular.

Es importante, contar a futuro con más trabajos académicos e investigativos, que indaguen la relación entre la salud y el desarrollo desde una perspectiva más crítica y social. Que vaya más allá del interés por dar solución a problemas institucionales aislados para ahondar, desde las bases de la sociedad y el contexto histórico, las razones que subyacen a los conflictos actuales que generan discrepancia ética en la relaciones entre el Estado, la sociedad y la idea de desarrollo deseada.

Bibliografía

- ACEMI. (2017). *Cifras e indicadores del sistema de salud*. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/ACEMI/salude_en_cifras-2013.pdf
- Arias, A. (2017). Tesis sobre una teoría crítica de los derechos humanos. En *Open Insight*, 6(9), 11. <https://doi.org/10.23924/oi.v6n9a2015.pp11-33.123>
- Banco Mundial. (1987). El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo: una agenda para la reforma. *El Financiamiento de Los Servicios de Salud En Los Paises En Desarrollo. Una Agenda Para La Reforma*.
- Bertoni, R., Castelnuovo, C., Cuello, A., Pera, S., & Rumeau, D. (2011). Construcción y análisis de problemas de desarrollo: ¿que es desarrollo? ¿Cómo se produce? ¿Qué se puede hacer para promoverlo? Montevideo.
- Beveridge, W. (1944) *Las bases de la seguridad social (The Pillar of Security and War-Time Essays and Addresses)* (versión española de Teodoro Ortiz), México, pp. 66-69.
- Calvento, M. (2006). Fundamentos teóricos del neoliberalismo: su vinculación con las temáticas sociales y sus efectos en América Latina. *Convergencia Revista de Ciencias Sociales*, (41), 41–59. Recuperado de: <http://www.uaemex.mx/webvirtual/wwwconver/htdocs/rev41/pdf/2MarianaCalvento41.pdf>
- Castells, M., & Himanen, P. (2016). *Reconceptualización del Desarrollo en la Era Global de la Información*. (F. de la C. Economica, Ed.). Chile.
- Castillo, C., Garrafa, V., Cunha, T., & Hellmann, F. (2017). El acceso a la salud como derecho humano en políticas internacionales: reflexiones críticas y desafíos contemporáneos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(7), 2151–2160.
- Colombia. Ministerio de Salud. (2013). Estudio sobre el modo de gestionar la salud en Colombia.

- Corredor, C. (1998). Ética, desarrollo y pobreza. Disponible en: <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/estudiospoliticos/article/view/16283/14115>
- De Currea-Lugo, V. (2010). *Salud y Neoliberalismo* (Primera Ed; U. El Bosque, ed.). Bogotá, Colombia.
- Deaton, A. (2015) El gran escape: Salud, riqueza y los orígenes de la desigualdad Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Defensoría del Pueblo. (2018). La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social. Colombia.
- Díaz, J. A. (2009). Estado social de derecho y neoliberalismo en Colombia: Estudio del cambio social a finales del siglo XX. *Sociología & Antropología*, 11(11), 205–228.
- Dubois Migoya, A. (2014). *Marco teórico y metodológico del Desarrollo Humano Local*.
- Escobar, A. (2007). La Invención Del Tercer Mundo. Construcción y deconstrucción del desarrollo (Primera edición).
- Esposito, R. (2013). Vida biológica y vida política. En *Revista Pléyade*, 12(1), 15–533.
- Fairclough N. 1989. *Language and Power*. Londres, Longman.
- Fairclough N. 1992. *Discourse and Social Change*. Oxford, Reino Unido y Cambridge, Massachusetts, Polity Press y Blackwell.
- Fairclough, N. 2001. El análisis crítico del discurso como método para la investigación en ciencias sociales. En Ruth Wodak & Michael Meyer, *Metodos de Analisis Critico del Discours*, P. 179-204.
- Fairclough, N. (2003). *Analysing Discourse: Textual Analysis for Social Research* (T. & F. Group, Primera ed.).

- Foucault, M. (1974). Historia de la Medicalización. *Segunda Conferencia Instituto de Medicina Social, Centro Biomédico, Universidad Estatal de Río de Janeiro*, 10(2), 4–25. Recuperado de: <http://www.terceridad.net/Sistemasdesalud/Foucault, M. Historia de la medicalización.pdf>
- Flick, U. (2014). *La gestión de la calidad en investigación cualitativa*. (Morata, Ed.). Madrid.
- Gañan, J. (2013). *Los muertos de La ley 100. Prevalencia de la libertad economica sobre el derecho fundamental a la salud: una razon de su ineficiencia*. Medellín.
- Gómez Gallego, R. (2008). La dignidad humana en el proceso salud-enfermedad. Primera Edición. Universidad del Rosario.
- Guerra, D. E. (2006). El neoliberalismo como amenaza para el acceso a la salud de los colombianos. *Rev Fac Nac Salud Pública*, 24(2).
- Guillén, H. (2018). Los orígenes del neoliberalismo: del Coloquio Lippmann a la Sociedad del Mont-Pèlerin. En *Revista: ECONOMIAunam Vol. 15*. Mexico.
- Gutiérrez, R. E. (1996). Aún no es hora de reformar la Ley 100. *Colombia Médica*, 27(2), 77–85.
- Herazo Acuña, B. (2010). Algunos problemas de la salud en Colombia. *Dossier Salud Pública Y Epidemiología En Odontología*, 29(63), 37–39.
- Hernández, L. (2002). *Neoliberalismo y salud, qué pasó en América Latina, la experiencia cubana*. *Revista Cubana de Salud Pública*, 28(3) Recuperado en 23 de abril de 2018, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662002000300007&lng=es&tlng=es.
- Homedes, N., & Ugalde, A. (2014). Problemas Éticos de los Ensayos Clínicos en América Latina. *Revista Redbioética/UNESCO*, 2(10), 51–63.

- Hoyos, P., Cardona, M., & Correa, D. (2008). Humanizar los contextos de salud, cuestión de liderazgo. *Investigación y Educación En Enfermería*, XXVI(2), 218–225. Retrieved from <https://www.redalyc.org/pdf/1052/105212447004.pdf>
- Jurado, R. (2013). Luces y sombras del origen de la ONU y la Declaración Universal de Derechos Humanos. *El Cotidiano*, 180, 31–40.
- Laurell A.C. (1992) La política social en el proyecto neoliberal. Necesidades económicas y realidades sociopolíticas. *Centro de Estudios Médicos y Sociales. Cuadernos Médico Sociales*.
- Laval, C; Dardor, P. (2010). *La nueva razón del mundo*. Barcelona.
- Londoño, J. L., & Frenk, J. (1997). Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. *Inter-American Development Bank, Office of the Chief Economist, No. 353*, (353), 1–32.
- Mària, Josep. (2010). El "Consenso de Washington" ¿Paradigma Económico del Capitalismo Triunfante? En: *Revista de Fomento Social*, Vol. 210.
- Merlano, C. A., & Gorbanev, I. (2013). Health system in Colombia: a systematic review of literature. *Gerencia Y Políticas de Salud*, 12(571), 74–86.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Sistema de Evaluación y Calificación de Actores: Ranking de Satisfacción EPS 2018. Colombia.
- Molina G; Ramírez A; Ruiz A; Rodríguez A. (2014). *Tensiones en las decisiones en salud Pública en el sistema de salud colombiano: El bien común en confrontación con los intereses y prácticas particulares*. Universidad de Antioquia.
- Montoya, A. (2004). Modelos y políticas de desarrollo en Colombia. Un análisis crítico del desempeño de la política económica. Medellín.

- Morandé Lavín, F. (2016). A casi cuatro décadas del Consenso de Washington ¿Cuál es su legado en América Latina? *Estudios Internacionales*, 48, 31–58. <http://doi.org/10.5354/0719-3769.2016.44553>
- Moreno, M. C. M., & María Victoria López, L. (2009). La salud como derecho en Colombia. 1999-2007. (Spanish). *The Right to Health in Colombia. 1999-2007. (English)*, 8(16), 133–152. Recuperado de: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=47027045&lang=es&site=eds-live>
- Muñoz, S. (2011). Salud y desarrollo en el contexto latinoamericano. *Revista Cubana Salud Pública*, 37(2), 167–174.
- Navarro, V. (1997). *Concepto actual de salud pública*. En *Salud Pública* Capítulo 3. (Vol. 1, pp. 49–54).
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. *Documentos Básicos*, 1–21. Recuperado de: <http://apps.who.int/gb/bd/s/>
- Organización Internacional del Trabajo. (2003) Hechos Concretos sobre la Seguridad Social. Suiza, Ginebra P. 1, Recuperado de: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_067592.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. *Documentos Básicos*, 1–21. Recuperado de: <http://apps.who.int/gb/bd/s/>
- Orozco Africano, J.M. (2006) Porqué reformar la reforma Edición electrónica. Recuperado de: www.eumed.net/libros/2006/jmo/.
- Pardo, M.L..2003. la identidad personal y social de los indigentes en su discurso. Un análisis crítico del discurso neoliberal en la argentina y sus consecuencias, en: Berardi, Leda. 2003. Análisis crítico del discurso. Perspectivas Latinoamericanas. Frasis editores, santiago de chile. Pp. 109-124.

- Pebrisch, R. (1949) El desarrollo económico de la América Latina y algunos de sus principales problemas. Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina (CEPAL). [Publicado posteriormente en CEPAL, Boletín económico de América Latina, vol. 7, N° 1, Santiago de Chile, 1962].
- Perez, P., Antelo, A., & Bringas, Y. (2010). Impactos de la globalización neoliberal en la salud de la población de los países en desarrollo. Neoliberal globalization impacts on the population health of developing countries. *I6(2)*, 1–12.
- Rocha, A. (2010). Antecedentes históricos de la seguridad social en salud: parte de la construcción de un país sin memoria. *Revista CES Odontología*, *23(2)*, 77–84.
- Rodríguez, A. (2008). *El Modelo Neoliberal y la Administración Pública en Colombia. Un Estudio de Caso: Prestación de Servicios de Salud del Instituto de Seguros Sociales*. Pontificia Universidad Javeriana.
- Rodríguez-García, R., & Goldman, A. (1996). *La conexión salud-desarrollo*. p. 33. Washington, D.C.
- Rojas, I. R. (2011). Hermenéutica para las técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales : una propuesta Espacios Públicos. *Red de Revistas Científicas de América Latina, El Caribe, España Y Portugal.*, *14(31)*, 176–189. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/676/67621192010.pdf>
- Sen, A. (1982). *Choice, Welfare and Measurement*. Oxford, Blackwell.
- Sen, A. (2000). El desarrollo como libertad. *Gaceta Ecológica*, (55), 14-20
- Sociedad de las naciones. (1919). *Pacto sociedad de las naciones*. Recuperado de: http://ocw.uc3m.es/periodismo/periodismo-internacional-ii/lecturas/leccion-7/Pacto_de_la_Sociedad_de_Naciones.pdf

- Suárez, E. (2003). Política de la salud colombiana en los modelos de desarrollo. *Investigación En Enfermería: Imagen Y Desarrollo*.
- Tejeda, L. (2011). Biopolítica, control y dominación. La biopolítica y las nuevas áreas de indagación. En *Espiral. Estudios Sobre Estado y Sociedad*, XVIII(52), 77–107.
- Valdés, M. 1991. Dos aspectos en el concepto de bienestar. En: Cuadernos de Filosofía del Derecho pp: 69-89. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10045/10780>
- Vélez, A. (2007). Nuevas dimensiones del concepto de salud: El derecho a la salud en el Estado social de derecho. *Revista Hacia La Promoción de La Salud.*, 12(mayo 2004), 63–78. Recuperado de: <http://unicesar.ambientalex.info/infoCT/Nuedimconsalco.pdf>
- Van Dijk, T. A. (1998). Ideología. Una aproximación multidisciplinaria (Primera ed).
- Van Dijk, T. a. (1999). El análisis crítico del discurso. *Anthropos (Barcelona)*, 186, 23–36.
- Van Dijk, T. (2002). El análisis crítico del discurso y el pensamiento social. *Athenea Digital*, 1–7. <http://doi.org/10.4067/S0718-22362014000100004>
- Vega J. (2001) Las inequidades sociales y la salud en Chile. Enfermo de pobre. Revista Universitaria (PUC). p.p.:43-57.
- Velasco, J. R., & Ph, D. (1997). Colombia Médica. Neoliberalismo, salud pública y atención primaria : Las contradicciones en el paradigma de salud para todos, 28, 27–33.
- Velez, A. (2007). Nuevas dimensiones del concepto de salud: El derecho a la salud en el Estado social de derecho. *Revista Hacia La Promoción de La Salud.*, 12(mayo 2004), 63–78. Recuperado de: <http://unicesar.ambientalex.info/infoCT/Nuedimconsalco.pdf>
- Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2010). Conceptos y principios de la lucha contra las desigualdades sociales en salud : Desarrollando el máximo potencial de salud Conceptos y principios de la lucha contra las desigualdades sociales en salud : Desarrollando el máximo potencial de salud. *Europe*, 1–35. Recuperado de:

<https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/concepDesigual.pdf>
<http://www.mspsi.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/concepDesigual.pdf>

Zuñiga, H. (2014). *Estudio del Discurso de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) En Cartagena (2011-2012)*. Universidad de Cartagena.