

Poder en la política de salud colombiana: la sociedad civil y la reforma a la salud de 2013*

Power in Colombia's Health Policy: Civil Society and the 2013 Healthcare Reform

*Luis Antonio Daza Castillo***

Recibido: 27 de noviembre de 2014

Aprobado: 13 de marzo de 2016

Disponible en línea: 30 de enero de 2017

Resumen

Este estudio busca identificar las relaciones de poder entre sociedad civil y Estado en el debate presentado en Colombia durante la reforma a la salud realizada en 2013. Se discuten los hallazgos en función de los conceptos y argumentos acerca del poder postulados por el filósofo Michel Foucault. Los resultados señalan que la configuración del Sistema General de Seguridad Social en Salud conllevó años después la determinación de múltiples actores dentro del sistema, con disparidad de poderes de acción frente al desarrollo de la política pública de salud. Los grados de participación y de poder se asocian a la naturaleza social del estamento al que pertenece cada grupo y a los intereses económicos o políticos que representan. Se recomiendan acciones centradas hacia la construcción social de una política de salud enfocada en la garantía

Abstract

This study seeks to identify the power relationships between civil society and the state in the debate occurred in Colombia around the healthcare reform conducted in 2013. Findings are discussed on the basis of concepts and arguments provided by the philosopher Michel Foucault. Results evidence that the configuration of the Colombian healthcare system led in the subsequent years to the emergence of multiple actors within the system, with unequal action powers toward the healthcare public policy development. Degrees of participation and power are associated to the social nature of each social stratum, as well as to the economic and political interests they represent. The article recommends actions focused on the social construction of a health policy aimed at guaranteeing health rights, which moderates the mercantile and economic scopes

doi:10.11144/Javeriana.papo22-1.ladc

* Artículo de reflexión

** Enfermero por la Universidad Nacional de Colombia y magíster en Política Social por la Pontificia Universidad Javeriana. Docente e investigador de la Universidad Manuela Beltrán. Correo electrónico: luis.daza@docentes.umb.edu.co Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-2240-4199>



de esta desde una perspectiva de derecho que module los alcances mercantiles y económicos asociados a la política que regulan y determinan (entre otras) el sistema de salud en Colombia.

usually associated to that policy and that regulate and determine (among others) the healthcare system in Colombia.

Palabras clave:

poder; relaciones de poder; salud; política social; ciclo de la política

Keywords:

power; power relations; health; social policy; policy cycle

Cómo citar este artículo:

Daza-Castillo, L. A. (2017). Poder en la política de salud colombiana: la sociedad civil y la reforma a la salud de 2013. *Papel Político*, 22(1), 77-103. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.papo22-1.ladc>

Estoy participando en política, porque esta es medicina social.

Rudolf Virchow

Introducción

El sistema de salud colombiano ha venido transformándose desde sus primeras formas de organización como Sistema Nacional de Salud, hasta llegar en 1993 a lo que se conoce como Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual se basa en la competencia regulada entre diversos actores público-privados que fueron en ese año armonizados para la organización del aseguramiento y la prestación del servicio de salud según dos subsistemas coexistentes:

- El Sistema General de Seguridad Social en Salud (que se subdivide en Régimen Subsidiado y Régimen Contributivo).
- El sistema privado de seguros voluntarios y de los propios al Régimen de Excepción (medicina prepagada, servicio de salud de las Fuerzas Militares y magisterio).

Sin embargo, el cambio de modelo (al pasar de un sistema asegurador centralizado a uno híbrido entre los modelos asegurador, prestador y financiador) incidió en la forma de financiación (pasando de una financiación de la oferta a una centrada en la demanda). Otro impacto del cambio de modelo constituye el desarrollo de una multiplicidad de actores que intermedian en la cadena de valor de los servicios de salud (entre administradores, prestadores y pagadores).

Estos impactos del cambio en el sistema de salud en Colombia llevaron a los usuarios organizados y a académicos a denunciar públicamente la multiplicidad de barreras de acceso y los problemas de aseguramiento, de garantía de la equidad y de financiación del sistema derivados del fallo estructural del nuevo modelo implantado de salud en Colombia (Yepes, Ramírez, Sánchez, Ramírez y Jaramillo, 2010).

Estos fallos estructurales del sistema, de regulación y distribución de la salud, de financiación e inclusión de beneficios y de los procesos de vigilancia y control, llevaron a que los actores intermedios en la cadena de servicio en salud (entidades promotoras de salud [EPS]) ejecutaran negaciones sistemáticas de los servicios, obligando, en muchos casos, a los pacientes a utilizar el recurso de acción de tutela para defender su derecho a la salud ampliamente vulnerado por algunos actores pertenecientes al sistema de salud (Defensoría del Pueblo, 2014).

Es esta situación la que lleva a la sociedad civil a manifestar públicamente sus reclamos y críticas y sus propuestas en relación con el desarrollo de la política pública de salud en Colombia. Sin embargo, en este proceso de deliberación y de inserción de los intereses de la sociedad civil, no todos los actores han gozado de igualdad en las

oportunidades de participación, y no todas las voces tanto en favor como en contra del modelo han sido escuchadas por los tomadores de decisiones.

Reflejo de ello es la forma como dentro del proceso de reforma al sistema de salud presentado por el Ministerio de Salud y Protección Social al Congreso, los diversos actores de la sociedad civil han sido de una u otra forma incluidos en las discusiones, a través de proyectos de ley alternativos al oficial. Sin embargo, los puntos de la agenda y el grado de incidencia política que tiene la sociedad civil (que al particular pueden comprenderse como la organización de usuarios, líderes comunales, asociaciones de pacientes, sindicatos y académicos, desarrollada en 2013), para con el desarrollo de la política pública de salud, no han sido del todo inclusivos, ni han garantizado formas de participación para todos los actores del sistema en igualdad de condiciones.

Así es como el proceso de reforma ejecutado no contó con la plena aprobación de los ciudadanos, como deja ver Colombia Opina 2013-2. La Gran Encuesta - Medición 8, donde se identifica que 66 % de los colombianos desapruueba la gestión pública del Gobierno sobre la salud, y que 41 % de los encuestados se siente insatisfecho con el trabajo de Alejandro Gaviria al frente de la cartera de salud (con la salvedad de que dicha encuesta no hizo referencias puntuales al proceso de reforma; por el contrario, correspondió a una indagación perceptual de opinión pública en general).

En síntesis, se identifican en el trámite de la reforma a la salud ocurrida en Colombia para 2013 diversas formas de relación fundamentadas en estructuras de poder y el diseño de la política pública. En ese escenario, emergieron diversos grupos de interés sobre el articulado de los proyectos de ley estatutaria y ordinaria a la salud (a partir de elementos de tipo político y económico), que incidieron en la determinación de los modos y las características operativas del derecho fundamental a la salud. Tales intereses demarcaron una coyuntura disímil entre los actores del sistema de salud, en conjunto con dos visiones de proyecto de reforma a la salud: una de tipo socialdemócrata y otra garante del modelo mixto, público-privado, con énfasis en regulación del mercado de la salud. La propuesta finalmente sancionada como Ley Estatutaria en Salud por el Gobierno nacional en 2015 correspondió a aquella garante del aseguramiento mixto, con algunas inclusiones a ideas y elementos conceptuales del modelo socialdemócrata.

Este artículo se estructura a partir de una breve revisión del contexto social y político que históricamente ha determinado la construcción de la política pública en salud en Colombia y centra su atención en las similitudes y diferencias de visión respecto de la salud y su determinación como derecho entre diversos actores sociales organizados y los grupos de interés surgidos en 2013 para este debate. Tras teorizar y conceptualizar acerca del poder, sus medios y sus propósitos desde la filosofía foucaultiana (con especial énfasis en el rol de la ideología liberal en la construcción y participación de las políticas de salud y protección social en el mundo moderno y posmoderno), se procede a describir

seis categorías de análisis derivadas de entrevistas desarrolladas a distintos actores del debate hasta ahora descrito.

Se identifica en las narrativas de los actores del sistema de salud entrevistados que muchas se limitan a reclamos, críticas y observaciones acerca del impacto que la gestión de la salud bajo leyes de mercado genera en las condiciones de vida de las personas estructuralmente beneficiadas por el sistema. También se hace evidente la disparidad de intereses entre actores y grupos de interés, siendo muy característicos quienes se centran en dar relevancia a los intereses económicos y de mercado del modelo de aseguramiento, en antagonismo frente a aquellos quienes centran su interés en los incentivos sociales y del derecho que deberían primar en el modelo colombiano de salud.

Contexto sociopolítico de las reformas a la salud

El proceso de reformas a la salud en Colombia viene ejecutándose desde la década de 1990 (Ahumada, 1998) como parte de una política multilateral, cuyo contenido consiste en implementar para todos los países de la región suramericana paquetes económicos y políticos de estabilización y de ajuste estructural propios del modelo neoliberal, como:

- Apertura total del mercado nacional a la economía y al capital internacional.
- Recorte del gasto público.
- Eliminación de los subsidios estatales.
- Privatización de las empresas públicas y de los servicios sociales.

Los impactos de dicha apertura, y del mencionado modelo neoliberal, han llevado al menoscabo de la rentabilidad y del progreso de la industria nacional y de la agricultura. El paquete neoliberal, más allá de solventar la crisis económica y social, ha hecho que esta se agrave más. Es a partir de esta doctrina que los programas asistencialistas del tipo focalización de subsidios pasan a definir y a cualificar la política social y el tipo de garantía de la salud en Colombia y en la región. La lógica de la Ley 100 surgida en este escenario pretende, en síntesis (Vega y Jara, 2002):

- Fomentar entornos económicos que le permitan a cada unidad familiar mejorar su nivel de salud.
- Redirigir el gasto social hacia las personas en situación de pobreza, mediante la distribución de subsidios que de manera costo-efectiva focalicen e identifiquen a las más pobres, y se les dé servicios de salud de bajo costo.
- Fomentar la participación del sector privado y de la libre competencia en la provisión de los servicios de salud.

Los organismos multilaterales justifican así la nueva manera de intervención desde el Estado sobre la salud, en la necesidad que tienen los países para financiar algunos servicios clínicos “esenciales” como una estrategia más eficaz de reducción de la pobreza, que a su vez permitan un mejor suministro de los servicios de salud pública que no han podido ser bien provistos a través del mercado, y para corregir las deficiencias del mercado en la provisión y distribución de la salud respecto de la equidad y eficiencia, toda vez que para ese entonces eran evidentes los problemas de selección adversa, riesgo moral y competencia imperfecta entre los proveedores de la salud (Vega, 2010).

En últimas, la lógica financiera del sistema de salud solo pretende obtener la mayor rentabilidad posible a través de la racionalización de los costos y, con ello, restringe los beneficios que cada usuario debería tener de sus servicios de salud.

El modelo neoliberal terminó así por transformar la forma en que tradicionalmente se desarrollaba la política pública y convirtió al Estado productor en uno solo regulador. La apertura económica vivida en 1990 eliminó el proteccionismo de la economía nacional, para darle paso a una apertura sin control que no conoce límites para la libre competencia en el mercado y en el comercio. Este neoliberalismo, como demuestra Rodríguez (2007), ha sido sistemático y continuo durante los últimos tres más recientes Gobiernos.

En palabras de Vega (2010), la lógica de costo-efectividad en la ejecución del gasto, y la de la privatización de servicios con la consecuente privatización de los derechos, terminó vulnerando la dignidad y el goce de una ciudadanía de derechos a los colombianos, con el fin de acumular en forma privada el capital, y dejar así a la nación con las deudas y pérdidas, mas no con las ganancias. Al final, la ortodoxia neoliberal terminó por mercantilizar la salud, situación que ha llevado a estructurar y legitimar formas de exclusión y de inequidad para las personas (Echeverry, 2008).

Vincular el impacto económico y social que tiene el neoliberalismo sobre la salud es útil en el momento de explicar el auge dado a la empresa privada para participar en la prestación de servicios de salud en Colombia a partir de la Ley 100/93, toda vez que el objetivo final del neoliberalismo en la salud es la búsqueda de rentabilidad, lograda a través de la disminución de los costos de la provisión de los servicios por la vía de la acumulación de las ganancias obtenidas, la flexibilización laboral y la intermediación de los procesos (De Currea Lugo, 2010).

Es en este contexto que los diversos actores dentro del sistema de salud se encuentran articulados bajo principios de costo-efectividad. Es a partir de las relaciones dadas entre los poderes económicos, sociales y políticos que históricamente han mostrado interés en el desarrollo de la política social en salud y que se determina, se estructura y se configura el proyecto de reforma a la salud de 2013, que estuvo vigente hasta 2014.

La política de la salud en Colombia, el *policy cycle* y las relaciones de poder

Desde agosto de 2012 el Estado colombiano, en cabeza del ministro de Salud y Protección Social, y bajo el liderazgo del presidente de la república, ha presionado la inserción dentro de la agenda pública de una nueva reforma al sistema de salud colombiano, en consideración a los fracasos y el alcance paliativo de procesos previos de corte similar, como:

- La Ley 1122/2007, que modifica el Sistema General de Seguridad Social en Salud en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización y mejoramiento en la prestación de servicios de salud (Restrepo, 2007).
- Los decretos de emergencia social emanados del Gobierno nacional en 2010, que fueron polémicos al pretender reformas radicales en su contenido; por ejemplo, la propuesta del establecimiento de la prestación de los servicios no POS (plan obligatorio de salud) como servicios de salud extraordinarios, que deben ser autorizados por un comité técnico, ello en consideración a razones de costos por encima de los beneficios y del carácter de derecho inherente a la salud.
- La Ley 1438/2011 propone cambios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, específicamente en la implementación de un modelo de atención primaria en salud; también pretende unificar los planes de beneficios de toda la población afiliada en un marco de sostenibilidad financiera.

En la mayoría de estas legislaciones que pretendieron dar mejoras a fallos estructurales de la Ley 100/1993, no se fomentó la participación de los usuarios representados a través de las asociaciones de usuarios. Así, diversos sectores de la sociedad, algunos organizados, y otros en forma individual, han hecho manifiestos sus reclamos en contra del sistema de salud colombiano, al que, quienes se encuentran en mayor situación de desventaja social, lo consideran como pieza clave en la estructuración y determinación de situaciones de inequidad y de regulares niveles de salud para la población colombiana (ANSA, 28 octubre 2013).

Así, una política social en salud, que tras varios intentos fallidos no consigue enmendar sus falencias estructurales, y en el contexto de un Ministerio de Salud y Protección Social sin liderazgo ni protagonismo, consigue generar grupos de presión que incidan sobre el poder legislativo en el desarrollo de un nuevo proceso de reforma.

Es entonces cuando por vez primera el gremio médico se organiza y bajo el título de Gran Junta Médica Nacional (compuesta por la Academia Nacional de Medicina, la Federación Médica Colombiana, la Asociación de Sociedades Científicas, la Asociación Médica Sindical, la Asociación Nacional de Médicos Internos y Residentes y el Colegio

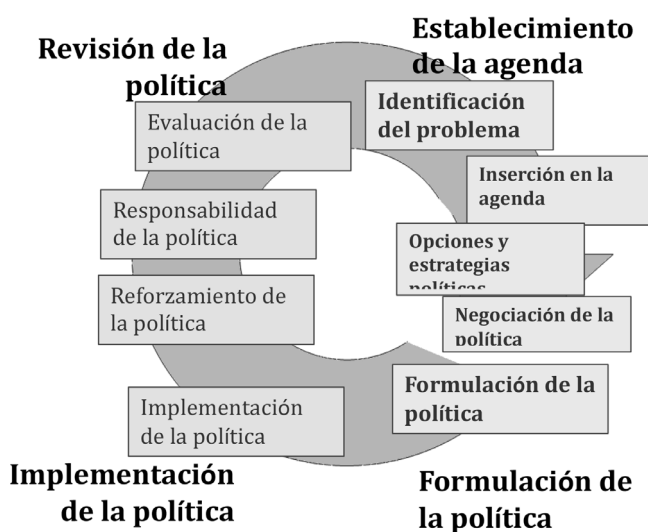
Médico Colombiano) propone un marco de ley nuevo que permita estructurar un sistema de salud eficaz, integral, centrado en la garantía del derecho (Sánchez Torres, 2012).

Por su parte, ocurre al margen de estos hechos el desarrollo y la organización de nuevos actores colectivos con opinión y acción dentro de las relaciones propias al desarrollo de su reestructuración. Así, tras la promulgación de la Sentencia T-760/2008 (que reivindica el enfoque de derecho fundamental para la salud, y fundamenta su jurisprudencia), se consigue crear conciencia en la sociedad colombiana sobre la importancia que tiene la salud, su organización y su prestación, como un derecho fundamental que está conexo con el bienestar, la dignidad y la calidad de vida de las personas.

De la mencionada sentencia surge un grupo de actores cívicos y sociales organizados, quienes a través de masivas movilizaciones van a alertar sobre el riesgo de desfinanciación del sistema de salud que surge con el ánimo reformista, mientras ocurren crecimientos económicos para las EPS del margen de 108.5 %. Sus voces de protesta fundamentan un claro reclamo por cuentas claras sobre el gasto en salud, y por lo perverso que significa darle a la salud valor económico que la haga susceptible de subsidiar, vender, asegurar, prestar, comprar o vender (Montoya, 2010).

Cada uno de los grupos de presión aquí señalados terminará por proponer y defender ante los cuerpos colegiados de decisión (Congreso de la República) sus particulares intereses, visiones y alcances de un nuevo modelo de salud. Estos grupos de presión van a entrar dentro del círculo de la política (*policy cycle*) (Jann y Wegrich, 2007), para definir la agenda política y negociar y formular una determinada política de salud (figura 1).

Figura 1. Ciclo de las políticas públicas.



Fuente: Adaptado de Jann y Wegrich (2007).

La organización de los actores sociales, aunados bajo el objetivo de alcanzar impactar la reforma a la salud con principios del derecho y la equidad, se hace llamar Alianza Nacional por la Salud (ANSA), cuya finalidad es proponer un modelo alternativo de salud, construido desde lo colectivo, con énfasis en la eficacia, la eficiencia, el control y la gobernanza, que legitime la salud como derecho y que garantice su amplia y mayor satisfacción (Entrevista Saúl Franco-ENS, 23 octubre 2012).

Estos nuevos actores organizados en un proceso participativo, autogestionado y voluntario se unen en torno a unos objetivos y principios en común:

- El reconocimiento de la salud como derecho humano fundamental y no como negocio.
- El rol del Estado como garante del derecho a la salud.
- La atención integral a la salud, sin paquetes de beneficios, con una visión amplia de salud pública.
- El reconocimiento real de las diferencias regionales, urbano-rurales, culturales, étnicas, de edad y género de la población del país, y de las implicaciones que derivan de ello sobre la atención en salud.
- La eliminación de la intermediación financiera con ánimo de lucro.
- La creación de un sistema único descentralizado de seguridad social en salud.
- El financiamiento público de la salud.
- El fomento de una efectiva participación social en la formulación de las políticas de salud (con énfasis en el funcionamiento, vigilancia, veeduría y evaluación del sistema).
- El reconocimiento del carácter multideterminado de la salud, que obliga a la coherencia de la política de salud, junto con otras como la económica, fiscal, de educación, vivienda, empleo, tierras, alimentación, información, ciencia y tecnología, entre otras (Torres-Tovar, 2012).

La ANSA logró radicar así en abril de 2013 en la Secretaría del Senado de la República el Proyecto de Ley Estatutaria en Salud 233 (Hernández, 2012). Un mes antes (marzo de 2013), el Gobierno colombiano, en cabeza del ministro de Salud y Protección Social, Alejandro Gaviria, presentó al Congreso un proyecto de ley estatutaria que reglamenta el derecho fundamental a la salud (desarrollada según los acuerdos de la Gran Junta Médica); a su vez, presentó otro proyecto de ley ordinaria que reformaría la Ley 100/1993 (Hernández, 2012). Estos dos proyectos de ley fueron acumulados en uno solo por la Comisión Séptima del Senado en mayo de 2013.

En su contenido, las propuestas del Gobierno plantean grandes diferencias en cuanto al alcance y la lógica de la salud, desde la perspectiva de la sociedad civil organizada bajo la ANSA. Las divergencias entre los proyectos de ley presentados tanto por la ANSA como por el Gobierno se resumen en la tabla 1.

Tabla 1. Diferencias entre las propuestas del proyecto de ley ordinaria para la salud

	Propuesta de la ANSA	Propuesta del Gobierno
Concepción de la salud	Es un derecho fundamental	Es un negocio público-privado
Acceso a servicios	Directamente en el lugar donde reside o trabaja, con la presentación del documento de identidad	A través de las EPS o gestores de salud, presentando carné y de acuerdo con los convenios que las intermediarias tengan
Financiación	Con recursos públicos provenientes de cotizaciones e impuestos	Con recursos públicos provenientes de cotizaciones e impuestos y recursos de las personas y sus familias a través de cuotas moderadoras y copagos según su capacidad económica
Destino de los recursos de la salud	La salud pública teniendo en cuenta la estrategia de atención primaria en salud y servicios médicos requeridos. Los recursos son públicos de principio a fin y deben ser invertidos en salud. El Estado garantiza, protege y respeta el derecho fundamental a la salud. Su papel es central en la toma de decisiones, controla el sistema y orienta las políticas del sector	El pago de los intermediarios privados sean EPS o gestores de salud, pago de servicios de salud hasta donde alcancen los recursos luego de pagar a los privados. Los recursos dejan de ser públicos cuando se giran a las EPS o gestores de salud. Poca claridad acerca de la vigilancia y el control de los recursos públicos
Papel del Estado	El Estado garantiza, protege y respeta el derecho fundamental a la salud. Su papel es central en la toma de decisiones, controla el sistema y orienta las políticas del sector	El Estado limita su función de garantizar, proteger y respetar el derecho a la salud al limitarse solo a la prestación Débil capacidad para controlar el sistema y para orientar la política del sector. Persisten los incentivos económicos (las decisiones financieras dependen de los resultados)

Fuente: ANSA (28 octubre 2013).

Entre las muchas críticas a la propuesta del Gobierno, la más grave fue aquella por la cual este no cambia la lógica financiera de la salud en Colombia, ya que solo incide en la financiación del sistema, la intermediación que hacen las EPS del sistema y el control de los precios de medicamentos y tecnologías, que han llevado a sobrecostos y el déficit presupuestal del sistema de salud. La propuesta final del Ministerio de Salud y Protección Social fue radicada en el Congreso de la República el día 19 de marzo de 2013.

Para el 20 de junio de 2013 (casi tres meses después y tras dificultades, como falta de *quorum*, y una gran polarización entre senadores y representantes), fue finalmente aprobada en comisiones conjuntas de Cámara y Senado la Propuesta de Ley Estatutaria

del Gobierno, la cual, pese a que utilizó conceptos y postulados de la propuesta de la ANSA, no contempló los alcances sociales del derecho a la salud propuestos por esta; por el contrario, mantuvo los intereses del Gobierno. Entre las críticas al Proyecto de Ley aprobado se incluyen (ANSA, 28 octubre 2013):

- La adopción para la salud del principio de sostenibilidad fiscal (lo que limita el alcance del plan de beneficios y el derecho a este).
- Garantizar la permanencia de las EPS como intermediarias, así ya no administren el recurso.
- El hecho de que permitan el surgimiento de un nuevo actor con poder financiero: los gestores en salud.
- El que mantenga formas y aplicaciones de la ley, que en la práctica constituyen barreras de acceso, como el pago obligatorio de copagos y cuotas moderadoras.
- El que sus nuevas acciones en la gestión del recurso (Fondo Único-Salud Mía y la acción de los gestores en salud) no resuelvan los pasivos prestacionales y financieros de los hospitales públicos.
- El hecho de que no aporte en la construcción de un sistema de salud que fomente la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
- El hecho de que no dé luces sobre una mejora o control a la corrupción de los intermediarios en la administración del recurso en salud.
- El escaso protagonismo que da al Estado, al mantenerle débil en su legitimidad y gobernanza sobre el sistema de salud, toda vez que traslada el poder de decisión y de gestión de las EPS a los gestores de salud.
- Esta reforma lograda por el Gobierno no resuelve asuntos sustanciales, como la vigilancia, el control, la ejecución del gasto en salud, ya que todas estas decisiones dependen de la aprobación en el Congreso de la ley ordinaria (hasta la fecha en suspenso).
- Mantiene la lógica de incentivos financieros tanto para hospitales, clínicas, gestores, centrados en el costo-efectividad y el razonamiento en el gasto, y la acumulación de capital en salud en forma de reservas.

Mientras tanto, cursa trámite en el Senado de la República el Proyecto de Ley 210 de 2013, el cual constituye la Ley Ordinaria, instrumento a través del cual se operacionaliza y se llevan a la práctica las lógicas y visiones que el Gobierno da a la salud.

Dado que la propuesta de ley de la ANSA fue acumulada el 29 de mayo de 2013, los actores del sistema de salud afines a la ANSA, mediante un manifiesto público fechado el 28 de octubre de 2013, indicaron su rechazo al Proyecto de Ley aprobado, el cual mantiene los postulados del Ejecutivo, dado que desatiende la solicitud de los voceros de la ANSA por la cual reclaman la eliminación de la intermediación financiera dentro del

sistema y así consideran como ilegítimo el articulado del Proyecto de Ley del Gobierno (210 de 2013). Ante ello, continúan con las movilizaciones, usando los medios de comunicación para manifestar una visión diferente del desarrollo de la salud en Colombia. Es desde esta perspectiva que el poder y sus relaciones resultan determinantes para comprender el grado de inclusión que las ideas y propuestas de cada grupo de interés sobre la política de salud tiene en el Congreso de la República.

Dado que el gobierno de la salud es en la práctica la decisión y el gobierno sobre las vidas de las personas en general, se entiende desde allí la injerencia que una política pública de este tipo puede importar a los fines e intereses (sociales, políticos y económicos) de una determinada estructura de gobierno. Así, los postulados de Foucault sobre el poder sirven de marco para comprender la injerencia de las relaciones de poder sobre la política de la salud.

El análisis de Foucault sobre el poder surge a partir del examen que él mismo hace sobre los mecanismos de dominación dados entre los poderosos y la plebe (Foucault, 1977b). Foucault se aproximó a delimitar y a explicar las formas en que funciona el poder, estas son:

- El poder trata de delimitar las libertades.
- Las relaciones de poder se mantienen asociadas y casi ocultas tras otros tipos de relación (de producción, de alianza, de familia, de sexualidad), donde el poder es condicionante, y a su vez está condicionado.
- Las relaciones del poder van más allá de la prohibición y del castigo, así sus formas de interacción son multiformes.
- Una de las formas de interacción en las relaciones de poder es la dominación. Así, dicha relación va más allá de dominadores y dominado: trata, pues, de estrategias y procedimientos dispersos del poder, por medio de los cuales resultan fenómenos de inercia y otros de resistencia.
- Las relaciones de poder están “al servicio” de intereses económicos primarios, pero también se dan en función de otros diversos intereses.
- No existen relaciones de poder sin sus debidas resistencias. Las resistencias al poder surgen allí donde el poder mismo se configura.

Según estos postulados, Foucault entiende que el poder no necesariamente es aquel que ostenta quien dice ser poderoso, sino que el poder corresponde, en últimas, a quien ocupa un lugar socialmente privilegiado en cuanto a la propiedad, el lugar, la estructura social, la capacidad de dominación/represión y el dominio sobre la ley y su administración.

Para Foucault, la sociedad posmoderna no se circunscribe en la democracia ideal, toda vez que esta se vive bajo el marco del régimen propio a una dictadura de clase y

de un poder de clase, el cual se impone a través de mecanismos violentos, violencia legitimada institucional y constitucionalmente (Chomsky y Foucault, 1974).

Foucault mostró cierto interés en sus entrevistas y escritos sobre las reacciones de quienes están en situación de “poder” y las de aquellos que gozan del “no poder”. La inquietud epistemológica de Foucault hacia el poder parte de sus dudas hacia las formas de lucha adecuadas en las situaciones desiguales de opinión, participación y acción. Foucault es enfático en el hecho de que se desconoce a fondo qué es el poder, en la inquietud que suscita este como fenómeno visible e invisible, presente y oculto, inmerso en todo y en todos (Foucault, 1972).

Para que el poder se operacionalice en una debida “microfísica”, es preciso el desarrollo de ciertos dispositivos que pueden ser del saber de alianza, de subjetividad y de sexualidad, entre otros. Dicha microfísica toma forma como *dispositivos de poder*, entendidos como una red de relaciones dadas entre elementos heterogéneos, los cuales pueden ser discursos, instituciones, leyes, medidas administrativas, entre otras (Castro, 2011). Un dispositivo de poder constituye un espacio de saber y de poder, donde tienen lugar un actor y su discurso, como lo es, por ejemplo, el médico y su discurso sobre la clínica.

Para Foucault, las personas no tienen formas de escape o de emancipación para librarse de las relaciones de poder, sino que el poder siempre se hace manifiesto, a través de normas, tradiciones o regímenes (Newswander, 2011). El alcance que el poder, sus relaciones y sus formas de operación tiene sobre la salud es explicado por Foucault desde la revisión histórica de la medicina, toda vez que ella es una práctica social (Foucault, 1977a). Así, para la sociedad capitalista, lo más importante del ser humano termina por ser el cuerpo, ya que en este reside la esencia de la *biopolítica*, que no es otra sino la preocupación por parte del sistema capitalista del cuerpo y su salud, respecto de la capacidad de fuerza productiva de los individuos.

Desde esta lógica descrita por Foucault es que se comprende críticamente los mecanismos por medio de los cuales los Estados modernos han diseñado y ejecutado sus esquemas o dispositivos político-médicos, que les permiten tanto a gobernantes como poseedores del poder y del capital:

- Proveer dentro lo que está a su alcance asistencia médica al pobre.
- Controlar la salud de la fuerza disponible para el trabajo.
- Ejercer control sobre la salud pública para proteger sus intereses y las clases más ricas de los mayores peligros.

Foucault describió la *biopolítica* como el problema del gobierno de la vida, situación que engloba las entidades ley, orden, Estado, sociedad civil y política de la vida en un solo abstracto (Foucault, 2010). El término biopolítica va más allá de los salarios

del trabajador, o de sus periodos de descanso, o la integralidad moral y mental del individuo; esta noción de Foucault invita a una nueva forma de racionalizar los problemas planteados a la política gubernamental para los diversos fenómenos y problemas propios de la población, como la salud, la higiene, la natalidad y la longevidad, estos a la luz de la ideología política que orientó la acción de gobierno: el liberalismo. El liberalismo adquiere un rol protagónico en el discurso de Foucault como corriente ideológica que se apropia de la política de la vida como asunto de gobierno. Históricamente, siempre se han atendido desde tecnologías de gobierno de un alto contenido liberal a la vida y a sus problemáticas, que para Foucault constituyen una nueva razón de gobierno.

Foucault identifica tecnologías liberales asociadas al gobierno de la vida con un enfoque de economía de mercado, donde bajo reglas de libre competencia las políticas sociales se establecen como economías del bienestar, en las que se distribuyen bajo reglas de oferta y demanda los elementos colectivos del bienestar, que para Foucault (2010) fueron los servicios de consumo médico.

En la perspectiva liberal de la política social que analiza Foucault, la equidad y la igualdad no son un propósito; por el contrario, la regulación económica de la salud soportada en el mecanismo de los precios se obtiene a partir de la desigualdad entre los sujetos. Desde esta lógica, las diferencias equilibran la política social como sistema de regulación de los precios y de socialización de los bienes sociales (Foucault, 2010).

Este liberalismo de la política social lleva a la individualización del bienestar, lo cual hace que no exista una cobertura social y unificada de los riesgos, sino que cada individuo tenga un margen de espacio económico, en el cual pueda asumir y afrontar sus propios riesgos como individuos, mas no como sujetos en condición de igualdad para con los otros. Foucault hace una vehemente conclusión: “Cuando es cuestión de una política social, solo hay una verdadera y fundamental: el crecimiento económico” (2010, p. 178).

Desde una visión foucaultiana del liberalismo puede comprenderse la actual política social público-privada de la salud, soportada en tecnologías del poder de ideología liberal y neoliberal. Con estas tecnologías es que quienes ostentan el poder de gobierno han logrado controlar y dominar en forma visible e invisible el cuerpo de las personas dentro de la sociedad.

Hacia unas relaciones de poder que determinan la política en salud

Basados en los argumentos y sustentos previos, esta investigación pretende identificar las relaciones de poder que determinan las dinámicas dadas entre sociedad civil y Estado en el debate presentado en el contexto de la reforma a la salud realizada para 2013. Para ello, se realizó una etnografía crítica (Madison, 2005) que permitió representar la experiencia de los actores de la sociedad civil que participaron en el proceso de reforma a la Ley 100/1993 en 2013. Con este fin, se realizaron diez entrevistas

semiestructuradas a algunos representantes de organizaciones de la sociedad civil (pacientes, usuarios, sindicatos, líderes comunales, sectores de la academia) y de actores con voz ante las estructuras del Gobierno nacional, que desarrollaron algún rol en la revisión y formulación de la política pública en salud (Ley Estatutaria en Salud). Sus identidades y su pertenencia institucional no se develan aquí de cumplimiento a los criterios éticos de la investigación.

Las respuestas a cada entrevista fueron recopiladas en audio, al tiempo que el investigador recolectó datos en un diario de campo. Dichas entrevistas fueron transcritas fielmente en papel, y posteriormente analizadas, siempre recopilando todas las frases y experiencias de los participantes que pudieran asociarse con las formas en que operan las relaciones de poder en el marco de la reforma a la Ley 100/93. A través de una codificación del texto, se obtuvieron códigos de análisis, y a partir de estos se generaron categorías de análisis, en las que se fundamentan los principales hallazgos y las recomendaciones de este estudio mediante una narrativa densa.

Formas del “poder” y del “no poder”: “el poder es para mangonear”

Las visiones y expresiones que hace del poder cada actor entrevistado son diversas en cuanto cada actor ha ocupado una diversa posición en la jerarquía de actores dentro del sistema de salud colombiano; sin embargo, pese la diversidad de posiciones de los diversos actores, es común identificar el peso relativo que el poder da a cada actor para decidir y ejercer un determinado impacto en el curso del diseño de la política.

Fue evidente, entre los entrevistados no vinculados a nivel individual ni organizacional a entidades del Estado, ni a entidades prestadoras o administradoras de servicios en salud, la percepción de que quienes finalmente deciden e incluyen temas y propuestas dentro de los documentos de trámite en la legislatura del Congreso nacional son aquellas personas que representan directa o indirectamente a actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud con participación económica dentro de este; la principal forma en que se visibiliza tal relacionamiento entre estos actores con igual poder y capacidad de incidencia sobre las normas es el ejercicio del cabildeo, comprendido como el fenómeno sobre el cual la toma de decisiones y la inclusión de contenidos dentro de la agenda de lo público está asociada a la representación de intereses específicos por parte de un actor con vocería, y en conjunción con el legislador o tomador de decisiones.

De los diversos actores que conforman el sistema de salud en Colombia, en el marco del conocido “pluralismo estructurado” para la salud, se atribuye a nivel perceptual al ministro de Salud y Protección Social y su despacho (entre otros) un superior poder sobre el resto de los actores, que, a partir de la inserción de la salud como tema dentro de la agenda pública del Gobierno, suscitó todo un contexto de apoyo político a una reforma al sistema de salud colombiano. Pese a ello, no queda claro si el apoyo recibido

representa en pleno a todos los intereses de la sociedad, principalmente de las personas más vulnerables y excluidas de la sociedad colombiana.

Formas del “poder” y del “no poder”: el interés económico/privado por sobre el interés público/social

Con relación a las formas en que opera y se materializa el poder sobre la política de salud, es visible para los actores entrevistados que la legislación en salud opera como instrumento de coacción para determinar un “estado de las cosas” en salud, que dejan a unos actores en una posición privilegiada sobre la de otros. Esta legislación privilegia unos determinados intereses de tipo económico, industrial y político, por sobre otros más sociales, plurales y morales, en favor de la generación de nuevos capitales y del fomento de la salud como un motor de desarrollo económico más allá de una forma de desarrollo social.

Entre los intereses más preponderantes tras la política en salud priman los de índole económica y aquellos que dan oportunidades y posibilidades de crecimiento económico a intereses particulares por sobre el interés público. En segundo plano, queda el interés social, público y ético/moral de proveer a los ciudadanos de unos servicios de salud integrales, universales, en función de la garantía del derecho, como parte de las acciones que reivindican la salud como derecho social preponderante y de impacto con el desarrollo de la vida misma.

Entre los diversos actores que generó el sistema de salud (entiéndanse EPS, IPS [instituciones prestadoras de salud], proveedores), es evidente para la mayoría de los entrevistados la forma en que, tras la implementación y el desarrollo del modelo de atención y prestación del servicio de salud en Colombia, son claros los intereses financieros de dos actores en particular: las EPS y la industria farmacéutica. Entre las afirmaciones de los entrevistados que respaldan esta dimensión, se destacan:

Esto es un asunto de agendas ¿no? Hay una industria que además uno consigue documentación de para dónde va la agenda: libertad de precios, propiedad intelectual [...] ¿Cómo se llama esto?... Libertad de comercio, tratados comerciales, etcétera, etcétera, que ellos tienen muchísimos mecanismos. (actor de la sociedad civil organizada)

Esto ha generado actores muy poderosos, y el que se ha malacostumbrado a almorzar camarones, es muy difícil que regrese a las empanadas. (actor de la sociedad civil organizada)

La Ley Ordinaria no es una derogación de la Ley 100, no es un cambio de la Ley 100, conserva sus principios, es decir, mantiene el modelo de aseguramiento y, por tanto, la concepción negativa del negocio de la salud. (actor del Gobierno/órganos independientes)

El Gobierno parece que no se ha atrevido a dar ese paso, y le está dando como un tercer aire al modelo, y yo digo que un tercer aire, porque el primero fue la Ley 1122, el segundo aire fue respiración boca a boca con la Ley 1438, y ahora esta, este tercer aire manteniendo la esencia del sistema. (actor del Gobierno/órganos independientes)

Un esfuerzo del sector privado que se metió a invertir en salud, y es lógico que tampoco pueden ser sacados a sombrero, porque también desincentivaría todo el esfuerzo privado en materia de salud. (actor del Gobierno/órganos independientes)

Los sistemas de salud son sistemas políticos con sistemas de poder. Antes de la Ley 100, el Ministerio de Salud y Protección Social era superpoderoso. En el sistema de salud, las EPS fueron asumiendo un gran poder operativo y financiero, ya que ellas articulan el sistema, no una sola, sino varias. (actor del Gobierno/órganos independientes)

La mayoría de los entrevistados coincide en que los intereses ocultos tras la política de salud no van a cambiar, y por el contrario, en menoscabo del interés general, parecen poseer una tendencia a mantenerse vigentes.

Formas del “poder” y del “no poder”: el poder del *lobby* y el *lobby* como poder tras el poder

En la mayoría de las entrevistas, fue común encontrar expresiones críticas en relación con la acción del *lobby* o cabildeo en el mayor cuerpo constitucional para la toma de decisiones sobre política pública y social en Colombia: el Congreso de la República. Resulta de interés a la realidad social del desarrollo de la política social de salud cómo el rol de las agencias organizadas de *lobby* posee un mayor poder de injerencia sobre los tomadores de decisiones en política social en salud, así el *lobby* parece consolidarse como una forma real, eficiente y operativa del poder, para incluir determinados intereses particulares, económicos y políticos en la política pública.

Se señalan algunas afirmaciones a este respecto, recopiladas entre los actores entrevistados:

Las cosas tienen sus mecanismos y sus lógicas, y por ejemplo, pues la figura del *lobby*, que se supone que es legal ¿no? Por lo menos, no es ilegal: el *lobby* es un servicio que prestan personas con conexiones para conseguir citas, y conseguir resultados, y cobran por eso, cobran por eso. (actor de la sociedad civil organizada)

A usted no se le puede olvidar, y eso vale la pena que lo recopile, lo que ha hecho el *lobby* es contratar estudios, y esos hay que tenerlos aquí. (actor de la sociedad civil organizada)

¡Esa es la tarea de un buen consultor y de un buen lobista! Consígame un buen argumento porque lo importante es cómo se presentan las cosas, que yo sé qué es lo que quiero, y yo sé cuánto me voy a ganar con eso. (actor de la sociedad civil organizada)

Esto es para los actores que tienen con qué, y aquí escuchamos a los que se hacen escuchar, y se saben hacer escuchar. (actor de la sociedad civil organizada)

Los lobistas los hay de todo tipo, uno ve en el debate en el Congreso que han hecho presencia masiva las asociaciones de hospitales, han hecho presencia los gremios médicos, la Academia Nacional de Medicina, las sociedades científicas, los usuarios también han hecho presencia, ellos no pueden decir que no lo han hecho, y ellos, repito, tienen respaldo y han hecho presencia; aseguradores, prestadores, academia... todo el mundo ha hecho presencia, y lógicamente los partidos políticos también, ¿no? (actor de la sociedad civil organizada)

Hay gente que mueve el *lobby* en el Congreso, más en época preelectoral mueven el *lobby* distinto, eso está escrito en el mundo... la realidad es que no es igual, a todos nos oyen, pero de ahí a que eso tenga peso, por eso hay que trabajar unidos en asociaciones, en agremiaciones, como la alianza que han hecho en la Alianza por la Salud, y la alianza que hizo la Junta Médica Nacional... son alianzas porque definitivamente esas alianzas crean una masa crítica social que permite una mayor fuerza social de vigilancia y control en el *lobby* en el Congreso, pero la participación nunca ha sido igualitaria. (actor de la sociedad civil organizada)

El *lobby* político es si uno busca al concejal, al senador, para que me escuche y me ayude, la incidencia es tocarles a ellos también su corazón político, entonces, claro, lo que hemos intentado como incidencia política de mirar la fuerza, de mirar que la correlación de fuerzas nunca nos favorece. (actor de la sociedad civil organizada)

Yo creo que ellos tienen alianzas, cuando la [Ley] 1438, el *lobby* que hacían con los senadores mientras los debates, se veía, ¿no? Segundo, porque el aspecto del dinero, uno ve que ahí ya hay un negocio, eso es un negocio fuerte, y como negocio lo defienden, lo tienen bien claro. (actor de la sociedad civil organizada)

Así, entonces, el *lobby* parece configurarse y una fuerza política de altísima incidencia sobre los tomadores de decisiones tanto en la inserción en la agenda pública como en el desarrollo y la implementación de la política pública. Una diferencia de poder parecería ser aquella dada por la posibilidad de que unos actores puedan ejecutar formas de *lobby* sobre los tomadores de decisiones estratégicos frente a otros que no lo pueden hacer.

Formas del “poder” y del “no poder”: las asimetrías del poder tras la política en salud

Es evidente que los actores hasta ahora descritos como sociedad civil (pacientes, usuarios, sindicatos, academia) se autoperciben como en desventaja en relación con otros actores mejor organizados, con mayor capacidad de gestión, de acción y de comunicación con actores protagónicos en la toma de decisiones, como las asociaciones profesionales, los gremios, las asociaciones de compañías aseguradoras y aquellas prestadoras del servicio de salud, en consideración a los incentivos y apoyos que puedan hacer en favor de los tomadores de decisiones. Algunas afirmaciones que dan cuenta de ello son:

Una ley de reforma del sistema de salud va a estar en manos del Congreso, y el Congreso es muy susceptible a los apoyos. (actor de la sociedad civil organizada)

Lógicamente que hay sectores más poderosos que otros, que son parte de la misma Constitución y de la sociedad que así lo han permitido. (actor del gobierno/órganos independientes)

Independiente que aquí hay una serie de intereses de diferentes colores, porque los hay, hay gente conocedora del sistema, que tiene que, porque ellos tienen sus propios intereses, sus propios poderes para subsistir allá, y que tienen que mirar cómo hacen consensos. (actor del Gobierno/Poder Ejecutivo)

Cuando uno forma parte de un movimiento de oposición, no se puede mentir a sí mismo con el argumento de que va a convencer a los congresistas que tiene este país de que hagan una reforma bien hecha por petición de la sociedad civil, pues en eso uno no puede ser ingenuo. (actor de la sociedad civil organizada)

Está disperso (el poder), está disperso; tengo que señalar que de pronto quienes más han abusado de posición dominante han sido las empresas promotoras de salud, las EPS; y eso ha sido parte importante del problema que hoy tenemos, por ello, la necesidad de que esta reforma ajuste esa situación, y ponga en su sitio a las EPS. (actor del Gobierno/coalición)

Estamos en esta lucha porque el sistema es profundamente asimétrico, es inequitativo, es injusto, el sistema. Quiere decir que los beneficiarios políticos y económicos del sistema y, digamos, los que agencian el sistema, las políticas oficiales promueven la asimetría y la injusticia, ¿cierto? (actor de la sociedad civil organizada)

En el Congreso de la República, se ve que hay una correlación de fuerzas desfavorable a estas propuestas, y estas propuestas no equilibran, porque no tenemos la capacidad de fuerza de movilización social. (actor de la sociedad civil organizada)

Dentro de los proyectos de ley estatutaria que se presentaron evidentemente está el 233 (el de la ANSA), que es al que usted hace referencia, pero había otros proyectos de ley; el Congreso se limitó a estudiar el Proyecto de Ley Oficial, acumuló los demás, pero realmente se tuvo como base... eso es parte de la mecánica parlamentaria, dijéramos el proyecto de ley que presente el Gobierno es el que sirve de base de discusión, porque, en principio, ese es el que tiene respaldo mayoritario. (actor del Gobierno/órganos independientes)

El Proyecto de Ley 233 (ANSA), pues... lo que pasa es que ni siquiera fue debatido para uno... a lo mejor si uno se hubiera concentrado le hubiera encontrado fallas, le hubiera encontrado oportunidades muy buenas, pero no fue debatido, porque todos nos centramos, y me incluyo, en el proyecto de ley del Gobierno que realmente iba... para qué gastar pólvora en gallinazos, digamos. Sí, esa es la expresión de la política. (actor del Gobierno/órganos independientes)

Ahorita para la Estatutaria presentamos un proyecto de ley promovido por sectores académicos, se perdió en el Congreso, ¿entonces ya, se olvidó? No, si eso es correcto, si creemos que eso es en ese sentido, hay que fortalecerlo, hay que hacer que la gente se apodere de eso, se empodere y lo exija. (actor del Gobierno/órganos independientes)

Es en esta coyuntura que los actores pertenecientes a la sociedad civil organizada se identifican en una posición asimétrica y desigual respecto del poder y de la participación frente a otros actores y sectores de la sociedad con intereses sobre la política de salud.

Así, mientras que los actores con mayor capacidad de *lobby* cuentan con facilidad de espacios y escenarios de participación, la sociedad civil organizada solo cuenta con los alcances que les da la ley (vía derechos de petición, tutelas y desacatos) y a través de la intermediación de conocidos en los órganos de control, para la inclusión de sus intereses en la política pública de salud. La movilización social a su vez es para la mayoría de los actores de la sociedad civil uno de los mecanismos más contundentes para hacerse notar e incluir.

Formas del “poder” y del “no poder”: Gobierno es Gobierno y poder es poder

Pese al espíritu conciliador y concertador del Gobierno nacional y sus representantes (Congreso de la República), la mayoría de los actores desconfía del interés del Gobierno por intervenir en la política de salud en Colombia. Es evidente en todos los entrevistados la claridad respecto del poder y del rol poderoso y hegemónico del Gobierno nacional, en relación con un interés económico sobre la salud. Algunas afirmaciones de los entrevistados que sustentan este argumento son:

Yo no estoy seguro de que en el Congreso quieran corregir desviaciones, ilos congresistas están ahí pa' repetir! ¡Y para quedarse! Y a ellos no les preocupa que la plática de la salud se pierda, ¿o no? (actor del Gobierno/órganos independientes)

Que la oposición proponga un proyecto, cuando sea el Gobierno, lo podrán imponer, pues el juego político es así, ¿no? (actor del Gobierno/órganos independientes)

Como Ministerio, digamos, hay unas acciones que son netamente del área de la salud que puedo hacer, pero la salud es una resultante de otros actores, de otros sectores desde la cultura, la educación, que yo no los puedo asumir. ¿Sí? Entonces siempre van a existir esos grupos de poder, siempre van a existir los grupos de interés, y de esas relaciones, pues, los resultados son los que encuentra usted acá, que dice uno: ¿pero por qué salió en esta ley? Había grupos de poder, de interés, quién ayudó o metió eso a última hora o no sé qué, o sea... pero no me pregunte sobre eso. (actor del Gobierno/Poder Ejecutivo)

Aquí vienen los otros poderes: el Legislativo, aquí tengo que ver con el presidente. ¿Cuál es la política de gobierno? Una cosa es la política de Estado y otra la política de gobierno. (actor del Gobierno/Poder Ejecutivo)

El que manda, manda, aunque mande mal. Entonces, el Congreso de la República, acuérdesese que él es el que aprueba, usted puede hablar lo que quiera, pero si él no aprueba, entonces tanto el Congreso como los organismos de dirección, y el mismo presidente de la república, tienen que jugar con todos estos intereses, más los intereses que tengo yo, más los intereses que tiene el Congreso. (actor del Gobierno/Poder Ejecutivo)

La creación de Salud Mía es una forma de retomar la gobernanza en cierta forma, porque cuando usted es el dueño de los recursos, en cierta forma ya los había dado, entonces, usted va a hacerlo directamente, y también la forma de pago que propone la ley cambia, cambia. Quiera o no quiera ya, ya cambian las reglas de juego. (actor del Gobierno/órganos independientes)

Estos proyectos de ley que se han aprobado en el Congreso sobre los temas de salud, la Ley 1122, la [Ley] 1438, el proyecto de Ley Estatutaria, la que estamos tramitando como Reforma Ordinaria, en su mayoría son iniciativas del Gobierno. (actor del Gobierno/coalición)

Una cosa es la política de Estado y otra la política de gobierno. (actor del Gobierno/Poder Ejecutivo)

Hay decisiones de macropolítica, de política amplia, que se toman fuera de aquí. En segundo lugar, ya en lo interno, hombre, las decisiones no se toman en el Congreso, allá se oficializan las decisiones. (actor de la sociedad civil organizada)

Entre los entrevistados, tanto de la sociedad civil como del Gobierno, son evidentes las formas y los intereses distintos y, si se quiere, opuestos entre la voluntad jurídica de la Constitución Política y la Sentencia T-760/2008, en relación con la política del Gobierno de turno, y los intereses de política pública a los que dan prioridad los gobernantes y los tomadores de decisiones.

Formas del “poder” y del “no poder”: los intereses e incentivos económicos

Para los actores entrevistados, prevalecen los intereses económicos o aquellos asociados al valor agregado y a la productividad que los servicios de salud representan en términos financieros. Resulta alarmante la forma en que la organización del sistema de salud se condicionó y se estructuró según incentivos económicos, de tipo financiero y de acumulación de capital, respecto de lo cual hasta ahora no se ha dado un debate franco y abierto en los diversos escenarios de proyección, análisis y construcción de la política social en salud. Algunas opiniones recapituladas se traen en consideración:

Cada vez va a pesar más en la organización, en el desarrollo y, sobre todo, en el financiamiento y en el gasto de los sistemas de salud el componente de tecnologías, y ahí los medicamentos se llevan la mayor parte de la torta, pues toda discusión sobre sistemas de salud y organización de sistemas de salud le tiene que dar un peso, le tiene que dar un papel, al manejo de las tecnologías, y al financiamiento de las tecnologías y a las relaciones entre los actores con respecto a las tecnologías. (actor de la sociedad civil organizada)

Todos los sistemas que tienen una racionalidad se deforman, porque al final todo el mundo está produciendo resultados, los resultados los tienen que pagar los sistemas de salud. (actor de la sociedad civil organizada)

Estos actores no son neutros, que la forma en que se han ido desarrollando, digamos que los mercados farmacéuticos y las relaciones entre los médicos y la industria y tal no son naturales, esto obedece a unas políticas de *marketing* deliberadas, que están haciendo que los medicamentos se usen cuando no corresponde, que cuesten más de lo que deberían costar, y que estemos organizando los sistemas de salud para financiar el crecimiento de unas empresas que tienen por objeto crecer. (actor de la sociedad civil organizada)

Yo no estoy seguro de que esto pueda funcionar con incentivos, no económicos, y yo no creo que existan incentivos distintos, entonces ahí sí creo que hay un debate que creo que no hemos terminado, no hemos terminado. (actor de la sociedad civil organizada)

Mientras existan instituciones privadas cuya naturaleza es el ánimo de lucro, siempre existirá el negocio de la salud; y la salud vista como un negocio. (actor del Gobierno/órganos independientes)

Ninguno de los actores pienso yo que es beneficencia, no creo que haya ninguno de beneficencia, no sé cuál es la beneficencia ahí, ni de los públicos ni de los privados, ni de los prestadores, ni de los aseguradores, ni de la industria farmacéutica, ninguno es beneficencia... veo a todos los actores con interés económico: unos más grandes que otros y en todo. (actor del Gobierno/Poder Ejecutivo)

Un reflejo del interés económico del Gobierno nacional sobre la salud es el hecho de que este haya guardado silencio por muchos años desde la identificación de escenarios de corrupción dentro del sistema de salud. Dicho silencio estatal permitió el desarrollo de formas no ortodoxas para sacar provecho económico de un sistema de salud cuyo fin no es el de generar riqueza, sino el de proveer salud y bienestar a toda la población colombiana.

En últimas, para los actores de la sociedad civil, es retador el desequilibrio de fuerzas con que se sienten para actuar, el cual no permite siquiera proponer e incidir en un cambio de modelo de salud.

Recomendaciones

Se hacen, finalmente, recomendaciones a partir de la confluencia entre el marco teórico desarrollado y los aportes de los entrevistados:

1. Gobierno nacional/Ministerio de Salud y Protección Social: el Gobierno nacional debe respetar más allá de sus alianzas, intereses, agendas y compromisos políticos el deber moral, constitucional y jurídico de asegurar, proteger, mantener y cuidar la salud de los ciudadanos colombianos, para lo cual deberá primar en sus documentos de ley y en su política macroeconómica y social unas acciones de gobierno tendientes a la garantía del derecho y la consolidación de un Estado socialmente fundamentado en la garantía del bienestar social como política de Estado.

A su vez, garantizar una participación de la sociedad civil, de los usuarios del sistema y de las minorías étnicas en Colombia, en la construcción, el diseño y el desarrollo de la política social en salud, que trascienda más allá del simple

cumplimiento de lo normado a una forma real y capaz de incidir positivamente el desarrollo de una política de salud equitativa e igualitaria para toda la sociedad.

Dicha participación debe trascender el planteamiento de una agenda institucional, determinada desde el Gobierno nacional, para pasar a la construcción colectiva de una agenda universal, para que la salud, su estructuración y determinación sean parte de un proceso de diseño, construcción e implementación colectivos.

2. Industria farmacéutica: formalizar un pacto o acuerdo con el Gobierno nacional, y con la sociedad civil, a fin de que prime el interés general de la sociedad para el goce de la salud y el bienestar por sobre el interés particular y así obtener capital y acumular riqueza según la venta y distribución de nuevas tecnologías y nuevas terapias en salud.
3. Intermediarios, administradores y compradores de servicios en salud público-privados: garantizar una participación en salud, con el objetivo único de llevar bienestar y protección social a cada ciudadano colombiano, con independencia del poder económico, de la clase social, del estrato socioeconómico y de la capacidad de pago. Su actuación dentro del sistema debe estar comprometida con el alcance de metas en salud pública, tendientes a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
4. Sociedad civil: trascender de la sola movilización social según el uso del derecho legítimo a la protesta social, para apropiarse de los espacios y escenarios disponibles para la concertación y participación social en el desarrollo de la política pública en salud.

Por su parte, exigir de sus representantes en el Congreso de la República, el Ministerio de Salud y Protección Social, las gobernaciones y las alcaldías, los concejos locales y municipales la inserción en la agenda pública de la salud como motor de desarrollo social y de progreso. Solo el desarrollo de la salud en todas las políticas, en atención a los determinantes sociales, económicos y políticos de la salud y la enfermedad, ayudará a terminar de consolidar el desarrollo del país y de sus habitantes.

Conclusiones

Las relaciones de poder existentes entre algunos de los actores organizados de la sociedad civil con intereses sobre el desarrollo de la política de salud en Colombia (pacientes, usuarios, líderes comunitarios, sindicatos y sectores de la academia) se asocian a especificidades propias a la capacidad de agencia del mercado para EPS-IPS, y los costos asociados de transacción.

Las diferencias y disparidades en las relaciones de poder para los actores e intermediarios de la industria de la salud (antes señalados) están asociadas a una diversidad de

intereses sobre el desarrollo de la política de salud en Colombia (que fluctúan entre aquellos propios a incentivos económicos y otros asociados a incentivos sociales y del derecho).

Las experiencias de poder narradas por algunos de los actores organizados (antes descritos), y aquellos del Gobierno nacional, son ambivalentes, y cada una privilegia intereses y enfoques antagónicos sobre el desarrollo de la política de salud en Colombia.

Referencias

- Ahumada, C. (1998). Política social y reforma de salud en Colombia. *Papel Político*, 7, 9-35.
- Alianza Nacional por un Nuevo Modelo de Salud (ANSA) (28 octubre 2013). Manifiesto Público. Recuperado de <https://goo.gl/dSKbm2>
- Castro, E. (2011). *Diccionario Foucault: temas, conceptos y autores*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Chomsky, N. y Foucault, M. (1974). Human nature: Justice versus power. En A. J. Ayer y F. Elders (eds.), *Reflexive water: The basic concerns of mankind* (pp. 135-197). Londres: Souvenir Press.
- Colombia Opina 2013-2. La Gran Encuesta - Medición 8. Tercer año de Santos. Recuperado de <https://goo.gl/S8kRv7>
- Congreso de la República. Ley 100/1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones (23 diciembre 1993).
- Congreso de la República. Ley 1122/2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones (9 enero 2007).
- Congreso de la República. Ley 1438/2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones (19 enero 2011).
- Congreso de la República. Proyecto de Ley 210 de 2013. Por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones (15 abril 2013).
- Congreso de la República. Ley Estatutaria 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones (16 febrero 2015).
- Corte Constitucional. Sentencia T-760/2008. Derecho a la salud.
- Currea Lugo, V. de (2010). *Salud y neoliberalismo*. Bogotá: Universidad El Bosque.
- Defensoría del Pueblo (2014). *La tutela y el derecho a la salud*. Bogotá: Defensoría del Pueblo.

- Echeverry, O. (2008). Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 24(3), 210-216.
- Entrevista Saúl Franco-ENS (23 octubre 2012). Recuperado de http://viva.org.co/documentos/cat_view/9-documentos-salud
- Foucault, M. (1972). Les intellectuels et le pouvoir (entrevista con Gilles Deleuze). *L'Arc*, 49, 3-10.
- Foucault, M. (1977a). El nacimiento de la medicina social. *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud*, 6, 89-108.
- Foucault, M. (1977b). Poderes y estrategias. *Les révoltes logiques*, 4.
- Foucault, M. (2010). *Nacimiento de la biopolítica: curso en el Collège de France (1978-1979)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Hernández Álvarez, M. (2012). Un sistema universal para enfrentar la crisis de la salud. Recuperado de http://viva.org.co/attachments/article/222/Texto_de_radica-cion_Mario_Hernandez.pdf
- Jann, W. y Wegrich, K. (2007). Theories of the policy cycle. En F. Fischer y G. J. Miller (eds.), *Handbook of public policy analysis: Theory, politics and methods* (pp. 43-62). Boca Raton, FL: Taylor & Francis Group.
- Madison, S. (2005). *Critical ethnography: Method, ethics, and performance*. Londres: Sage Publications.
- Montoya Brand, M. (2010). La declaratoria de la emergencia social y el perfil del Gobierno Uribe: algunas reflexiones. *Revista Electrónica*, 1(3). Recuperado de <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/derypol/article/viewFile/5144/4505>
- Newswander, C. B. (2011). Foucauldian power and Schmittian politics: The craft of Constitution. *Administration & Society*, 43(5), 537-560.
- Restrepo, J. H. (2007). ¿Qué cambió en la seguridad social con la Ley 1122? *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 25(1), 82-89.
- Rodríguez Bernal, A. (2007). Globalización de la política pública: mediación neoliberal en Colombia, política económica, 1990-2006. *Ciencia Política*, 3, 141-178.
- Sánchez Torres, F. (2012). Gran junta médica para un paciente en estado crítico. *UN Periódico*, 158.
- Torres-Tovar, M. (2012). Nuevo pulso por el modelo de salud en Colombia. *Le Monde Diplomatique*, 115.

- Vega Romero, R. (2010). *Igualdad y diversidad: un enfoque crítico de la justicia social en salud*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Vega Romero, R. y Jara Navarro, M. I. (2002). Década de los noventa: discurso de la focalización de subsidios en la salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 1(2), 82-112.
- Yepes, J. F., Ramírez, M., Sánchez, L. H., Ramírez, M. L. y Jaramillo, I. (2010). *Luces y sombras de la reforma a la salud en Colombia: Ley 100/1993*. Ottawa: Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo.