SEXTO CAPÍTULO

LAS IDEOLOGÍAS POLÍTICAS DE LA SALUD: LEGITIMIDAD Y PERMANENCIA DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES Y LA EXCLUSIÓN EN SALUD

JOSÉ GABRIEL ZAPATA[1]

RESUMEN

Este artículo recoge los resultados del proceso de análisis y acercamiento al discurso político de médicos y congresistas, en el marco de la discusión de la Ley Estatutaria 209 de 2013. Dicha indagación tuvo como objetivo identificar las representaciones sociales sobre el derecho a la salud en la contienda política para la discusión, constitución y definición del Derecho a la Salud.

El escenario de la crisis de la salud y la discusión en el legislativo son coyunturas sugestivas para cuestionarse por los significados que se configuran en la toma de decisiones políticas sobre la salud. Explorar las representaciones sociales que subyacen a la discusión política sobre el derecho a la salud y examinar las formas en que estas comprensiones se amalgaman con posiciones ideológicas permite acercarse a las políticas de salud, saliendo de un enfoque jurídico-administrativo para reconocer, como dice Muller (2002), el peso de las fases preparatorias de decisión antes que la decisión misma, y de su implementación.

Este documento reconoce el campo de la salud como práctica política e ideológica que refleja la pugna por el establecimiento de una representación hegemónica del derecho a la salud (Moscovici, en Araya Umaña, 2002), neutralizando las demás interpretaciones reformistas o contrarias existentes a las versiones dominantes, bajo la figura de la legitimidad del derecho. Además,

1 Este documento se basa en los resultados de la investigación realizada por el autor en el Área de Investigación Salud, Conocimiento Médico y Sociedad –Línea Construcciones Socioculturales de salud y enfermedad– para obtener el título de Psicólogo en la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad Externado de Colombia, en el año 2014, y ha sido enriquecido con nuevos aportes y consideraciones para su publicación.

se encuentra en el discurso un marco para la generación y mantenimiento de las desigualdades sociales en salud.

Se identificaron y analizaron las representaciones sociales y las ideologías en un corpus textual de discusiones políticas, mediante el método de comparación constante de la teoría fundamentada (Strauss y Corbin, 2002). Las ideologías y las representaciones hacen posible interpretar y comprender la elaboración simbólica de los objetos sociales, desentrañar las dinámicas de las interacciones sociales y aclarar los determinantes de las prácticas discursivas sociales y políticas en torno a ellos (Wagner y Hayes, 2011).

En un primer apartado se discuten los trasfondos ideológicos que permean y determinan la comprensión del derecho a la salud en Colombia. La crisis ha generado un marco para la ilegitimidad del derecho a la salud y la discusión política pretende establecer los alcances del derecho para salir de ese período de crisis. El proyecto de ley estatutaria busca, en doble sentido, estipular un marco de derecho a la salud, pero limitar sus dimensiones jurídicas e imponer recursos administrativos antes de las decisiones jurídicas, para controlar el uso de la tutela, y así blindar una comprensión del derecho a la salud mediante un filtro administrativo, para el acceso oportuno a los servicios de salud.

La salud en su noción fiscal es el contenido más reiterativo de la discusión y el de mayor peso en la toma de decisión, que se asocia a varios conceptos como la sostenibilidad y progresividad del derecho, la solidaridad, racionalización y el control de los recursos destinados al sistema de salud, el plan de beneficios y sus respectivas unidades de capitación.

Un segundo apartado presenta las posiciones de los diferentes actores y sus representaciones. Emergen las representaciones de los usuarios como derrochadores de los recursos o víctimas del sistema, la tutela como garantía de obtención de servicio o mecanismo desestructurante de la financiación del sistema. Las transformaciones en el ejercicio del profesional de la medicina y las profesiones de la salud, así como las representaciones de las EPS e IPS.

PALABRAS CLAVE

Sistema de salud Colombia, derecho a la salud Colombia, representaciones sociales, ideologías, toma de decisiones políticas.

THE POLITICAL IDEOLOGIES OF HEALTH: LEGITIMACY AND PERMANENCE OF SOCIAL INEQUALITIES AND EXCLUSION IN HEALTH

ABSTRAC

This article recognizes the results of the process of building a Grounded theory (Straus and Corbin, 2002) from the political discourse of doctors and congress members aboud health as a right, in the discussion of Statutory Law 209 of 2013, today law 1751 of 2015. The escenario of the health system crisis and the discussion in the congress are the suggestive conjunctures to question the meanings that are configured in the political decisión-making on healthcare. The paper present the social representation and ideologies that are shaped around the health system in Colombia, the positions of the different actors of the discussion are presented within the framework of interpretations on the right to health. The Statutory law is an opportunity to legitimately extend or limit the health access plans recognized by the State. The legislative process is a political and normative crossroads that imposes a reductionist visión of health and disease processes, based on economic, political, business, legal, and fiscal correlates. This process limits real access to health services and legitimizes social inequality in health.

KEYWORDS

Health system crisis, Right to health Colombia, social representations, ideologies, political decision-making.

INTRODUCCIÓN

Las problemáticas del sistema de salud han sido documentadas por académicos y por movimientos sociales. En la discusión legislativa una problemática se configuró como la más relevante: el derecho a la salud y su definición, para evitar las vulneraciones al derecho, pero también los abusos en la interpretación del derecho.

Desde su creación, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) ha atravesado por una serie de problemáticas. En su concepción el SGSSS articula un modelo mixto de salud caracterizado por la participación

y competencia de diferentes entidades que ofrecen la administración y la prestación de los servicios de salud, bajo las regulaciones y la vigilancia del Estado. Se basa en mecanismos de contratación entre aseguradores y prestadores del servicio, es decir, entre Entidades Promotoras de Salud (EPS) o aseguradoras y las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS). Promueve la libre elección de las entidades aseguradoras y prestadoras de servicios entre los consumidores de los servicios de salud (Uribe Gómez, 2009). La Ley 100 de 1993 contempla planes básicos de salud diferenciados, conocidos como POS (Plan Obligatorio de Salud), sin embargo, existe un sistema de subsidio (POS-subsidiado) para las personas sin capacidad de pago y un sistema contributivo para aquellas, que pueden pagarlo. (Restrepo Zea, 2004).

Durante la última década se ha presenciado la ineficacia en la prestación del servicio del POS y la existencia de una apropiación indebida de recursos de la salud por parte de las EPS, para fines ajenos a la atención de los usuarios. Como sostiene Restrepo Zea (2004), la corrupción y la desorganización administrativa del sistema de salud promueve la competencia desleal entre sus actores, la concentración y diferenciación estratégica entre aseguradores, los mercados incompletos, inequitativos y la ineficiente descentralización de las políticas de salud.

Como medida para contrarrestar y subsanar la creciente crisis económica en el sector, en el año 2009, el gobierno de Álvaro Uribe (2002-2010) quiso decretar la emergencia social en salud, con la pretensión de hacer efectivas –por decreto– medidas que buscaban financiar y limitar el acceso a los servicios de salud que incorporaban restricciones en la autonomía del médico, con la finalidad de contener el gasto. Hernández Bello y Vega Romero (2001) discuten la fuerte intervención de algunas agencias del Gobierno, en favor del sector privado y en detrimento del sector público.

Finalmente, los decretos de la emergencia social no fueron aprobados por la Corte Constitucional y fueron rechazados por gran parte de la opinión pública. Las huelgas continuas de los trabajadores de la salud y el cierre de hospitales configuraron un período en el que el sistema de salud estuvo permanentemente en la agenda pública.

Un buen número de investigaciones vinculan las problemáticas actuales con los cambios introducidos por la Ley 100 de 1993. El cambio de modelo de subsidio a oferta, del anterior Sistema Nacional de Salud, al subsidio a la demanda en el nuevo sistema de salud generó la crisis desatada entre 1998 y 1999 en los hospitales públicos, puesto que la transformación en empresas

autónomas implicaba que ya no recibirían recursos directamente del presupuesto gubernamental. Estas instituciones debían adaptarse a un esquema de competencia de mercado basado en la contratación de servicios con las aseguradoras del sistema (Uribe Gómez, 2009). Esto acabó con la infraestructura de entidades emblemáticas para la medicina y la salud pública en Colombia, como el cierre del Hospital San Juan de Dios, el Instituto Materno Infantil y el Instituto de Seguros Sociales (Ariza Ruiz, Abadía Barrero y Pinilla Alfonso, 2013) (Abadía, Martínez, Navarrete y Pinilla, 2006) (Abadía Barrero, Ruiz Sánchez, Ariza, Pinilla Alfonso y Melo Moreno, 2011).

Sobre los actores y sus interacciones se ha documentado que la práctica médica se realiza en una estructura en la que se debe responder a lógicas mercantiles y legislativas. Los tiempos de consulta, el acceso a la atención y a los medicamentos, las labores administrativas y las condiciones laborales han transformado la relación médico-paciente, virándole hacia la triada médico-burocracia-paciente (Abadía y Oviedo , 2009), que modifica las interacciones en el sistema y la función del médico con respecto a los objetivos de la profesión, cuando estos elementos hacen que su lugar sea, en muchos sentidos, transgredido por contradicciones que transforman las comprensiones con respecto al lugar de trabajo y su concepto de trabajador.

Como lo demuestra la Sentencia T-760 de la Corte Constitucional y los informes publicados por la Defensoría del Pueblo, en donde se estudia el uso de la tutela en el ámbito de la salud desde 1999 hasta el 2011, la población ha tenido que recurrir a este mecanismo para garantizar hasta el día de hoy el acceso a los servicios de salud, muchas veces no cubiertos por el POS. Los usuarios del sistema deben hacer una serie de recorridos para acceder al derecho a la salud, que se traducen en obligatorias demandas administrativas, financieras y jurídicas, que se imponen al paciente para acceder a los servicios de salud (Abadía y Oviedo, 2009). El sistema de salud colombiano ha sido definido por Abadía, Martínez, Navarrete y Pinilla como una estructura violenta que ha amenazado a hospitales, trabajadores y usuarios (2006).

Como un elemento esencial en el ciclo de la política (Gonzalo Ordoñez-Matamoros, 2013), los actores sociales del sistema, médicos y usuarios consolidaron las discusiones y movilizaciones sociales en torno a las problemáticas del sistema de salud, decantándose un período de disputas en el ámbito legislativo que pretendían en algunos casos modificar y, en otros, cambiar totalmente el actual modelo del sistema de salud.

En este marco de problemáticas existentes en el sistema de salud, durante el período legislativo posterior a la Emergencia Social, el 19 de marzo de 2013 fue radicado por el Gobierno nacional y la Gran Junta Médica (GJM) el Proyecto de Ley Estatutaria 209 de 2013, que pretendía incorporar la salud como un derecho humano constitucional fundamental de todos los colombianos. Esta ley estatutaria tenía por finalidad *definir o limitar* lo que debe entenderse por derechos a la salud, para dar calidad sobre el conjunto de interpretaciones que definía el acceso o no a los servicios médicos. También se radicó el Proyecto de Ley ordinaria 210 de 2013, cuya pretensión fue transformar la estructura del sistema de salud. La salud estaba en la agenda política.

El 18 de junio de 2013 fue aprobado este proyecto de ley en la Plenaria del Senado de la República, Ley Estatutaria 209 de 2013. Revisado por la Corte Constitucional, fue declarado exequible como Ley 1751 de 2015.

METODOLOGÍA

Los fenómenos políticos, meramente discursivos (Van Dijk, 2005), determinan las formas en que se instituyen las interacciones fundamentales de los procesos de atención médica y por tanto la comprensión de los procesos de salud y enfermedad. Las significaciones sociales sobre la salud como derecho se desarrollan en el ámbito político. Este se convierte en un espacio clave para la formación y consolidación de las desigualdades evidentes en el sistema de salud. El discurso en el ámbito político es, como argumenta Mumby (en García, 2007), una lucha por la hegemonía de los significados donde los grupos con mayor capital político y económico son los que logran fijar su comprensión. El escenario legislativo es un momento acertado para cuestionarse por los significados sociales que se dan en el discurso político con respecto al derecho a la salud.

En este marco, una primera fase de recolección de discursos se dio en el segundo semestre de 2012 y primer semestre del 2013. Durante este período se realizó un seguimiento a los discursos y los comunicados públicos de las asociaciones y gremios médicos: la Academia Nacional de Medicina, la Federación Médica Colombiana, la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, el Colegio Médico Nacional y la Asociación Médica Sindical Asmedas, que posteriormente conformaron la Gran Junta Medica Nacional, la cual logra dar forma al texto inicial del Proyecto de Ley Estatutaria en Salud 209 de 2013, que hizo trámite en el Congreso.

Una segunda fase de análisis recolectó discursos en el campo de la contienda política durante la fase de discusión sobre la definición del derecho a la salud en Colombia, en 2013. Esto incluye el análisis de las gacetas del congreso, de actas de las discusiones, audios y videos que compilan en total treinta horas, dos minutos y cincuenta segundos de las discusiones del trámite de la ley estatutaria.

El análisis del discurso político pretende hacer explícita la manera en que se reproducen distintas formas de exclusión, entendidas como el ejercicio del poder social realizado por individuos, instituciones o grupos, con el claro propósito de generar y mantener desigualdad. Así, el proceso de definición del derecho mediante un encuentro discursivo es una forma de legislar e influir en la situación actual del sistema de salud y que tiene su manifestación real en las personas y su salud, además de influenciar las formas en que se ejerce la medicina.

Se utilizaron técnicas y marcos conceptuales de referencia que provienen de la psicología social, específicamente la teoría de las Representaciones Sociales, los cuales permiten identificar la forma en que los grupos sociales ven, interpretan y dan sentido a sus vivencias individuales y colectivas. El análisis de las representaciones sociales permite comprender la elaboración simbólica de estos objetos sociales, sujetos a discusión y controversia, y su incidencia real en la salud de las personas.

El marco de comprensión de las representaciones sociales que desarrolla esta investigación concibe que las Representaciones Sociales (RS) son una modalidad particular y específica de abstracción de conocimiento, que tienen una serie de funciones individuales y grupales en el pensamiento cotidiano de sentido común. Las representaciones sociales constituyen una imagen estructurada y funcional, elaborada con base en un objeto social relevante, que permite la interacción social y la comunicación. En palabras de Wagner y Hayes (2011): las representaciones sociales son como una imagen estructurada cognitiva, afectiva y evaluativa de los fenómenos sociales relevantes, que son compartidos por un grupo social, y se representa un elemento central de la identidad social individual.

Para captar esta compleja relación, proponemos la noción de patrones representacionales, entendiendo que las RS son parte del campo de la Cognición. En ese sentido, y según Pardo (2006), la cognición puede comprenderse por medio de un conjunto de constructos teóricos no deslindables, llamados formas de abstracción del conocimiento. Estos permiten entender

la forma en que se dan los procesos de elaboración y transformación del conocimiento, la experiencia y el significado, según se constituyen y varían del plano individual al colectivo.

En las formas de abstracción del conocimiento encontramos que los modelos mentales como formaciones individuales de la experiencia, son representaciones individuales en función de las características del individuo. Los modelos culturales, por su parte, contribuyen al establecimiento de las relaciones, la organización socio cultural y la lógica conceptual de la comunidad. Así, el modelo cultural es uno compartido, con base en la experiencia social controlada, es decir, regula la experiencia de los grupos a través de la cultura.

Los sistemas de creencias ideológicos de los grupos de personas representan otra de las formas de abstracción del conocimiento, más amplia que las representaciones sociales, que se encargan de regular y dar coherencia a saberes colectivos (Pardo Abril, 2006).

Las representaciones sociales se ubican entre las representaciones culturales y las ideologías y establecen una relación y elaboración mutua, con respecto a sus características estructurales y funcionales. Las representaciones sociales conforman la ideología en cuanto agrupación que puede originar sistemas de creencias capaces de orientar el comportamiento de los miembros de una sociedad desde el establecimiento de ideales grupales; entre tanto, las representaciones hacen posible significar la realidad, de tal forma que concuerde con el universo ideológico y cognitivo del individuo. Así que las ideologías forman un marco de referencia para la emergencia de creencias más específicas o representaciones sociales de grupo, tales como su conocimiento grupal y las opiniones del grupo. Las ideologías son entonces depositarias de varios tipos de representaciones en variedad de grupos y contextos, pero que en esencia siguen siendo parte de alguna ideología, como la forma de abstracción del conocimiento más amplia.

El material discursivo fue analizado siguiendo la ruta metodológica establecida por el método de comparación constante (Strauss y Corbin, 2002) de la teoría fundamentada, que tiene tres momentos simultáneos: la codificación descriptiva, la axial y la selectiva en un constante diálogo con los datos.

En esa primera etapa de análisis, se procedió a acceder en el discurso de los conceptos nombrados referentes a procesos, estados, relaciones, comprensiones. Posteriormente, dichos conceptos eran agrupados en subcategorías, a partir de las cuales se construyen categorías con elementos similares, que

representan en sí un problema, un asunto, un acontecimiento o un suceso significativo para el hablante.

La segunda etapa en el método comparativo constante es el análisis relacional. Este reconstruye las relaciones internas entre las categorías y subcategorías creadas en el análisis descriptivo. Las categorías son fenómenos relevantes, las subcategorías responden preguntas sobre los fenómenos tales como cuándo, dónde, por qué, quién, cómo y con qué consecuencias. De esta forma, las subcategorías dan a las categorías un mayor poder explicativo. El objetivo del análisis relacional es establecer relaciones o conexiones entre los diferentes contenidos que arrojan los análisis descriptivos, para contextualizar un fenómeno dentro de una estructura.

El análisis relacional cuenta con dos fases: la codificación axial y la codificación selectiva. El objetivo de la codificación axial es generar diversos modelos comprensivos sobre diferentes aspectos que se destacan en los resultados de la etapa descriptiva, en cada una de las categorías constituyentes. Su intención es comenzar el proceso de reagrupar los datos que se fracturaron durante la codificación abierta. Dichas relaciones se organizan en un esquema llamado paradigma, que es una posición analítica que ayuda a recolectar y ordenar de manera sistemática los datos. Finalmente, la codificación selectiva, última etapa del análisis, generó un modelo comprensivo general, que articula los aspectos esenciales de los resultados. El proceso de codificación es un proceso de integración en el que el analista reconoce las relaciones principales. Además, debe poder dar cuenta de la considerable variación de conceptos y subcategorías dentro de las categorías. La codificación selectiva agrupa las categorías principales que integran un esquema teórico mayor. Este esquema teórico más amplio es una teoría fundamentada sobre un objeto social relevante.

RESULTADOS

A continuación, se presentan los *contenidos de los discursos públicos y políticos sobre el derecho a la salud*, la categoría producto del análisis, que en palabras de Strauss y Corbin (2002) representa el tema principal de la investigación, y tiene la capacidad de reunir las categorías para formar un todo explicativo. En los discursos es evidente que *la Salud como derecho* es un objeto social relevante sujeto a discusión, además de ser una herramienta electoral-proselitista en el contexto político y coyuntural de la crisis de la salud.

Las *Ideologías políticas de la Salud* y el conjunto de representaciones sociales que las fundamentan dejan de manifiesto la forma en que los grupos políticos inmersos en la discusión ven, interpretan y dan sentido a las vivencias individuales y colectivas, a los contenidos y procesos de elaboración simbólica con respecto a la salud en Colombia. También reflejan la pugna entre múltiples comprensiones por el establecimiento de una representación hegemónica bajo la figura de la *legitimidad del derecho a la salud*, neutralizando las demás interpretaciones reformistas o contrarias existentes al interior del sistema.

DEFINIR Y LIMITAR EL DERECHO A LA SALUD

Las comprensiones sobre la salud que se dan en el espacio de la discusión legislativa indican que la ley estatutaria es necesaria para dar solución al estado de la crisis mediante la legitimidad del derecho. Así, la legitimidad del derecho a la salud y la solución a la crisis son las principales características que enmarcan las dimensiones de la representación de la Salud en el discurso.

Las representaciones sobre la crisis del sistema son múltiples y reflejan los extremos ideológicos de la comprensión de la salud y las problemáticas del sistema de salud. Las representaciones sobre el sistema de salud no son unificadas, van desde reconocer que hay algún tipo de crisis en el sector salud hasta resaltar su funcionalidad, rescatando algunos logros del sistema: "yo soy de los que pienso que el sistema de salud, así sea perverso (…). El sistema funciona, lo que pasa es que la gente no tiene la cara suficiente para agradecerle" (Berner Zambrano, junio 2013).

La crisis del sistema de salud denota la ambigüedad en la que recaen diversas comprensiones ideológicas e históricas sobre las problemáticas del sistema. Esto dice Carlos Francisco Fernández, de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas:

> (…) La crisis del sector no es una crisis de dinero, la crisis del sector no está en las EPS, la crisis del sector no se funda en la crisis hospitalaria. Las crisis del sector están en que tienen una mala estructura de orientación porque va en contravía de la verdadera esencia de tener una satisfacción del derecho fundamental (…). (Audiencias públicas, abril de 2013).

La multiplicidad de sentidos de la crisis, explorada ya por Ardila (2002), supone también que se redireccione el discurso y se focalice en algunos aspectos de la crisis más normalizada, normatizada y mediatizada. El largo período de la crisis y su uso mediático contribuyen a que se dé prioridad a las manifestaciones más sensibles del estado del sistema de salud. El estado de crisis supone una *normalización* en el discurso sobre las condiciones del sistema de salud, una normalización matizada por el cansancio de las discusiones sobre el estado actual del sistema y la aparente imposibilidad de realizar cambios estructurales en el sector.

La legitimidad del derecho a la salud por medio de la definición del derecho es una aparente nueva solución a la crisis y una justificación para el acto legislativo que debe tener repercusiones en el ámbito Jurídico, económico, profesional y fiscal del sistema de salud.

Las comunidades médicas y políticas en general argumentan la importancia de la discusión de este proyecto de ley para la definición de la salud como un derecho fundamental. El gremio de las aseguradoras EPS ponen en duda que con la ley estatutaria se esté dando a la salud la figura de derecho fundamental. La interpretación de las aseguradoras sobre el derecho a la salud está más estrechamente vinculada con la conceptualización fiscal del derecho, al reducir la interpretación del derecho a la salud a la unidad de capitación[2], como puede interpretarse en el siguiente apartado:

> Se supone que si los planes de beneficios se amplían, automáticamente tiene que ampliarse la unidad de capitación; si se limitan, pues se limitan las unidades de capitación (…). Esta ley debería ser aprobada para garantizar la efectividad del derecho, su sostenibilidad, su progresividad en primer lugar, garantizando la financiación de los servicios que hacen parte del núcleo esencial. (Jaime Arias, director Acemi, Abril 2013).

En ese sentido, la salud en su noción fiscal se reduce a la comprensión del plan de beneficios (POS) y sus respectivas unidades de capitación. Al ampliarse por tanto el derecho a la salud, mayores deben ser los recursos destinados al

---

2 Es decir, el valor per cápita que por administración y garantía de la prestación de servicios paga el Estado a las EPS por cada persona atendida.

sistema. Así, la ampliación del derecho supone, según esta lógica, una ampliación del gasto.

La comprensión fiscal es un paradigma, un contenido transversal a todos los discursos, que se asocia a varios conceptos como la sostenibilidad y progresividad del derecho, la solidaridad, racionalización y el control de los recursos destinados al sistema de salud. Este es el correlato económico fundamental y determinante del derecho a la salud. El derecho a la salud en este paradigma está basado en el plan de beneficios y su costo para el sistema.

Se plantea una discusión fundamental: cómo debe ser limitada la prestación de servicios y establecerse exclusiones al plan de salud. En este ámbito, el derecho a la salud es el conjunto de limitaciones al acceso de servicios dadas por su correlato económico. El derecho a la salud se reduce al reconocimiento de unos tratamientos definidos, que da mayor trascendencia al costo económico de la enfermedad que al costo social de la exclusión.

Las exclusiones y límites del plan obligatorio se vincularon a la constitución de un No legítimo. Dicha legitimidad se da en dos sentidos: de un lado, al ceñirse a los parámetros fiscales de costo de los tratamientos en comparación con su efectividad y, de otro, en la legalidad basada en un componente "participativo", "democrático" y "legítimo". De esta forma las enfermedades excluidas deben gozar de legitimidad social, y constituirse con la "participación" o al menos el reconocimiento de la sociedad civil, y ser coherentes con parámetros financieros del sistema.

> La pregunta es ¿ampliar o limitar el derecho? Ese es el dilema de una ley estatutaria en este momento en un país como Colombia. ¿Vamos a dar más o vamos a restringir? La sociedad debe llegar a un consenso social, la sociedad, todos los sectores de la sociedad, y que otorgue más legitimidad a las decisiones de sector. (audiencias públicas, abril 2013).

La discusión política da legitimidad a la exclusión. Emerge un definidor de aquí, una característica evidentemente política de las comprensiones de salud y enfermedad. Una primera característica al pensar los procesos de salud y enfermedad bajo el marco o el régimen de la inclusión-exclusión que supone el paradigma fiscal, no en términos de la experiencia de la enfermedad, sino a partir de su correlato económico en el sistema.

La investigación, las tecnologías, los tratamientos y su validación científica también emergen como criterios de definición de la salud y la enfermedad,

otorgando o negando su condición de enfermedades tratables o curables para el Estado, incluidas o no en los planes de servicio.

Así, la discusión legislativa busca en doble sentido estipular un marco de derecho a la salud, pero limitar sus dimensiones jurídicas actuales y así blindar la comprensión del derecho a la salud mediante un acto legislativo en el que primen aspectos económicos.

ACTORES E INTERACCIONES DEL SISTEMA DE SALUD DEFINIDOS EN LA CRISIS

Así como la centralidad de la comprensión fiscal en la búsqueda de la legitimidad del derecho, las representaciones sobre los *usuarios* están vinculadas a su capacidad de pago, a los aportes y gastos que implican para el sistema de salud. El lugar de las personas en el ámbito de los discursos con respecto al derecho a la salud y al sistema de salud denota variados significados. Se puede en ellos ser *clientes*, *usuarios*, *agentes optimizadores de beneficios* o *ciudadanos*.

Por otro lado, para tener garantía del funcionamiento financiero del sistema, el paradigma fiscal del derecho a la salud se encarga de ejercer un control ante las demandas de los usuarios al sistema de salud: los usuarios son representados como *derrochadores* de recursos, personas inconscientes que constantemente piden al Estado, abusadores del servicio.

Otra de las formas de evocarlos es como *víctimas del sistema de salud*. Este concepto designa a las personas que han tenido contacto con el estado *perverso e insostenible* del sistema, con la crisis en la prestación de servicios en la que han perdido su salud, a familiares o sus trabajos por la tortuosidad que representa en algunas ocasiones el acceso a los servicios.

El concepto víctimas de la salud contiene la cadena de significaciones relacionadas con la *lucha por el derecho.* El derecho a la salud se gana mediante el mecanismo de la tutela, esta permite definir y legitimar *vía judicial* la cobertura y el acceso en el sistema de salud que tiene repercusiones en el acceso.

Las tutelas o el POS *jurisprudencial,* es el conjunto de tratamientos que son definidos por los jueces en el ámbito jurídico. El derecho y por la tanto el acceso a los servicios de salud estuvo en manos de los jueces, que influían directamente en los recursos y las comprensiones fiscales de la salud.

Además de las implicaciones fiscales del derecho a la salud, existe un paradigma jurídico. Buena parte de lo que un sector de la sociedad colombiana ha conseguido en relación con el acceso a servicios de salud, se ha ganado

mediante el mecanismo de la tutela. Este ha sido el modo de acceso a servicios de salud y garantía de los servicios. Este acceso "irregular" a tratamientos de diversa índole por medio de acciones jurídicas hace que, como se vio, para algunos sectores inmersos en la discusión, la ley estatutaria sea una oportunidad para controlar este uso *desmedido* de la tutela, a partir de establecer límites legislativos al derecho a la salud.

Así, este trámite legislativo es visto por los sectores empresariales como la oportunidad de frenar la tendencia a definir por medio del mecanismo de la tutela los tratamientos y la atención integral de los servicios de salud, controlando de esta manera que se autoricen por vía jurídica los tratamientos que las EPS no cubren o que están excluidos del POS, y cuya prestación *desbalancea* el equilibrio financiero del sistema, lo que representa para algunos sectores la fuente de los problemas financieros de este.

Para los sectores sociales y profesionales, la problemática central del sector salud radica en la *intermediación* ejercida por las EPS. En su discurso aglomeran la representación sobre la *intermediación,* la corrupción, el *negocio de la salud* y la *integración vertical*. El papel de los intermediarios, y los casos de corrupción que se les atribuye, hacen que sea un elemento característico de los problemas del sistema de salud actual.

Las ideologías políticas de la salud implican posiciones encontradas con respecto a la función y la necesidad del modelo de intermediación. El grupo ideológico que está en contra del modelo neoliberal que rige el sistema actual vincula directamente la crisis a la intermediación ejercida por las EPS, por lo que los sectores médicos y de oposición al Gobierno exigen y ven en el proyecto de ley una oportunidad para poner fin al modelo de intermediación.

Más allá de su participación en la configuración de los problemas del sistema de salud, los actores privados piden una clara garantía de la participación que tienen en el sistema de salud, por lo tanto, proponen que es indispensable contar con su participación en el futuro del sector.

> Por sector privado no piensen ustedes que es particularmente alguna gran empresa o sector privado (…), piensen ustedes que empieza desde el médico mismo. El médico piensa, con sentido de sector privado, en la atención de sus servicios. De ahí para adelante, en cualquier relación de la cadena de salud existe una gran participación del sector privado o se puede decir que casi el noventa por ciento de los agentes que intervienen en la salud son privados. (Jaime Arias, director ejecutivo de Acemi, Audiencia pública, abril 2013).

Este apartado permite entender lo imbricando del modelo de intermediación en la totalidad de las relaciones que se establecen al interior del sistema de salud. El modelo ha causado un cambio en el paradigma médico. El paradigma privado incide en su esencia misma. Las características del ejercicio de la medicina en el período de la crisis y el control del paradigma fiscal implican que el objeto de la práctica médica se desplace de la atención del paciente a la atención de la burocracia del acto médico.

El modelo aplicado al sistema de salud *pone el acento en el control del gasto*. Debido a esto ha fundamentado su postura en la formación profesional para la prestación de salud de calidad desde su comprensión empresarial (García Álvarez , Rodríguez López y Suárez Puentes, 2011).

La cotidianidad del ejercicio médico entra a considerar algunos aspectos sobre la racionalización de los recursos, atendiendo distintas demandas: la oferta del hospital, el control interno y externo de los auditores, la racionalización de recursos y el plan de beneficios del paciente, lo que las aseguradoras han contratado con el hospital. Se considera incluso la capacidad económica del paciente para costear las cuotas moderadoras por tratamiento.

De igual forma, como el aparato fiscal del sistema pretende controlar la demanda de servicios de salud mediante cuotas moderadoras y burocracias para la negación de servicios, el contenido fiscal del derecho a la salud ejerce un control frecuente en el gasto, que afecta la labor del médico, también con muchos elementos burocráticos, lo que convierte a los médicos en "ordenadores" del gasto, limitando su práctica e incidiendo en la toma de sus decisiones.

Las restricciones en el tratamiento son un medio del control del gasto por las EPS (República del Colombia, Defensoría del Pueblo, 2007), que han supuesto que la burocracia inunde los espacios de atención, ejerciendo restricciones al ejercicio de la medicina bajo la figura del control del tratamiento y del gasto.

Las tareas administrativas representan además una dificultad adicional para el acceso a los servicios de salud, que perjudica la relación médico-paciente. La burocracia del acto médico supone los papeleos de cada tratamiento, poner esto a consideración con respecto a la efectividad del tratamiento o las necesidades del usuario de los sistemas de salud, en la decisión médica. Lo que ha dado origen a una serie de trámites e itinerarios burocráticos, nuevos componentes del ejercicio de la medicina en Colombia. "(…) Ahorita están practicando una medicina que es como más a la defensiva, no es mirando al paciente, sino como bueno ¿le pido este examen?" (Médico 2).

En algunas ocasiones las prioridades de la organización no están acordes con los objetivos del profesional frente a la atención médica. En ese sentido, las comprensiones del médico sobre los elementos propios del ejercicio de la medicina, de su autonomía médica, su deontología, sus deberes y obligaciones morales y éticas con los actores del sistema quedarán supeditadas a las prioridades de la organización.

El sistema de salud, sus elementos característicos derivados de la crisis, la comprensión fiscal del derecho a la salud y la indefinición del derecho hacen que muchos conceptos de la deontología médica entren en contradicción con elementos propios de los requerimientos fiscales del sistema de salud; siendo así, que el asunto sobre la intervención trasciende los objetivos deontológicos de la medicina, dejándolos en la ambigüedad de la crisis. Se niega el raciocinio del acto médico para estructurar una lógica de la racionalización de los recursos. Esta racionalización tiene una comprensión fija en el modelo fiscal, en el control del gasto, en la obtención y captación de recursos por las intermediadoras: es la misma que se da en otros contextos de la discusión sobre la finitud de los recursos del Estado, vinculada a la conceptualización fiscal del sistema de salud.

Los profesionales que ejercen en el sistema de salud deben tener la capacidad de autorregularse para mantener su autonomía. Sin embargo, estas profesiones están reguladas en muchos aspectos. De esta forma, la relación que se da entre la autorregulación de la práctica médica y la autonomía médica queda rota y los médicos pierden su autorregulación y, por tanto, su autonomía profesional.

Sin embargo, la pérdida de la autonomía no es un elemento característico de la crisis de la salud. Para el sector mayoritariamente reflejado, la dignidad y la autonomía, al igual que el rumbo del sistema de salud, se perdieron con la Ley 100, hace 20 años.

Las limitaciones del derecho a la salud y la cobertura del plan de beneficios son determinantes en el rumbo que tome la autonomía profesional. En ese sentido, las comprensiones sobre los límites del derecho que realizan los médicos en el ámbito del discurso político están determinadas por el respeto a la autonomía y la autorregulación de la práctica médica.

De esta manera, al estar basado el trámite del proyecto en la restricción y limitación del derecho, necesariamente se plantea restringir y regular de alguna forma la práctica médica, bajo el paradigma de la fiscalización, del

reconocimiento económico y social de la enfermedad, dejando un marco claro de comprensión de la salud y la enfermedad en su ejercicio cotidiano.

De manera que, dentro de las múltiples relaciones que se establecen en el sistema de salud, el lugar del médico está en muchos sentidos atravesado por contradicciones: por un lado, en los aspectos profesionales y deontológicos y, por otro, en aspectos laborales. La lógica neoliberal del sistema de salud riñe con principios deontológicos de brindar salud, pues en muchos sentidos se esgrimen premisas que contradicen y cuestionan la finalidad de la práctica médica. Así, el ejercicio de la medicina se ve confrontado entre y responde a diversas lógicas: mercantiles, legislativas, educativas y gremiales, que pueden llegar a ser contradictorias entre sí.

La influencia de la crisis en la configuración y percepción del ejercicio de la medicina en Colombia y el reconocimiento de la acción política de la medicina mediante el trámite legislativo, en este contexto crítico, constituyen el discurso médico. En el ámbito político pretende *definir el derecho a la salud*. Su postulación supone la *responsabilidad social y política de la medicina*. Este discurso médico-político, con respecto a la situación y en defensa de su comprensión de la salud como *derecho fundamental,* es una respuesta a las múltiples dificultades del sistema. La responsabilidad social de la medicina toma un lugar preponderante en las condiciones del actual sistema de salud.

Durante la discusión legislativa, el sector médico quiere dejar claro el rol que ha desempeñado en el estado actual del sistema y aclarar su papel en la polifonía de las comprensiones sobre las crisis, en donde se ha puesto en duda el actuar médico, como consecuencia del estado perverso e inequitativo del sistema de salud, el control ejercido en el gasto, que ha deteriorado la infraestructura y las condiciones para el ejercicio de la medicina. Así lo señala Carlos Francisco Fernández: "El desbarajuste del sistema tiene como causa la intermediación corrupta y no la falta de recursos. Y en esa intermediación no está comprometido el cuerpo médico" (abril 2013).

CONSIDERACIONES FINALES

La forma central de la crisis en los discursos políticos analizados es la indefinición del derecho a la salud, que se constituye como una de las formas lingüística de la crisis, y aglomera y dimensiona el fenómeno de abuso de interpretación del derecho a la salud. Sin embargo, la definición de la salud como derecho se reduce al reconocimiento de unos

tratamientos definidos y su correlato económico. Es así como se comprende más en relación al costo económico de la enfermedad que con respecto al costo social de la exclusión.

En este proceso de definición del derecho debe establecerse un marco jurídico y de interpretación del derecho a la salud, con la finalidad de que su definición salga de la casuística de los juzgados en la que se han decidido los servicios a los que puede acceder la población. Para muchos sectores gremiales y políticos, la ley estatutaria es una oportunidad para ampliar o limitar de forma legítima los planes de acceso a la salud, los tratamiento y por tanto las enfermedades que reconocerá el Estado.

El proceso legislativo de definición del derecho a la salud es una encrucijada política y normativa que refleja una visión reduccionista de los procesos de salud y enfermedad, cuyo núcleo esencial de derecho se fundamenta en restricciones al POS, a sus correlatos económicos, políticos, empresariales, jurídicos y fiscales, lo que construye una definición que limita el acceso real a los servicios de salud y que legitima las desigualdad social en salud.

La indefinición del derecho, esta nueva forma lingüística de expresar la crisis, que dimensiona el fenómeno de abuso de los espacios de interpretación del derecho a la salud es una manera retórica de acudir al legislativo para paliar los defectos del sistema. El uso indiscriminado del concepto "crisis" ha facilitado la permanencia del sistema actual de salud y el beneficio de unos pocos en detrimento de la salud de todos (Ardila, 2012).

Existen dos marcados extremos ideológicos de la representación que reflejan la pugna por el establecimiento de una representación hegemónica bajo la figura de la legitimidad del derecho a la salud, neutralizando las demás interpretaciones reformistas o contrarias existentes al interior del sistema: uno defendido en mayor medida por un sector de la comunidad médica y sectores civiles, y otro con un amplio contenido corporativo, empresarial, que van a determinar una tensión latente entre el discurso médico y el económico. Los contenidos encontrados en el discurso se explican en función de establecer la definición de la salud como derecho en el período de la crisis y la indefinición del derecho.

Se desea establecer el derecho a la salud mediante un proyecto de ley estatutaria, como una solución a la crisis, y salir del estado de indefinición del derecho. Esta indefinición se debe a las muchas interpretaciones que puede tomar el derecho a la salud en el sistema debido, entre otras cosas, a la falta de especificidad en la ley. Sin embargo, la discusión se tornó en una

incomprensión estratégica sobre los modos de solucionar los problemas del actual sistema de salud.

La Salud es un asunto político en cuanto es entendida como una estrategia electoral y en tanto busca la resolución de la crisis mediante el legislativo y, dado que todo asunto político es ideológico, la salud en su comprensión social y política es evidentemente ideológica. Por otra parte, el ámbito legislativo y el contexto político dotan el discurso sobre la salud de una serie de características, como las formas retóricas y algunos contenidos que se entremezclan con *la formulación del derecho a la salud*, la indefinición del derecho y la crisis en el sistema de salud. En el *contenido político* de la representación de la salud se refiere la posición sobre lo que es verídico, primero con respecto al estado actual del sistema de salud, en donde los grupos seleccionan los postulados que justifiquen su comprensión a partir de un amplio esquema de dinámicas.

La salud tiene un amplio contenido político, parte de las comprensiones ideológicas de la política y de la economía que la fundamentan, paradigma que absorbe las discusiones y propuestas sobre el sistema de salud en dos únicas posibilidades, la privatización o la estatización. Estas son las dos lógicas en las que se desarrolla la discusión política sobre el sistema de salud, en la cual se mantiene el modelo de salud actual, certificando la dialéctica ideológica, económica y política que lo estructura y mantiene.

Dicha definición debe tener implicaciones jurídicas en cuanto se define por ley la comprensión de la salud que garantiza el Estado a la población. Esta definición del derecho tiene también implicaciones fiscales al tener un correlato en las finanzas del sistema e, igualmente, conlleva implicaciones políticas en tanto la salud es una herramienta política e ideológica en la práctica médica y en el acceso a los servicios por parte de la población.

Asimismo tiene implicaciones empresariales con respecto al modelo de prestación de servicios que se basa en la salud como un bien de consumo, en una dinámica de oferta y demanda de servicios de las que una empresa debe sacar utilidades.

El contenido fiscal es trasversal a todos los discursos, y es inseparable del funcionamiento y administración del sistema de salud, aun cuando su uso será fundamental para las comprensiones del sector corporativo y empresarial. La comprensión fiscal de la salud impone un límite del derecho desde el plan de beneficios y está más cercano a las enfermedades excluidas; pues, dichas exclusiones deben ser establecidas según la participación ciudadana, pero cumpliendo con una legitimidad basada en los principios de la fiscali-

dad como la racionalización, progresividad, sostenibilidad y solidaridad, por medio de exclusiones administrativas, que suspenden el uso de la tutela, o con criterios de validez científica.

El lugar de los usuarios al igual que el del derecho a la salud es múltiple, los usuarios para algún sector deben estar orgullosos del sistema de salud, algunos son víctimas del sistema de salud, pero también son luchadores que reivindican su derecho a partir de la acción de tutela.

Los análisis permiten entender que las características del ejercicio de la medicina en el período de la crisis, y bajo el control del paradigma fiscal, implican que el objeto de la práctica médica se desplace de la atención del paciente a la atención de la burocracia del acto médico.

El discurso y el lenguaje utilizado constituyen parte de las realidades sociales y, por tanto, las contradicciones y encuentros entre las diferentes acepciones ideológicas del derecho a la salud tiene efectos, sin duda, en la vida de las personas. Ahora bien, las comprensiones sobre la salud y la enfermedad en el ámbito de la definición a partir del paradigma fiscal y la búsqueda de una legitimidad de la exclusión de salud es un panorama que niega las vivencias de la enfermedad y el reconocimiento social de enfermedad en la vida de las personas. Mientras se priman aspectos económicos y se profundiza el sufrimiento mediante aspectos administrativos, se postulan formas de validación social de la desigualdad en salud mediante algunos discursos políticos dominantes.

Las discusiones sobre el malestar, físico y también psicológico abarcan una serie de disciplinas, no solo la medicina, entre las que se encuentra la psicología. El malestar psicológico también se ve validado, revalidado, a partir de discursos políticos de la exclusión. Los profesiones que se enmarcan en el Sistema General de Seguridad Social en Salud deben plantearse preguntas sobre su rol con respecto a los elementos que componen la estructura y las configuraciones de conceptos fundamentales como la salud, que tiene una comprensión política y económica imperante y que transgreden los espacios académicos y conceptuales.

BIBLIOGRAFÍA

Abadía Barrero, C. E., Góngora Sierra, A., Melo Moreno, M. y Platarueda Vanegas, C. (2013). *Salud, normalización y capitalismo en Colombia*. Bogotá: Universidad Nacional, Universidad del Rosario, Ediciones Desde Abajo.

Abadía Barrero, C. E., Martínez, A. G., Navarrete, H. G. y Pinilla, M. Y. (2006). "En Alto Riesgo: La crisis de la salud pública en el Instituto Materno Infantil de Bogotá". *Antipoda*, pp. 199-226.

Abadía Barrero C. E. y Oviedo, D. (2009). "Bureaucratic Itineraries in Colombia. A theoretical and methodological tool to assess managed-care health care system". *Social Science & medicine.*

Abadía Barrero, C. E., Ruiz Sánchez, H. C., Ariza, K., Pinilla Alfonso, M. Y. y Melo Moreno, M. A. (2011). "Algunas Violencias del capitalismo en Colombia. Dispositivo de tortura y autodestrucción". *Maguaré*, pp. 203-240.

Abadía Barrero, C. E., Velosa, L. P., Oviedo Manrique, D. G. y Alzate, D. (2013). "Derecho lucrodestructivo: vivencias de la ideología posneoliberal en salud". En Abadía Barrero, C., A. Góngora Sierra, M. Melo Moreno y C. Platarrueda Vanegas. *Salud, normalización y capitalismo en Colombia* (pp. 233-276). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Universidad del Rosario, Ediciones Desde Abajo.

Araya Umaña, S. (2002). "Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión". *Cuaderno de Ciencias Sociales,* 127. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Flacso).

Ardila, A. (2011). *Trabajo médico y neoliberalismo en el sistema general de seguridad social en salud*. Proyecto de investigación doctoral.

Ardila, A. (2012). *La Crisis de la salud en Colombia... ¿cuál crisis?* Espacio Crítico.

Ariza Ruiz, K., Abadía Barrero, C. E. y Pinilla Alfonso, M. (2013). "La praxis del Estado Colombiano en la eliminación del Instituto de Seguro Social y del Instituto Materno Infantil. En Abadía Barrero, C. E., A. Góngora Sierra, M. Melo Moreno y C. Platarrueda Vanegas. *Salud, Normalización y capitalismo en Colombia* (pp. 441-475). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Universidad del Rosario, Ediciones Desde Abajo.

Abadía E., *et al*. (2006). "El alto riesgo: la Crisis de la salud pública en el Hospital Materno Infantil de Bogotá". *Antípoda,* n.° 3, Julio diciembre, pp. 199 226.

Defensoría del Pueblo. (2007). *Autonomía médica y su relación con la prestación de servicios de salud*. Bogotá.

García, C. (2007). "El Hospital como empresa: nuevas prácticas, nuevos trabajadores. *Psycho*, pp. 143-154.

García Álvarez, C. M., Rodríguez López, S. M. y Suárez Puentes, K. V. (2011). "Construcción de la cultura de la calidad en un hospital público a partir de la gestión humana: tensiones y paradojas". *Psychol*, pp. 841-853.

Pardo, N. (2013). "Ideología, representaciones sociales, modelos culturales y modelos mentales". Instituto de Estudios de Comunicación y Cultura, Departamento de Lingüística, Universidad Nacional de Colombia, recuperado el 21 de mayo de 2013 en: http://www.unal.edu.co/ieco/images/stories/docs/ideologiamodelosculturales.pdf

Pardo Abril, N. (2006). "Representaciones del discurso mediático: el caso de la impunidad en la prensa colombiana". *Revista Frontera*, pp. 241-254.

Perea Pérez, M. (2003). "A propósito de las representaciones sociales. Apuntes teóricos, trayectoria y actualidad. *Caudales Clacso*. Colombia.

Restrepo Zea, J. H. (2004). "¿Qué enseña la reforma colombiana sobre los mercados de salud? *Revista Gerencia y políticas de Salud*, julio, pp. 8-34.

Salazar, T. y Lourdes, M. (2007). *Representaciones sociales. Teoría e investigación*. México: Universidad de Guadalajara; Editorial Cucsh-udg.

Strauss , A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Bogotá: Contus-Editorial Universidad de Antioquia.

Uribe Gómez, M. (2009). "La dinámica de los actores en la implementación de la reforma del sistema de salud pública en Colombia: Exclusión y Resistencia". *Revista Gerencia y Salud Pública*.

Van Dijk, T. (1997). "Discurso. Signos". *Teoría y Práctica de la Educación*, pp. 66-74.

Van Dijk, T. (2005a). "Política, ideología y discurso". *Quorum Académico*, *2*(2), Julio-Diciembre, pp. 15-47. Universidad del Zulia. issn 1690-7582.

Van Dijk, T. (2005b). Discurso, conocimiento e ideología. Reformulación de viejas cuestiones y propuestas de algunas soluciones nuevas.

Van Dijk, T. (2005c). "Ideología y análisis del discurso". *Utopía y praxis latinoamericana*, pp. 9-36.

Van Dijk, T. y Mendizábal, I. R. (1999). *Análisis del discurso social y político*. Quito: Serie Pluri Minor.

Wagner, W., Hayes , N. y Flores Palacios, F. (2011). *El Discurso de lo cotidiano y el sentido común. La teoría de las representaciones sociales*. México: Anthropos Editorial.