



**PODER EN LA POLÍTICA DE SALUD COLOMBIANA:
La Sociedad Civil y la reforma a la salud de 2013.**

**Tesis de Grado como requisito para Optar al Título de:
Magíster en Política Social.**

**Por:
LUIS ANTONIO DAZA CASTILLO.**

**Asesor de Tesis:
FABIÁN RODOLFO ACOSTA PhD.
Facultad de Derecho y Ciencia Política.
Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá.**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y RELACIONES INTERNACIONALES
MAESTRÍA EN POLÍTICA SOCIAL
Bogotá, D.C.
2014.**



**PODER EN LA POLÍTICA DE SALUD COLOMBIANA:
La Sociedad Civil y la reforma a la salud de 2013.**

**Por:
LUIS ANTONIO DAZA CASTILLO.**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y RELACIONES INTERNACIONALES
MAESTRÍA EN POLÍTICA SOCIAL
Bogotá, D.C.
2014.**

*Dedico este trabajo de investigación a mi
amada Adriana Rocío Pedraza
Hernández, sin su motivación, sin su amor
y sin su apoyo, este trabajo no hubiese
sido posible de lograr.*

*También es este trabajo un tributo
personal a la memoria de Héctor Abad
Gómez, quien aunque hoy día no esté de
cuerpo entre nosotros, su voz, sus ideas, su
luz y su pensamiento viven con fuerza, y
llenan con sabiduría mi ser y mi quehacer
en la sociedad.*

*A mis Profesores Fabián Acosta & Román
Vega Romero, a mi familia, a mis colegas,
a los pacientes y usuarios de los servicios
de salud en Colombia.*

TABLA DE CONTENIDOS.

	pág.
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.	1
2. CONTEXTO.	3
3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.	7
4. JUSTIFICACIÓN.	8
5. OBJETIVOS.	9
5.1 OBJETIVO GENERAL.	9
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	9
6. ANTECEDENTES Y ESTADO DEL ARTE.	10
6.1. ANTECEDENTES Y CONTEXTO SOCIO-POLÍTICO DEL ESTUDIO.	10
6.2. ESTADO DEL ARTE.	21
7. MARCO TEÓRICO.	28
7.1 DEFINICIONES SOBRE EL PODER.	28
7.2 MARCOS PARA EL ANÁLISIS DE LAS RELACIONES DE PODER EN LA POLÍTICA EN SALUD COLOMBIANA.	36
7.3 PODER & POLÍTICA DE SALUD DESDE GILL WALT.	38
7.4 ETAPAS DEL POLICY CYCLE DE INTERÉS EN LA POLÍTICA EN SALUD.	40
8. ESTRATEGIA METODOLÓGICA.	
8.1 TIPO DE ESTUDIO.	44
8.2 DISEÑO MUESTRAL.	46
8.3 UNIDAD DE ANÁLISIS.	48

8.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS DE LA ETNOGRAFÍA.	49
8.5 ETAPAS DE LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS.	50
9. RESULTADOS.	
9.1 FORMAS DEL “PODER” & DEL “NO PODER”.	54
9.2 INTERESES SOCIOECONÓMICOS Y SALUD.	68
9.3 FORMAS DE PARTICIPACIÓN.	76
9.4 LA PARTICIPACIÓN COMO PODER.	83
10. SÍNTESIS DE HALLAZGOS ACERCA DEL PODER EN LA POLÍTICA DE SALUD.	89
11. RECOMENDACIONES.	94
12. BIBLIOGRAFÍA.	96
ANEXOS.	107

LISTA DE ILUSTRACIONES.

	pág.
Ilustración No. 1. Triangulo para el Análisis de Políticas en Salud.	39
Ilustración No.2. Ciclo de las Políticas Públicas.	41
Ilustración No. 3: Incentivos que determinan el Poder en las Políticas de Salud.	92

LISTA DE TABLAS.

	pág.
Tabla 1. Diferencias entre las propuestas del Proyecto de Ley Ordinaria para la Salud.	19
Tabla 2. Artículos encontrados para el Estado del Arte “Relaciones de Poder & Salud”.	23 y 24.

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

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 Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual se basa en la competencia regulada entre diversos actores público – privados los cuales fueron en ese año armonizados para la organización del aseguramiento y prestación del servicio de salud en base a dos sub-sistemas coexistentes:

- El Sistema General de Seguridad Social en Salud (el cual se sub-divide en Régimen Subsidiado y Régimen Contributivo).
- El Sistema privado de seguros voluntarios (Medicina Prepagada).

Sin embargo, con el cambio en el modelo (toda vez que se pasó de un sistema asegurador centralizado en el ISS, a un híbrido entre los modelos asegurador, prestador y financiador), ante estos cambios en la forma de financiación (de una financiación de la oferta se paso a una financiación a la demanda), así como ante la multiplicidad de actores (entre administradores, prestadores y pagadores) los usuarios así como los académicos entre otros hicieron manifiesta la multiplicidad de barreras de acceso, y problemas de aseguramiento, de garantía de la equidad, y de financiación del Sistema (Yepes, J.F; *et al.* 2010).

Estos fallos estructurales del Sistema, tanto de regulación y distribución de la salud, así como su financiación e inclusión de beneficios, llevaron a que los actores intermedios en la cadena de servicio en salud (las EPS) llevaran a ejecutar negaciones sistemáticas de los servicios, obligando en ultimas a los pacientes a utilizar el recurso de Acción de Tutela para defender su derecho a la salud ampliamente vulnerado por el mismo Sistema de Salud (Defensoria del Pueblo, 2012).

Es esta situación la que lleva a la sociedad civil a manifestar públicamente sus reclamos y críticas, así como sus propuestas en relación al 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 a 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 de la Protección Social al Congreso, en donde los diversos actores de la sociedad civil han sido de una u otra forma incluidos¹ en las discusiones, a través de proyectos de ley alternativos² al Oficial, sin embargo, los puntos de la agenda y el grado de incidencia política que tiene la sociedad civil para con el desarrollo de la política pública de salud no han sido del todo inclusivo, ni han garantizado formas de participación para todos los actores del sistema en igualdad de condiciones.

Este proceso de reforma no ha contado con la aprobación de los ciudadanos, como deja ver una encuesta realizada por la Firma IPSOS-Napoleón Franco (2013)³, en donde se identifica que el 66% de los colombianos desaprueba la gestión pública del gobierno sobre la Salud; y que un 41% de los encuestados se siente insatisfecho con el trabajo del Dr. Alejandro Gaviria al frente de la cartera de Salud.

Es evidente que en el trámite de la reforma a la salud influyen intereses de determinados sectores sobre el articulado de los proyectos de ley, estos intereses son de tipo político, ideológico y del derecho sobre el alcance de la legislación en salud. Resulta problemático identificar las relaciones de poder dadas entre los diversos actores que participan en torno a la construcción de la reforma a la salud en 2013, sus lógicas, sus mecanismos, y sus dispositivos de poder, los cuales determinan el alcance y los intereses políticos, económicos y sociales que tiene cada actor, y cada grupo de interés sobre el proyecto de reforma.

¹ Puede consultarse el Anexo 2 para evidenciar el cronograma de reuniones de participación organizadas por la Comisión Séptima del Senado de la república, para los diversos actores que tienen relación con el sistema de Salud.

² En el Anexo 2 pueden consultarse el curso legislativo de los diversos proyectos de ley relacionados con la Reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

³ “Gestión de Ministros” En: Colombia Opina 2013-2 La Gran Encuesta – Medición 8. Tercer año de Santos. Bogotá DC: IPSOS-Napoleón Franco. Fecha de la Encuesta: Julio 31 de 2013. 73 págs.

2. CONTEXTO.

El proceso de reformas a la salud en Colombia viene ejecutándose desde la década de los años noventa, como parte de una política multilateral dirigida desde el Fondo Monetario Internacional, 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 (Ahumada, 1998):

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

En opinión de Consuelo Ahumada (1998), esta aplicación de la política neoliberal tiene lugar en un momento en el que América Latina (y específicamente Colombia) se encuentran en un momento de crisis económica y social. Solamente para 1997, Colombia debía por concepto de Deuda Externa 31.147 millones de dólares, dicha deuda predetermino, justifico y fortaleció la influencia y el poder de las instituciones financieras internacionales sobre los procesos políticos y económicos de Colombia.

Los impactos de dicha apertura y del mencionado modelo neoliberal han llevado al menoscabo de la rentabilidad y del progreso de la industria nacional, así como 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 Romero, R; & Jara, MI. 2002):

1. Fomentar entornos económicos que le permitan a cada unidad familiar mejorar su nivel de salud.

2. 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 de servicios de salud de bajo costo.
3. Fomentar la participación del sector privado y de la libre competencia, en la provisión de los servicios de salud.

El Banco Mundial justifica 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 permita 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 en términos de 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 R. 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. En tanto se afianza en Colombia el modelo neoliberal de la seguridad social, la salud en el país y en sus regiones apartadas, cada vez alcanza niveles mayores de ineficiencia y precariedad.

El modelo neoliberal terminó así por transformar la forma en que tradicionalmente se desarrollaba la política pública, convirtiendo al Estado productor, en uno solamente 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, dicho neoliberalismo, como demuestra Rodríguez Bernal, A (2007), ha sido sistemático y continuo durante los últimos tres más recientes gobiernos de Colombia.

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

El impacto negativo de la política neoliberal sobre el desarrollo de la economía y de la sociedad da lugar al desempleo, a las desigualdades sociales y nuevas formas de pobreza (Navarro, V. 2002). El grado de inseguridad y de desprotección sociales al que induce el neoliberalismo, deja en una posición vulnerable y desigual a las clases sociales que carecen de poder hegemónico y de statu quo, frente a los progresos de otras clases más privilegiadas.

La ideología Neoliberal, junto a la lógica e intereses de la globalización, ejercen también un impacto negativo sobre la política en salud, Gill Walt (2001) comprueba desde la teoría y desde la evidencia la forma en que una organización neoliberal de la sociedad, impacta tanto la salud de los individuos como la salud de los colectivos. Así, la globalización entendida como el flujo de información, de bienes, de capital, y de personas más allá de las fronteras políticas y económicas, ha generado una mayor proximidad a las relaciones humanas en todos los niveles, tanto a nivel económico, social, político y cultural; a su vez, la globalización ha permeado las esferas de lo espacial, lo temporal y lo cognitivo. Los alcances de la globalización fomentan cambios en la economía al incrementar la volatilidad financiera, las formas de marginalización e inseguridad laboral, incrementan las brechas entre ricos y pobres, y con ello, incrementan las brechas en salud para las personas.

Debe enunciarse las dinámicas con las que la lógica neoliberal se afianza en el mundo, dicha lógica obedece a la estrategia antes descrita como globalización. Coburn Y Cols. (2007) en un análisis de las desigualdades en salud en que deriva la organización neoliberal

del mundo globalizado (en el que mientras unos pocos ricos mantienen longevas expectativas de vida, los más pobres no consiguen tener vidas tan longevas como la de los primeros); identifica en últimas la forma en que se producen diferencias en la expectativa de vida, en las oportunidades, garantías y calidades en salud. Sería este un mundo distinto si el valor agregado producto de la economía nacional e internacional se invirtiera en los diversos determinantes de la salud, los cuales no son siempre reconocidos en la gestión de la política social en salud. Una de las mayores críticas que se hace al neoliberalismo, es sobre su interés en negar la relación existente entre la economía, la política, el desarrollo social y la salud.

Vincular el impacto económico y social que tiene el Neoliberalismo sobre la salud, es útil al 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, V. 2010).

De este modo los diversos actores dentro del Sistema de Salud se encuentran articulados de una u otra forma, dentro de alguna lógica 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 para Colombia, que se determina y configura el proyecto de reforma a la salud de 2013.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

- ¿Cuáles son las relaciones de poder dadas entre los actores políticos y sociales que participan en la agenda así como en el desarrollo de la reforma a la política de salud para Colombia en el año 2013?

4. JUSTIFICACIÓN.

Tras la ejecución de las políticas de salud de corte neoliberal, determinadas a partir de las recomendaciones de agencias multilaterales (Banco Mundial), se ha estructurado una legislación en salud que determina oportunidades para algunos y desventajas para otros en materia del goce efectivo de la salud, y del acceso al Sistema de Salud *per se*. La reforma a la Salud dada en 1993 estructuró diferencias evitables entre sectores desiguales de la sociedad, es decir, estructuran inequidades y desigualdades en salud que se agravan e incrementan brechas sociales y económicas históricas entre los colombianos (Vega Romero, R; & Jara, MI. 2002).

Tras dos décadas de la reforma a la salud en Colombia se han hecho visibles actores sociales con influencia y capacidad de presión (como son las Asociaciones de Usuarios, las Asociaciones de Pacientes; Grupos de Académicos, sectores políticos del Congreso Nacional, líderes sociales y comunales, entre otros), quienes han venido instaurado reclamos y llamados hacia el desarrollo colectivo de una política de salud basada en principios reales y prácticos de igualdad, justicia y de equidad.

Resulta de interés a esta investigación, explorar las relaciones de poder que se configuran en la inclusión de temas en la agenda pública en salud, así como en la redacción y diseño de los proyectos de ley reglamentarios de una nueva reforma a la política de salud, para con ello lograr explicar los mecanismos por los cuales las relaciones de poder determinan el alcance y participación que cada grupo de interés tiene en el debate en torno a la reforma a la salud realizada en el Congreso de la República para el año 2013.

Se espera con este estudio lograr identificar las relaciones de poder que se configuran para los grupos de interés en política de salud, que les permitan aproximarse y desarrollar alianzas y consensos que se traduzcan en un equilibrio de fuerzas, para que sea posible el desarrollo y la construcción colectiva de una política pública y social de la salud en Colombia incluyente y vinculante.

5. OBJETIVOS.

5.1 OBJETIVO GENERAL.

- 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 el año 2013.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Explorar las relaciones de poder para algunos de los actores de la sociedad civil con intereses sobre el desarrollo de la política de salud en Colombia.
- Explorar las relaciones de poder para algunos de los actores e intermediarios de la industria de la salud con intereses sobre el desarrollo de la política de salud en Colombia.
- Explorar las experiencias de poder para algunos de los actores del Gobierno Nacional con intereses sobre el desarrollo de la política de salud en Colombia.

6. ANTECEDENTES Y ESTADO DEL ARTE.

6.1. ANTECEDENTES Y CONTEXTO SOCIO-POLÍTICO DEL ESTUDIO.

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 una nueva reforma al Sistema de Salud Colombiano, en consideración de los fracasos y del alcance paliativo de procesos previos de corte similar como fueron:

- a.** La Ley 1122 de 2007⁴.
- b.** Los decretos de Emergencia Social emanados del Gobierno Nacional en 2010⁵.
- c.** La Ley 1438 de 2011⁶.

⁴ Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), específicamente en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud.

⁵ Los decretos de emergencia social fueron en su orden:

- Decreto 126 de 2010 (inspección, vigilancia y control para la lucha contra la corrupción dentro del sistema de salud).
- Decreto 127 de 2010 (Fija un IVA adicional a la cerveza para financiar los servicios No POS).
- Decreto 128 de 2010 (Define la prestación de los servicios No POS como servicios de salud extraordinarios, que deben ser autorizados por un comité técnico).
- Decreto 129 de 2010 (Controla la evasión y la elusión en las cotizaciones, de empleadores y trabajadores).
- Decreto 130 de 2010 (Dicta disposiciones frente a los juegos de suerte y azar; Establece normas sobre giros directos a los fondos de salud seccionales por parte de los juegos de azar).
- Decreto 131 de 2010 (Crea el sistema técnico científico en salud, cuyo fin es el de la producción de conocimiento para la prestación del servicio público de salud en condiciones estandarizadas).
- Decreto 132 de 2010 (Fija pautas para optimizar el flujo de recursos del régimen subsidiado de salud).
- Decreto 133 de 2010 (Fija medidas para mejorar el flujo de recursos entre pagadores y prestadores del servicio de salud).
- Decreto 134 de 2010 (Adiciona al presupuesto de rentas y recursos de capital con destinación a la subcuenta ECAT del FOSYGA).
- Decreto 135 de 2010 (Se distribuye hasta el 30 por ciento de los recursos del Fondo para el desarrollo institucional de una política nacional de reducción del consumo de sustancias psicoactivas).

⁶ Por medio de la cual se reforma el SGSSS, específicamente para implementar el Modelo de Atención primaria en Salud, así como para poder unificar los planes de beneficios de toda la población afiliada en un marco de sostenibilidad financiera.

Debe aclararse aquí que en la mayoría de estas legislaciones que pretendieron dar mejoras a fallos estructurales de la Ley 100 de 1993 no fomentaron la participación de los usuarios representados a través de las Asociaciones de Usuarios.

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 cual quienes se encuentran en mayor situación de desventaja social, le consideran como pieza clave en la estructuración y determinación de situaciones de inequidad y de regulares niveles de salud para la población colombiana.

Yepes L, F (2010) señaló los contenidos de la Ley 100/93 que inciden negativamente sobre el grado de eficiencia y de equidad del sistema de salud, los cuales se abrevian a continuación:

1. Esta ley no concibió a la salud desde un enfoque integral y comprehensivo de sus determinantes sociales.
2. Su enfoque asegurador del riesgo individual y personal de las personas prioriza la atención de la enfermedad y deja en segundo plano las actividades de fomento de la salud y de prevención de la enfermedad a las cuales la Ley llamó: Plan de Atención Básica.
3. El Ministerio de Salud y Protección Social ha venido ejerciendo con debilidad su rol de actor vocero y rector de la salud en Colombia, así la mayor demostración de tal debilitamiento es la participación de la Corte Constitucional en la reglamentación y desarrollo de la política de salud pública en el país (mediante sus autos y sentencias promulgadas en 2008)⁷.

⁷ La Corte Constitucional tras la revisión de 22 acciones de tutela instauradas por colombianas y colombianos, todas relacionadas con la vulneración del Derecho a la Salud, emitió la Sentencia T – 760 de 2008, con el fin de conciliar las inconsistencias presentadas la organización y prestación de los servicios de salud en Colombia, y el cumplimiento constitucional de proteger el derecho a la salud de los colombianos.

4. Las deficiencias del Sistema para emitir información con confiabilidad y oportunidad tanto de la población afiliada, así como del reporte epidemiológico de las enfermedades de interés en salud pública ha sido regular, con evidencia de sub-registros, situación esta que ha incidido negativamente en la administración de la salud, y en la gestión de los servicios de salud para la población colombiana.
5. El Ministerio de Salud en su gestión para unificar los Planes Obligatorios de Servicios tanto del Régimen Subsidiado como del Contributivo, han denotado improvisación, escasa fundamentación técnica del proceso, y escasa transparencia en el desarrollo de la ampliación de estos beneficios en consideración de las necesidades de los usuarios afiliados al Sistema de Salud.
6. Esta ley configuro a la salud desde una lógica de mercado, donde dimensiones como la oferta / demanda del servicio entran a determinar las formas de facturación y los tipos de incentivos financieros que dejen a quienes participan como intermediadores y/o administradores de la Salud alguna renta o valor económico agregado.
7. La lógica fomentadora de incentivos financieros a los intermediarios, en conjunción con los escasos controles a la facturación y ejecución del presupuesto para la salud, llevaron a que el sistema de salud colombiano sea uno de muy mala calidad.
8. El tipo de atención en salud que reciben las personas del régimen contributivo, en comparación a las del subsidiado, configura alcances y formas diferentes de garantía del derecho a la salud tanto para unos como para los otros. Ya que como cita Vega Romero (2002):

“Los usuarios pobres del Sistema de Salud, a quienes se les provee de salud por la vía de los subsidios terminan siendo excluidos, así el trato y la oferta de los servicios de salud para ellos es desigual, y con ello se generan riesgos para la salud y para la vida toda vez que restringen y atentan contra la oportunidad y la calidad en la atención para esta población en las situaciones cuando más la requieran”

Tras veinte años de diseñada, propuesta y defendida la Ley 100 de 1993 por el Gobierno Nacional, las instituciones financieras, los gremios del sector privado, con el respaldo político de los partidos tradicionales como son el Liberal y el Conservador (Vega & Jara, 2002), llevó a que algunos actores se organizaran y manifestaran sus preocupaciones e inconformidades asociadas a la implementación de las sucesivas reformas de corte neoliberal aplicadas a la salud en Colombia durante los años 1995 a 2003 (Uribe, M. 2009).

La lógica neoliberal aplicada al Sistema de Salud Colombiano mantuvo la estructura desigual y fragmentada de la sociedad colombiana, estableció modos distintos de salud así: uno para los pobres, otro para los trabajadores, y otro para quienes pueden pagar por un plan complementario (Adaptado de Yepes, J.F; *et al.* 2010).

A su vez el Ministerio de la Protección Social para 1995 perdió su capacidad de liderazgo, permitiendo con ello el aumento de la inherencia y del poder de opinión y de participación sobre la política de salud por parte de otros actores.

Es de resaltar, que por ver primera, el gremio médico se organizó y bajo la el titulo de Gran Junta Médica Nacional (Compuesta por Academia Nacional de Medicina, Federación Médica Colombiana, Asociación de Sociedades Científicas, Asociación Médica Sindical ASMEDAS, la Asociación Nacional de Médicos Internos y Residentes ANIR y el Colegio Médico Colombiano), se propuso un marco de ley nuevo, que permitiese estructurar un sistema de salud eficaz, integral, de enfoque en la garantía del derecho (Sánchez Torres, F. 2012).

De otro lado, estudios como el realizado por Mauricio Santa María para Fedesarrollo, permitió hacer evidente el hecho de que los avances en materia de gestión del Sistema de Salud Colombiano, los resultados son diversos así (Santa María, M. 2011):

- Son evidentes los impactos positivos en cuanto a cobertura y aseguramiento a nivel departamental y territorial.

- La ampliación de la cobertura está determinada por la eficiencia de los recursos distribuidos.
- Los recobros al Plan Obligatorio de Salud (POS), ponen en riesgo la viabilidad financiera del sistema de salud.
- Nuevas formas de financiación al sistema deberán provenir de recursos del Estado, toda vez que es inviable gravar con impuestos al ciudadano empleado y cotizante.

Este marco técnico hizo visible los aportes que la Ley 100 dio al Sistema, y las oportunidades de mejora que este presenta, a partir de allí es que se presentan diversas visiones sobre la organización y la administración de la salud, así como se configuran también diversas relaciones de poder que se configuraban en las instancias de decisión sobre la política de salud, surgieron diversas formas de organización conformadas por actores hasta ahora no activos ni partícipes de la política en salud. Tal es el caso de las asociaciones de usuarios, las veedurías ciudadanas, los académicos, las organizaciones indígenas, el gremio de los secretarios municipales de salud, y la organización del Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social (Uribe, M. 2009).

Borrero y Cols. (2011), señalan la forma en que la reforma al sistema de salud en Colombia tradicionalmente ha suscitado debates, formas de demanda, protestas y acciones colectivas, organizadas por actores colectivos antes no protagónicos, que desean ser escuchados en la construcción de la política pública de salud.

Pese a los esfuerzos de estos actores colectivos, sus luchas y sus voces han perdurado invisibles tanto para la clase política, como para los medios de comunicación responsables de difundir los temas de mayor importancia en la agenda social de gobierno. Estas investigadoras han identificado tras una revisión documental, que las voces más destacadas de los actores colectivos durante los gobiernos de Andrés Pastrana y de Álvaro Uribe, han sido las de los líderes sindicales, los estudiantes, los campesinos y los indígenas, y con el tiempo han cobrado fuerza y visibilidad los subempleados, las madres comunitarias, los desplazados, la población carcelaria y desmovilizada del conflicto armado (Borrero y Cols, 2011).

Las luchas de estos actores colectivos están circunscritas en el contexto de la globalización y de la reforma del Estado y de la política pública. Analizar sus dinámicas resulta ser difícil dadas las complejidades estructurales de su interacción, las cuales denotan alianzas, rupturas, conflictos, cooperación con las élites, cooperación con el Estado; así como discursos de lucha; y formulaciones de política pública tanto generadora de inconformidad así como detonadora de la protesta, y de movilización social.

Debe señalarse que esta dinámica de roles entre actores en torno a la política de salud, y de nuevos actores colectivos con opinión y acción dentro de las relaciones propias al desarrollo de su reestructuración. Ello puede identificarse en la injerencia que sobre el proceso ha tenido la Corte Constitucional de Colombia, la cual tras la promulgación de la Sentencia T-760 de 2008, consiguió crear conciencia en la sociedad colombiana sobre la importancia que tiene la salud, su organización y su prestación, como un derecho fundamental que esta conexo con el bienestar, la dignidad y la calidad de vida de las personas.

La Corte con las sentencias antes citadas, consiguió asignar al Estado y a los demás actores responsabilidades y competencias; a su vez estableció las bases para superar las ambigüedades de la Ley 100/93, reconoció también los límites del mercado dentro de la distribución de la salud, en una clara defensa del derecho a la salud (Doctorado Interfacultades en Salud Pública, UNAL. 2010).

Ante los fallos de la lógica de mercado para la salud, el Gobierno Nacional impulso en 2010 a través de la promulgación de decretos, el establecimiento del estado de emergencia social para la salud, marco a través del cual el Ejecutivo pretendía racionar el gasto en salud, optimizar los recursos, y evitar la desfinanciación del sistema.

Sobre estos decretos la sociedad civil se manifestó a través de masivas movilizaciones en las cuales la protesta aludía a la incongruencia que significa por un lado, el llamado de alerta del Estado sobre el riesgo de desfinanciación del sistema de salud, y por el otro

crecimientos económicos de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) del margen del 108.5%, en 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 (Boletín U-235 *In memoriam*, 2010).

Para algunos académicos, políticos y periodistas, el texto de la Ley 1438 de 2011 pretendió conseguir lo que los decretos de Emergencia Social no, el contenido de esta ley suscitó conflictos tanto en los intereses, como de la visión que tienen los colombianos acerca de su país en el futuro; en esta particular normativa es posible leer entre líneas la forma en esta es producto de la negociación dada entre el Gobierno, los gremios, los medios y los grupos de opinión, lo cual deja dudas sobre la relevancia e importancia que los proponentes de cada ley dieron a temas de gran trascendencia que deberían estar por encima a cualquier negociación, tales como:

- El aseguramiento de las personas sin capacidad de pago.
- La aplicación y el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria en Salud.
- La estricta sanción de aquellas conductas que atenten contra el Sistema de Salud (Corrupción).
- El desarrollo de una política farmacéutica de control del precio, y del gasto en medicamentos y nuevas tecnologías.

Es con estos antecedentes que el Gobierno de Juan Manuel Santos, en franca comunión con el esquema y la lógica mercantil de la Ley 100 de 1993, plantea reformar la actual Legislación en Salud con el fin de hacer viable y sostenible financieramente el Sistema, pero con el trasfondo de mantener, ajustar y radicalizar el actual modelo de salud, un modelo que mantiene la intermediación y los sobrecostos a la salud.

A partir de allí, en aras de enfrentar y proponer alternativas a nuevas legislaciones de corte economicista y mercantilista, que vulneren y restrinjan aún más el goce efectivo del derecho a la salud, es que se organizan actores colectivos para dar seguimiento a la Sentencia T – 760 de la Corte Constitucional, impulsando así en 2012 y 2013 el

movimiento “Octava Papeleta. Voz y Voto por tus Derechos”, para hacer manifiesta la relevancia e importancia de la salud como derecho fundamental.

A su vez se organizaron nuevos actores preponderantes lo como es la Alianza Nacional por la Salud – ANSA, con el fin de proponer un modelo alternativo de salud, para construir como colectivo una propuesta de cambio estructural de salud, eficaz, eficiente, de fuerte control y fuerte gobernanza, que legitime la salud como derecho y que garantice su amplia y mayor satisfacción (ENS, 2012).

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

1. El reconocimiento de la salud como derecho humano fundamental y no como negocio.
2. El rol del Estado como garante del derecho a la salud.
3. La atención integral a la salud, sin paquetes de beneficios; con una visión amplia de salud pública.
4. 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.
5. La eliminación de la intermediación financiera con ánimo de lucro.
6. La creación de un sistema único descentralizado de seguridad social en salud.
7. El financiamiento público de la salud.
8. El fomento de una efectiva participación social en la formulación de las políticas de salud (con énfasis sobre el funcionamiento, vigilancia, veeduría y evaluación del sistema).
9. El reconocimiento del carácter multideterminado de la salud, que obliga a la coherencia de la política de salud, junto a otras como son la económica, fiscal, de educación, vivienda, empleo, tierras, alimentación, información, ciencia y tecnología, entre otras. (Torres T, M. 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 No. 233 (Hernández A, M. 2012); un mes antes (Marzo de 2013), el gobierno colombiano en cabeza del Ministro de la Protección Social, Dr. Alejandro Gaviria, presentó al Congreso un Proyecto de Ley Estatutaria que reglamenta el derecho fundamental a la salud; a su vez, presentó otro Proyecto de Ley Ordinaria que reformaría la ley 100 de 1993 (Hernández Álvarez, M. 2013). Estos dos proyectos de Ley fueron acumulados en uno solo por la Comisión Séptima del Senado en Mayo de 2013 (Ver Anexo 2).

Por su parte las propuestas de gobierno constituyen grandes diferencias en cuanto al alcance y la lógica de la salud, en la perspectiva de la Sociedad Civil organizada bajo la ANSA. Las divergencias entre los proyectos de Ley presentados tanto por la ANSA, así como por el gobierno se resumen en la Tabla 1.

Entre las muchas críticas a la propuesta del Gobierno, la más grave fue aquella por la cual el Gobierno no cambia la lógica financiera de la Salud en Colombia, ya que solamente 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 al déficit presupuestal del sistema de salud. La propuesta final del Ministerio de la Protección Social fue radicada en el Congreso de la República el día 19 de Marzo de 2013.

En síntesis esta propuesta de reforma a la salud manifiesta a través de la Ley Estatutaria, introduce nuevas lógicas al actual sistema de salud:

1. Crea una Entidad pública de naturaleza especial, descentralizada, de autonomía administrativa, financiera y presupuestal, que afiliará directamente al sistema a los usuarios (Fondo Salud Mía).

Tabla 1. Diferencias entre las propuestas del Proyecto de Ley Ordinaria para la Salud.

	PROPUESTA SOCIEDAD CIVIL	PROPUESTA 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 (GSS), presentando carnet y de acuerdo a 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, proteger y respetar 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 GSS, 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 GSS. Poca claridad acerca de la vigilancia y 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 la capacidad para controlar el sistema y para orientar la política del sector. Persisten los incentivos económicos (Las decisiones financieras dependen de los resultados).

Fuente: Manifiesto Público de la Alianza Nacional por un Nuevo Modelo de Salud – ANSA, 2013.

2. Amplia el plan de beneficios por un plan integral que reduzca la llamada zona gris y disminuya la proliferación de tutelas, lo que en la práctica constituye una lista de acceso a servicios, medicamentos y tecnologías, pero no considera un plan ilimitado de servicios en salud.
3. Cambia a las EPS de administradoras a gestoras de la atención básica y especializada con énfasis territorial (bajo redes organizadas de prestadores en el territorio nacional).

4. Le da a la Supersalud mayores y mejores instrumentos de control.

Para el día 20 de junio de 2013 (casi tres meses después y tras dificultades como falta de quórum, 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 contemplo los alcances sociales del derecho a la salud propuestos por la ANSA, por el contrario mantuvo los intereses del Gobierno. Entre las críticas al Proyecto de Ley aprobado se incluyen:

- La adopción para la salud del principio de sostenibilidad fiscal (lo que limita el alcance del Plan de Beneficios, y el derecho mismo).
- Garantiza la permanencia de las EPS como intermediarias, así ya no administren el recurso.
- Genera un nuevo actor con poder financiero: los Gestores en Salud.
- Mantiene formas que en la práctica constituyen barreras de acceso como son el pago obligatorio de copagos y cuotas moderadoras.
- Las nuevas acciones en la gestión del recurso (Fondo Único – Salud Mía y la acción de los Gestores en Salud), no resuelven los pasivos prestacionales y financieros de los Hospitales Públicos.
- No hace aportes hacia un sistema de salud que fomente la promoción de la salud, y la prevención de la enfermedad.
- No da luces sobre una mejora o control a la corrupción de los intermediarios en la administración del recurso en salud.
- No devuelve al estado legitimidad y gobernanza sobre el Sistema de Salud, al trasladar el poder de decisión y de gestión de las EPS a los Gestores de Salud.
- La reforma lograda por el Gobierno no resuelve asuntos sustanciales como son: 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.

- Mantiene la lógica de incentivos financieros tanto para Hospitales, Clínicas, Gestores, enfocados en la costo-efectividad y el razonamiento en el gasto, y la acumulación de capital en salud en forma de reservas (ANSA, 2013).

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 lleva a la práctica las lógicas y visiones que el Gobierno da a la salud.

Dado que la propuesta de ley de la Alianza Nacional por la Salud (ANSA) fue acumulada el 29 de Mayo de 2013, los actores del Sistema de Salud afines a la ANSA mediante un Manifiesto Público fechado en Octubre 29 de 2013, manifiestan el rechazo al Proyecto de Ley aprobado el cual mantiene los postulados del Ejecutivo, y desatiende la solicitud de los voceros de la ANSA por la cual reclaman la eliminación de la intermediación financiera dentro del sistema, considerando como ilegítimo al 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 al desarrollo de la salud en Colombia. Es en este escenario en que se desarrolla este estudio.

6.2. ESTADO DEL ARTE.

Para identificar el grado de exploración y estudio desarrollado en Colombia sobre la política en salud y las relaciones de poder se desarrollo una revisión de la literatura asociada al fenómeno de interés, (empleando los motores de búsqueda de la información de las bibliotecas de la Pontificia Universidad Javeriana, de la Universidad Nacional de Colombia, y de la Universidad de los Andes).

Para esta búsqueda se utilizaron los descriptores: SALUD, PODER, y COLOMBIA; a su vez, se utilizó el operador booleano: AND (&), para correlacionar en la búsqueda todas las palabras clave; además se seleccionó buscar solo artículos escritos en español. Una vez obtenidos los resultados de la búsqueda, se seleccionaron solamente aquellos que tuviesen

en su texto relacionando estos descriptores, así como tras la lectura de su abstract, permitieran inferir relación alguna con el tema de interés.

Fueron leídos en su totalidad aquellos artículos con *full text*, que cumplieran con las condiciones antes señaladas, en la Tabla 2 se relacionan en síntesis los artículos encontrados para el desarrollo del Estado del Arte.

Es evidente que del año 2000 al 2013, la investigación y la producción de artículos referentes a las relaciones de poder en el desarrollo de la política en salud, han contemplado diversas categorías y enfoques de análisis, sin embargo tras la lectura de los artículos hallados, ninguno de ellos se ha enfocado a estudiar en profundidad al fenómeno del poder en la salud, los estudios encontrados tangencialmente abordan la problemática, pero no indagan sobre sus complejidades.

Tabla 2. Artículos encontrados para el Estado del Arte “Relaciones de Poder & Salud”.

Artículos encontrados “Relaciones de Poder & Salud”					
No	TITULO	AUTOR(ES)	REVISTA	TIPO DE DISEÑO	AÑO
1.	¡Pensar El Derecho a la Salud en Colombia Hoy!	Baena Giraldo, A.	Material Inédito.	Ensayo producto de revisión bibliográfica.	n.d.
2.	La Reforma de los Sistemas de Salud en Chile y Colombia: Resultados y Balance.	Granados Toraño, R; & Gómez Montoya, MC.	Revista Salud Pública. 2 (2).	Ensayo producto de revisión bibliográfica.	2000
3.	Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia.	Hernández, M.	Cadernos de Saúde Pública. 18 (4).	Ensayo producto de revisión bibliográfica.	2002
4.	Participación Comunitaria y Control Social en el Sistema de Salud.	Arévalo, DA.	Revista Salud Pública. 6 (2).	Ensayo producto de revisión bibliográfica.	2004
5.	Anatomía de la cadena de prestación de salud en Colombia en el régimen Contributivo.	Gorbaneff, Y; Torres, S; & Contreras, N.	INNOVAR, revista de ciencias administrativas y sociales.	Estudio de Casos.	2004.
6.	Participación social en salud: conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en Colombia. Una mirada cualitativa.	Delgado Gallego, ME; Vázquez Navarrete, ML; Zapata Bermúdez, Y; & Hernán García, M.	Revista Española de Salud Pública. 79 (6)	Grupos focales y entrevistas individuales semi-estructuradas.	2005
7.	Conocimientos, Opiniones y Experiencias con la Aplicación de las Políticas de Participación en Salud en Colombia.	Delgado Gallego, ME; & Vázquez Navarrete, ML.	Revista Salud Pública. 8 (3).	Técnica mixta: Encuesta y desarrollo de Grupos Focales.	2006
8.	Intersubjetividades estructuradas: la salud en Colombia como dilema epistemológico y político para las Ciencias Sociales.	Abadía Barrero, CE; & Oviedo Manríque, DG.	Universitas Humanistica. No. 66	Fenomenología, Etnografía.	2008
9.	Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia	Echeverry, O.	Revista Panam. Salud Pública. 24 (3).	Ensayo de opinión y análisis.	2008

Fuente: Elaboración Propia.

Artículos encontrados "Relaciones de Poder & Salud" (cont.)					
No	TITULO	AUTOR(ES)	REVISTA	TIPO DE DISEÑO	AÑO
10.	Fuentes de poder de las aseguradoras frente a las prestadoras hospitalarias en el sistema de salud colombiano. El caso de la concentración industrial.	Gorbaneff, Y; Torres, S; & Contreras, N.	Revista Gerencia y Políticas de Salud. 7 (14).	Diseño y aplicación de Encuestas.	2008.
11.	Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo.	Álvarez C, LE.	Revista Gerencia y Políticas de Salud. 8 (17).	Ensayo producto de revisión bibliográfica.	2009
12.	La dinámica de los actores en la implementación de la reforma del sistema de salud en Colombia: exclusiones y resistencias (1995-2003).	Uribe, M.	Revista Gerencia y Políticas de Salud. 8 (17).	Categorización a partir de documentos producidos por los actores relacionados con la reforma en salud.	2009
13.	La última reforma del sistema general de seguridad social en salud en Colombia: Lejano de la eficiencia y camino a la privatización total.	López Oliva, JO.	Prolegómenos - Derechos y Valores. 13 (25)	Ensayo producto de revisión bibliográfica.	2010.
14.	Luchas por la salud en Colombia. Una propuesta teórica para su análisis.	Borrero Ramírez, YE; & Etcheverry López, ME.	Revista Gerencia y Políticas de Salud. 10 (21).	Análisis Documental.	2011
15.	La salud colombiana en la jurisprudencia constitucional.	Díaz Ricardo, T; & Arrieta Lotteau, Y.	Universidad Libre (Cartagena de Indias)	Rastreo Histórico de Sentencias de la Corte Constitucional.	2011.
16.	Derecho a la salud en Colombia. La utopía Anunciada.	Rocha Buelvas, A.	Espacio Abierto Cuaderno Venezolano de Sociología. 21 (1)	Ensayo producto de revisión bibliográfica.	2012
17.	La salud pública en Colombia: un derecho en vía de reconocimiento.	Tabima García, Diomedes	Revista Médica de Risaralda. 18 (2)	Artículo Editorial.	2012
18.	Conflicto de valores en el sistema de salud de Colombia: entre la economía de mercado y la normativa constitucional, 2007–2009.	Molina, G; & Ramírez, A.	Revista Panam. Salud Pública. 33 (4).	Teoría fundamentada aplicada en seis ciudades colombianas (entrevistas en profundidad).	2013

Fuente: **Elaboración Propia.**

Por ejemplo, el estudio de Baena en el marco del Foro: Pensar El Derecho a la Salud en Colombia Hoy, realizado en la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, identifica dentro de su análisis al rol del poder público en el contexto de la mercantilización de la salud, sin embargo no profundiza en tal problema. En el estudio de Granados & Gómez (2000), se hace mención a la conexión existente entre el poder político de las autoridades de salud y el del mercado en el contexto de la reforma a la salud.

El tema del poder en la salud ha sido abordado también desde la estructura del sistema político colombiano, Mario Hernández (2002), en un análisis de la reforma sanitaria en Colombia y su impacto sobre la equidad y el derecho, establece en uno de sus apartes que las relaciones de poder dentro del sistema político colombiano ejercen un impacto directo sobre el desarrollo de la políticas pública en salud.

Las relaciones de poder en la política de salud han sido estudiadas desde la perspectiva de la participación comunitaria y social: Arévalo (2004) señala en un ensayo la relevancia de la participación social como forma de control en la gestión y en la toma de decisiones en salud; de igual forma, Delgado, M y Cols (2006), identifican que los usuarios de los servicios de salud en Colombia desconocen la normatividad y los mecanismos de participación social en salud, a su vez son escépticos acerca de la eficacia de participar en la gestión de la salud a nivel local.

En un estudio similar de un año atrás, Delgado M y Cols (2005), hacen manifiestos los modos en que los poderes públicos, la participación social y poder político en salud se articulan en los escenarios sociales de discusión, con diferencias de visión, de integración y de sentido de la política en salud.

Una aproximación basada en las relaciones económicas que generó la reforma a la salud impulsada en 1993 llevó al análisis de las relaciones de poder en la salud desde los enfoques del poder de mercado de las EPS y los costos de transacción en salud (Gorbaneff y Cols. 2004); así como su impacto como economía de mercado sobre el mantenimiento de formas de exclusión y de inequidad (Echeverry, O. 2008); finalmente, el estudio de

Gorbaneff y Cols (2008) sobre las fuentes de poder de las aseguradoras frente a las prestadoras hospitalarias en el sistema de salud colombiano, refleja estructuras asimétricas del poder, que dejan en una posición más ventajosa desde lo económico, a las EPS sobre las IPS, todo ello estructurado gracias al funcionamiento de la salud en Colombia, desde una lógica de mercado.

Otra aproximación, más sociológica y desde la Ciencia Política, es la realizada por diversos autores quienes exploran parcialmente las relaciones de poder sobre la salud con diversos matices así: Las formas del poder subjetivo e intersubjetivo en la Salud (Abadía y Cols. 2008); La acumulación de la riqueza y del poder bajo las formas económicas del capitalismo a expensas del bienestar y la salud de sectores vulnerables de la población, ha sido otro enfoque de análisis (Álvarez, LE. 2009).

Los poderes de presión y de negociación de los diversos actores de la implementación de la reforma a la salud (Uribe, M. 2009); así como el impacto de la Ley 1122 de 2007 y su relación con formas de privatización de la salud en Colombia (López O, J. 2010), tienen conexión con las relaciones de poder en la salud.

Determinada relación social, y determinadas relaciones de poder, estructuran formas y desigualdades en los recursos de poder, situación que lleva a posicionar a los sectores en situación de desventaja ante el poder, lleva también a establecer luchas por la salud en función de sus intereses específicos, a su vez, determinada situación de las élites en el poder frente a los sectores de la sociedad sin poder, estructuran tipos particulares de relaciones de poder, en la política de salud (Borrero, Y; & Echeverry, M. 2011).

Díaz L y Cols (2011) exploraron en su estudio el poder del Estado y del poder Ciudadano desde la perspectiva de la jurisprudencia constitucional sobre la Salud en Colombia, la cual reorientó la génesis de la política de salud a partir de la Sentencia T-760 de 2008, hacia un enfoque de garantía del derecho, así como hacia la protección de la humanidad y de la vida misma. Con ello, la Corte Constitucional demostró su grado de poder y de injerencia en el orden de las cosas del Estado, en igualdad de poder al del Ejecutivo, pero con intereses

fundamentados en principios de justicia y de equidad, contrapuestos a los intereses económicos y de mercado del poder ejecutivo.

Un estudio complementario, realizado por Rocha Buelvas (2012), identifica los alcances del poder del Ejecutivo y del poder Legislativo en el desarrollo de la política de salud en Colombia; estas interacciones entre actores y entre poderes, tras diversas reformas a la salud, dejan entrever cierta inestabilidad estructural dentro del Estado colombiano, reflejo de intereses ocultos dentro del Estado mismo (Tabima, D. 2012).

La presión por parte de los grupos de poder en la toma de decisiones políticas para la salud en Colombia, evidencian conflictos de valores entre los actores asociados a la política de salud (Molina G y Cols. 2013), situación que pone de relieve un enfrentamiento moral e ideológico entre las lógicas prácticas y neoliberales de la economía de mercado, y la moral constitucional y normativa desde las lógicas ideológicas del Estado Social de Derecho.

Debe destacarse aquí que los estudios encontrados, aunque abordan relaciones de poder manifiestas en los diversos procesos políticos, administrativos y económicos, ninguno establece con claridad las formas como el poder y sus relaciones determinan la política de salud en Colombia.

7. MARCO TEÓRICO.

Dado que resultan de interés para este estudio lo relevante al poder y sus estructuras, se describen a continuación aportes teóricos orientadores desde la perspectiva del Poder de Michel Foucault; desde los diversos marcos para el análisis de las relaciones de poder en la política en salud colombiana; desde la perspectiva del Poder y de la política de Gill Walt; dando énfasis a dos etapas del Policy Cycle relevantes a la Política en Salud: La Inserción en la Agenda, y la Formulación de la Política.

En cada una se esboza su relevancia, y se denotan los motivos para su elección como marco conceptual y de análisis.

7.1 DEFINICIONES SOBRE EL PODER:

Pierre Bourdieu (1989) señaló que la realidad social como tal, está constituida por el ensamble de relaciones invisibles, desde su perspectiva teórica, es preocupación de la sociología y de la ciencia social definir objetivamente estas relaciones, los lugares que ocupan, y la distribución de sus recursos en el espacio tanto físico, geográfico y social. Estas relaciones se reproducen a sí mismas, sus modos de operación simbólicos pueden utilizar la transacción del capital, la posesión de bienes y de la propiedad como mecanismos de acción.

Dicha demostración simbólica del poder manifestado a través del capital y de la propiedad, va a legitimar una determinada visión del mundo y de la realidad social, jerárquica, burocrática, sustentada en modos de autoridad, en organizaciones monopolísticas de la economía, que configuran un modo determinado de organización de la sociedad, en la cual en base a las diferencias sociales y de clase, se presentan conflictos de clase entre poderes simbólicos y legítimos que estructuran divisiones y brechas entre los componentes de cada sociedad (Bourdieu, P: 1989). Es en este espacio social donde el **poder** como fenómeno social adquiere interés como factor explicativo de las relaciones sociales, así como de la

política social *per se*. Para hacer un abordaje comprensivo del poder y su relación con la política de salud, es preciso entender las diferentes definiciones del poder como fenómeno social.

El poder es comprendido como la probabilidad de que un actor en el marco de las relaciones sociales, lleve a cabo su voluntad a pesar de la resistencia que pueda surgir a la misma (Webber, M. 1922).

Para que el poder ocurra, se requieren relaciones de dominación económica y de autoridad (Webber, M. 1922), así como de organización colectiva (Robert Dahl, 1961); estas relaciones pueden hacerse manifiestas o pueden perpetuarse como ocultas (Steven Lukes, 2005), el poder manifiesto denota acuerdos de poder en el marco de las preferencias políticas y de sus relaciones con los verdaderos intereses, visibles en algunos casos, y ocultas o minimizadas en otros.

Otras diversas visiones acerca del Poder son:

- **El Poder equivale a la toma de decisiones.**

Así es como lo identifica Robert Dahl, para quien el poder es el reflejo de la capacidad para tomar decisiones, decisiones que satisfacen las preferencias de determinados grupos, estos grupos son quienes en últimas ejercen relaciones de poder sobre los decisores de la política (Dahl, 1961).

- **El Poder como una decisión no tomada.**

Bachrach and Baratz (1962), argumentan que el poder también puede ser ejercido por un sujeto, o una organización que tiene las capacidades para crear o para inducir valores y nuevas problemáticas a la agenda política, desde esta perspectiva, el poder en ellos equivale al grado de permeabilidad y de influencia sobre la política, razón está por la que los actores políticos visibles y partícipes del Ciclo de la Política, finalmente no toman decisiones, solo ejecutan políticas ya decididas por terceros con un alto grado de poder e invisibilidad.

En resumen, el poder puede describirse desde una aproximación a los eventos o las formas como este ocurre (Dahl; 1959, 1961); a partir de las formas en que el poder se enmascara o se hace manifiesto, en las relaciones dadas entre el control exitoso que ejerce un sujeto A sobre otro B (Bachrach, P, & Baratz, M.; 1970). Para Lukes (1974), el poder es la habilidad de implantar en la mente de las personas, intereses contrarios a su propio bien.

Estas perspectivas no han logrado determinar acerca de quién es el poseedor del poder verdadero en lo que respecta al poder que influye y determina la política pública, más específicamente, la política en salud.

Un marco teórico para el análisis del poder debe permitir identificar en las lógicas y contextos de la política en salud bajo dos mecanismos principales:

- a) Mecanismos pluralistas de libertad de participación y elección;
- b) Mecanismos elitistas que determinan la política y a su vez, el alcance de la misma.

Dado que no existe en ciencias sociales, y más específicamente en los modelos teóricos antes descritos un consenso sobre las dimensiones, formas, mecanismos y prácticas que describan al poder como un fenómeno político y social, los principios de Michel Foucault resultan útiles en el análisis y comprensión de la macro / micro-física del poder, para esta investigación se emplearon los postulados de Foucault encontrados en dos de sus más importantes obras: “Estrategias de Poder”; y “Nacimiento de la Biopolítica”.

El análisis de Foucault sobre el poder surge a partir del análisis sobre los mecanismos de dominación dados entre los poderosos y la plebe (Foucault, M; 1977). 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 (ya sean 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.*

Los acontecimientos de mayo del 68 en París, así como tras la lectura sistemática de toda la obra de Nietzsche, sirvieron a la propuesta de Foucault sobre el funcionamiento de las relaciones de poder, en base a cinco postulados:

- **Postulado de la Propiedad.**
(Según el cual el poder es algo que posee la clase dominante).
- **Postulado de la Localización.**
(Según el cual el poder debe entenderse como como poder del Estado).
- **Postulado de la Subordinación.**
(Según el cual el poder estaría subordinado a un modo de producción que sería su infraestructura).
- **Postulado del Modo de Acción.**
(Según el cual el poder actúa por medio de mecanismos de represión e ideología).
- **Postulado de Legalidad.**
(Según el cual el poder del Estado se expresa por medio de la Ley).

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

Para Foucault, la sociedad postmoderna 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 está legitimada institucional y constitucionalmente (Foucault, M; 1974).

Foucault mostro cierto interés en sus entrevistas y escritos sobre las reacciones de quienes están en situación de “Poder”, así como las de aquellos que gozan del “no-poder”.

La inquietud epistemológica de Foucault hacia el poder parte de las dudas suyas 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 en profundidad que es el poder, en la inquietud que suscita este como fenómeno visible e invisible, presente y oculto, inmerso en todo y en todos (Foucault, M. 1972).

Un método derivado de la forma en que Foucault “problematizaba” la realidad y los fenómenos sociales, es el Acto de la Crítica, el cual es explicado por Madison, S. (2011) así:

- *Crítica es deconstruir y reinventar las certezas epistemológicas que surgen en base a nuevas formas alternativas de ordenar y reordenar los actuales regímenes autoritarios de la verdad.*
- *Crítica es discernir y develar las relaciones existentes entre formas de coerción y del Saber.*
- *Crítica es interrogar las políticas de la verdad que pertenecen a aquellas Relaciones de Poder / Saber que inciden y determinan aquello considerado como verdadero.*

- *Crítica es cuando un sujeto se da la oportunidad de preguntarse a sí mismo si la verdad opera de acuerdo al poder, o si el poder opera de acuerdo a la verdad.*
- *Crítica es exponer y explicar los procesos de gubernamentalización y de subyugación para revelar posibilidades para transgredir los límites y transformar una realidad.*
- *Crítica es tener el coraje de liberarse de los actuales límites, de desubjugarse como sujeto al confrontar y deconstruir las políticas de Verdad / Poder de los regímenes de gobierno.*

Foucault asocia al problema del poder al problema del gobierno, partiendo del conflicto dado entre el supuesto de que quienes gobiernan ostentan el poder, y la realidad acerca de que quienes gobiernan no son los auténticos poseedores del poder, de este modo nadie ostenta el poder y sin embargo este existe, se ejerce con claridad y en una determinada dirección (Foucault, M. 1972).

El ejercicio y el control del Estado sobre el Poder constituye a lo que Foucault llamo “El arte de gobernar”, dicho arte determina en forma particular el tipo de relaciones entre los individuos, su conducta, las cuales pueden someter a quien quiera bajo formas racionales pero no instrumentadas, pudiendo así ejercer presión y llevar finalmente a obtener los resultados que se proponga. En últimas, para Foucault, el poder lo posee una clase dominante definida por sus intereses, pero sus relaciones e intereses entre actores sociales, sean estos individuos u organizaciones, son complejas y difíciles de abordar (Foucault, M. 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 estos como una red de relaciones dadas entre elementos heterogéneos los cuales pueden ser: discursos, instituciones, leyes, medidas administrativas, entre otras (Castro, E. 2011), un dispositivo de poder constituye un espacio de saber y de poder, en 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, el poder siempre se hace manifiesto ya sea a través de normas, tradiciones o regímenes (Newswander, C. 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 la medicina es una práctica social (Foucault, M. 1977); 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 hacia el cuerpo y su salud, en términos de capacidad de fuerza productiva de los individuos (Foucault, M. 1977).

Desde esta lógica es que los Estados modernos han diseñado y ejecutado sus esquemas o dispositivos político-médicos, que le permiten tanto a gobernantes como poseedores del poder y del capital:

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

Foucault describió a la Biopolítica como el problema del gobierno de la vida, situación está que engloba a las entidades: Ley, Orden, Estado, Sociedad Civil, y Política de la Vida, en un solo abstracto (Foucault, M. 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 son: la salud, la higiene, la natalidad, y la longevidad, estos a la luz de las ideologías políticas que orientaron 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 estas para Foucault constituyen una nueva razón de gobierno. Foucault señala tecnologías liberales 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 fueron los servicios de consumo médico (Foucault, M. 2010).

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 a la política social como sistema de regulación de los precios y de socialización de los bienes sociales (Foucault, M. 2010).

Este liberalismo de la política social lleva a la individualización del bienestar, lo que hace que no exista una cobertura social y unificada de los riesgos, sino que hace que cada individuo tenga un margen de espacio económico en cual pueda asumir y afrontar sus propios riesgos como individuos, más 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” (Foucault, M. 2010).

Desde una visión Foucaultiana del liberalismo, puede comprenderse la actual política social privatizada, soportadas 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.

Pedraza (2011, 2012) señala desde la perspectiva de Foucault la forma como se han ejercido en Colombia históricamente desde el conocimiento de la higiene, formas sociales y

políticas del poder a través de actos administrativos concordantes con la ideología de gobierno preponderante.

Pedraza señala como formas del Biopoder en Colombia las políticas que pretenden transformar la vida de los habitantes como son: la investigación genética, la aplicación de la bioestadística sobre la enfermedad; el control sobre la vida y la muerte; el control higiénico sobre la población, el control de las diferencias nutricionales entre los habitantes; las coberturas y formas de acceso en salud para pobres y para ricos; el manejo y seguimiento a brotes y picos de enfermedades endémicas; la formación y distribución del recurso humano en salud; la vigilancia y control de la sexualidad, entre otros. (Pedraza, 2012).

Una manifestación del Biopoder en la salud en Colombia, es el alcance que cada funcionario y cada encargado de la salud en Colombia ejerce sobre las personas, toda vez que desde su acción se establecen principios, normas, programas y prácticas del Biopoder, que legitiman estructuras y relaciones sociales dentro de los servicios de salud, basados en estructuras de poder. De allí la preocupación por describir y visibilizar los dispositivos del Biopoder en la formulación y ejecución de la reforma a la política de salud colombiana del año 2013, con relación a sus actores, sus dinámicas, sus estructuras, sus jerarquías, sus dominaciones, sus y sus resistencias.

7.2 MARCOS PARA EL ANÁLISIS DE LAS RELACIONES DE PODER EN LA POLÍTICA EN SALUD COLOMBIANA.

a. Enfoque Socio-Político.

Para Mario Hernández (2000, 2002, 2003), el logro de los derechos sociales para la salud no será el resultante de la selección del mejor modelo de financiamiento o de la administración de los recursos para la salud en Colombia, este logro será el resultante solamente de la estructuración y determinación de las relaciones de poder entre las personas, entre los grupos humanos y de la organización de la lógica de fuerzas que representan a la sociedad en el Sistema Político. Para él, el análisis de los procesos de

reforma a la salud desde una perspectiva de redes del poder, permite explorar e identificar la articulación dada entre las políticas estatales y las de salud y seguridad social, en correlación con las relaciones económicas, sociales y políticas de la sociedad colombiana.

El enfoque sociopolítico no es una teoría, corresponde más bien a una serie de conceptos desde los cuales es posible analizar desde una perspectiva histórica las políticas públicas, con énfasis en aquellas dedicadas a la salud. Así, las decisiones políticas en salud surgen a partir de una lucha dada entre actores sociopolíticos que constituyen las sociedades, y que presionan sobre el aparato de poder estatal para modificarlo o para ponerlo a favor de sus intereses (Hernández, 1999).

Estudios similares al de Hernández enfocados en los conflictos presentados en la toma de decisiones en salud (Molina G y Cols. 2013), señalaron que en el proceso de toma de decisiones en la atención en salud en Colombia enfrentan dos morales: la rentista, caracterizada por la axiología neoliberal de la economía de mercado (práctica) y otra fundamentada en la axiología constitucional (normativa) del Estado Social de Derecho.

Predomina al final el enfoque utilitarista e individualista, el cual promueve el lucro individual y empresarial por encima del interés colectivo; esto favoreciendo con ello prácticas que contravienen los derechos de las personas y la comunidad.

b. Otros enfoques.

La Reforma a la salud en Colombia se ha estudiado desde múltiples perspectivas, resumidas así por Franco (2012):

- La de la Justicia Social basada en la pluripluralidad y la búsqueda de la Equidad, explorada por el Profesor Román Vega Romero PhD (2010).
- Desde el análisis de la Política Pública, propuesto por el Académico e Investigador, André Noe Roth, quien aporta al análisis de la Política Pública el sustento basado en teorías, enfoques y marcos conceptuales, así como el análisis tradicional del *Policy Cycle*; El Enfoque Mixto (que integra variables subjetivas a aquellas que son

medibles); y finalmente, un tercer enfoque basado en la argumentación y en la subjetividad del discurso. (Roth A. 2010).

- Desde el análisis tradicional del *Policy Analysis*, el cual está orientado hacia la resolución de problemas con un enfoque multidisciplinar (que puede ser de tipo **Neoclásico** –de corte económico; de tipo **Igualitarista** –que entiende a la salud como un derecho social; desde la **Salud Pública** –basado en el bienestar y la relación salud/vida. (Franco G. 2012).
- A través del análisis de la Política de Salud de Gill Walt (1994), quien incluye al análisis del contenido de la política de salud, a los actores de la política y de los intentos de reforma, así como al contexto en el que la reforma es presentada.

7.3 PODER & POLÍTICA DE SALUD DESDE GILL WALT.

Gill Walt es uno de los académicos e investigadores más importantes y renombrados en la actualidad, Walt es Profesor de la unidad de Política en Salud en el *London School of Hygiene and Tropical Medicine* en el Reino Unido. Este autor en su libro “Making Health Policy”, hizo evidente la relación existente entre Política y Salud, así como su importancia social y económica para el desarrollo de una determinada sociedad.

Comprender la relación existente entre la Política de Salud y la salud misma es importante ya que así es como se pueden comprender y mejorar los mayores problemas de salud de nuestro tiempo. Walt en su análisis de las políticas públicas y de salud evidencia el impacto de la economía y las demás políticas sobre la salud (Walt, G. 2005).

La Política Pública para Gill Walt es:

“Aquellas relacionadas a la política gubernamental, es decir, aquellas acciones que un gobierno decide o no hacer. Las políticas públicas hacen referencia a un área o actividad específica. En últimas, una política pública constituye el grupo de decisiones y de acciones que pretenden satisfacer a una determinada necesidad, y responder a un determinado propósito. (Walt, G. 2005).

Por su parte, Walt define a la Política de Salud como:

“Aquellos cursos de acción (o inacción), que afectan al grupo de instituciones, organizaciones, servicios, así como a los acuerdos de financiación para el sistema de salud. Su alcance cubre tanto al sector público, como al privado. Dado que la salud está influenciada por múltiples determinantes fuera de los sistemas de salud, el análisis de la Política de Salud se interesa por las acciones de los agentes externos al Sistema de Salud, y que tienen un impacto sobre la misma (por ejemplo: el acceso a alimentos, la actividad de la industria farmacéutica, el mercado del tabaco y del alcohol, entre otros). La Política de Salud esta conexas a las influencias y a las condiciones relacionadas con la política misma”. (Walt, G. 2005).

El marco analítico de la Política de salud para Walt es el propuesto Triangulo para el Análisis de la Política en Salud, el cual puede encontrarse en la Ilustración No.1; Walt (2005) propuso este modelo para el análisis en atención a la importancia que para el análisis de la política en salud tienen tanto el contexto y el contenido de la política, así como el proceso a través del cual se genera y desarrolla la política (escenario en el que el poder surge y se utiliza).

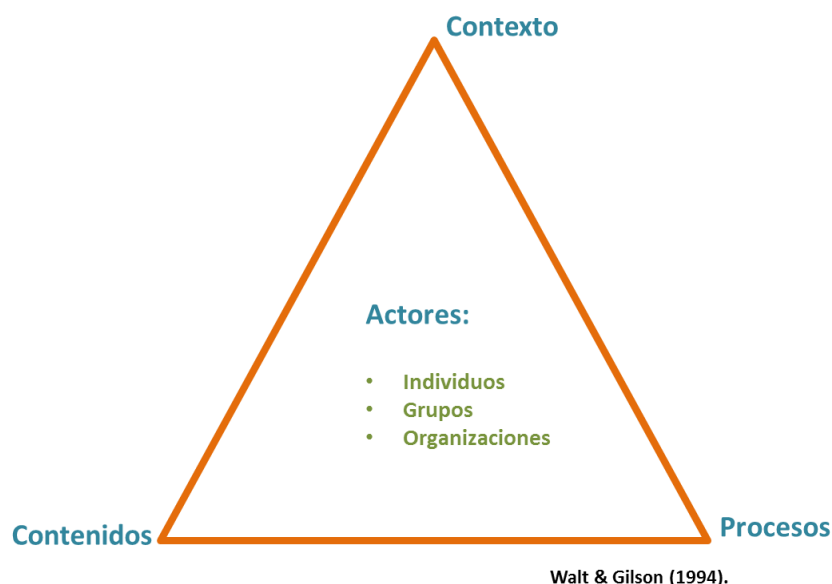


Ilustración No. 1: Triangulo para el Análisis de Políticas en Salud.

Desde esta perspectiva es factible explorar las interacciones dadas entre el Estado, junto a la sociedad en el desarrollo de la Política en Salud, así como las influencias y las relaciones que surgen entre estos en el curso del Ciclo de la Política.

La metodología de Walt permite aproximarse de una forma simple, a las complejas formas bajo las cuales se interrelacionan diversos actores con diferentes intereses en torno a la política de salud. Bien podría pensarse que los actores relacionados con la inserción en la agenda, formulación, aprobación, ejecución y evaluación de las políticas públicas, dadas sus diferencias y su magnitud, no encuentran relación entre ellos, y de allí su análisis deba realizarse en forma separada.

Por el contrario, esta diversidad de actores está relacionada, y se influencia directa e indirectamente entre estos (ya sea por su ideología, por su pertenencia a algún grupo u organización). El triángulo propuesto por Walt en últimas sirve para pensar y comprender sistemáticamente la política de salud y las relaciones de poder que de trasfondo suceden, identificando tanto a actores de la política, en contextos específicos, evidenciando en esa relación, determinados alcances y lógicas de la política. Parecería mucho que el poder permanece transversal y es omnisciente a todo el *Policy Cycle*: que lo ve todo, lo domina todo, lo abarca todo.

7.4 ETAPAS DEL *POLICY CYCLE* DE INTERÉS EN LA POLÍTICA EN SALUD: INSERCIÓN EN LA AGENDA, Y FORMULACIÓN DE LA POLÍTICA.

El Ciclo de la Política (*Policy Cycle* en inglés), se ha utilizado desde Lasswell en 1956, como un método para sintetizar, así como para considerar a todo el proceso político como una secuencia evolutiva, compuesta por diversas fases, y/o etapas, las cuales incluyen procesos de debate, opinión y participación en su desarrollo (adaptado de Jann, W; & Wegrich, K. 2007). El *Policy Cycle* se sintetiza en la **Ilustración 2**.

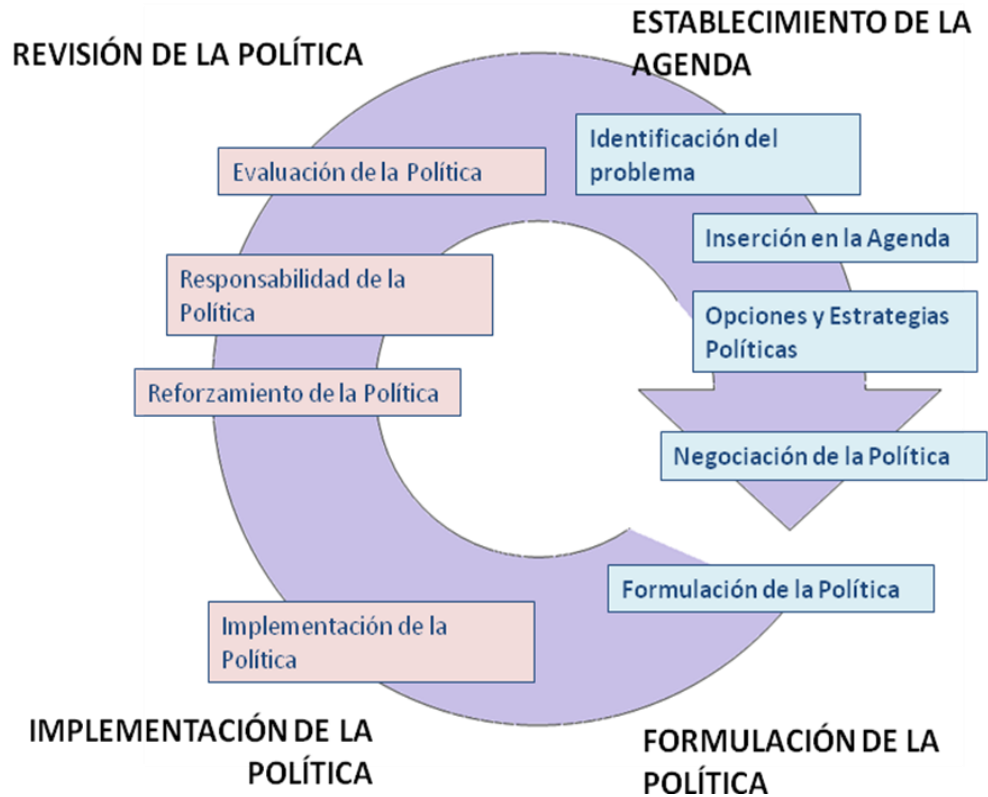


Ilustración No.2: Ciclo de las Políticas Públicas. - Adaptado de May and Wildavsky (1978), Anderson (1975), and Jenkins (1978).

Para este estudio resultan de interés solamente las etapas correspondientes al Establecimiento de la Agenda, y Formulación de la Política, en el contexto de la reformulación de la Política en Salud para Colombia, a la luz de la Reforma de 2013.

a. El Establecimiento de la Agenda:

El establecimiento de la agenda es el proceso mediante el cual los problemas y sus posibles soluciones ganan o pierden atención pública. Existe una competencia entre diversos grupos por establecer la agenda, ya que ni la sociedad en su totalidad, ni los partidos políticos en su totalidad están en capacidad de señalar y atender a todos los problemas al tiempo.

Debe entenderse por agenda, como a aquella colección de problemas, la comprensión de sus causas, sus símbolos, sus posibles soluciones, así como todos aquellos otros elementos relacionados que llaman la atención tanto del público, como del gobierno. Las agendas

pueden estar compartidas tanto por el gobierno, así como por el sector privado, las organizaciones no gubernamentales, entre otras. Una **agenda sistémica** es aquella que contiene una idea, así como una problemática, que solo puede ser considerada por aquellos quienes son partícipes del proceso político. El nivel más amplio de la agenda se considera **agenda universal**, la cual contienen problemáticas, y da un alcance de participación de mayor nivel, en este caso a toda la sociedad.

La **agenda institucional**, se considera como aquella propia del escenario de gobierno/autoridad que debe revisar y tratar los temas de interés; por su parte la **agenda de decisión** corresponde a aquella propia de los tomadores de decisiones.

Determinar los temas a insertar en la agenda, en base a la habilidad de los grupos de interés para influenciar la política en desarrollo, requiere de poder político, de persuasión, y de una gran retórica. Tras los diversos intereses en el establecimiento de la agenda, se consolidan grupos de interés, con diferencias en cuanto a su poder, y a su capacidad de persuasión.

En el transcurso del desarrollo de la agenda, los grupos de interés pueden ganar y/o ceder poder, haciendo así que grupos con menor poder, puedan insertarse a los debates y a los procesos de establecimiento de la agenda, aprovechando así una temporal “ventana de oportunidad”. Entre las diversas estrategias políticas dadas durante el desarrollo de la agenda, es posible que los grupos de interés formen coaliciones y estrategias para el logro de un cambio, así como de sus intereses comunes. Estos intereses en común surgen a partir de la construcción y comprensión social de los problemas, problemas como la pobreza, el racismo, la enfermedad, la desigualdad, la criminalidad entre otros, son constructos sociales, que por tanto requieren formas de organización social para su solución.

b. La Formulación de la Política:

Toda política pública surge a partir de los temas más prioritarios vinculados a la agenda política, en atención a los problemas de interés identificados, y en consideración de los objetivos a alcanzar, las herramientas e infraestructura de que se dispone, las racionalidades

y los presupuestos. La formulación de la política pública constituye en la práctica, un motor institucional de cambio; las políticas públicas siempre benefician a unos grupos, y restringen o imponen barreras a otros, de allí que siempre tengan simpatizantes y adversarios.

Esta etapa de formulación de política para la solución de determinado problema, tiene múltiples formas de ser abordada, desde el fomento de la intermediación en su desarrollo, hasta la utilización de las instituciones en el proceso. La formulación de las políticas públicas casi siempre tienen su desarrollo en las instancias de gobierno, así pocos de los participantes en la construcción de la agenda toman parte en el desarrollo de la política. Esto explicado en el hecho de que la construcción de la política es siempre finalmente hecha por “expertos”.

8. ESTRATEGIA METODOLÓGICA.

8.1 TIPO DE ESTUDIO.

“Critical ethnography is conventional ethnography with a political purpose”

- Jim Thomas

Esta investigación propone desarrollarse desde un diseño etnográfico, toda vez que la etnografía permite describir y analizar ideas, creencias, significados, conocimientos, y prácticas de grupos, culturas y comunidades (Patton, 2002).

¿Para que la Etnografía?

Según como explica Murchison, J. (2010), la Etnografía es una estrategia de investigación que le permite al investigador examinar y explorar la cultura y la sociedad, como parte fundamental de la experiencia humana. El Etnógrafo constituye un observador - participante, quien obtiene datos a partir de involucrarse en persona con los sujetos de investigación, o informantes.

Dada la posición del Etnógrafo como observador-participante, se convierte este en el instrumento de investigación, ya que es él quien va a recolectar y a registrar la información. Los diseños etnográficos además, permiten la proposición y desarrollo de categorías y temas, que para el particular, permitirían visibilizar las formas como operan las relaciones de poder, en el desarrollo de la política pública de salud en función de la clase social de quienes participan en dichos procesos, sus valores y creencias particulares, así como las formas de interacción dadas entre ellos, y terceros actores asociados al desarrollo de una nueva política para la salud.

Se propone desarrollar una Etnografía crítica, enfocada principalmente en los nuevos actores organizados de la sociedad que participan de una u otra forma en el desarrollo de una nueva política en salud. Desde esta perspectiva se propone analizar conceptos

vinculados al problema de estudio como son: el poder, la clase social, la justicia, la hegemonía, y la represión.

Para Madison, S (2005), una etnografía crítica comienza con gran responsabilidad ética hacia situaciones de injusticia con respecto a un particular dominio vivido. Así, por responsabilidad ética debe entenderse como el compromiso del etnógrafo crítico para hacer una contribución de cambio, a la situación a la que está visibilizando. El investigador debe tener la capacidad para mantenerse neutro, así como debe tener la capacidad para no tomar posición ante determinada estructura de poder.

La etnografía crítica se circunscribe dentro de las tres finalidades de la investigación social, descritas por Jurgen Habermas (1971), cuando discute sobre:

a. Un modelo natural para la ciencia:

O un análisis empírico, donde el mundo social puede ser predicho y medido como un fenómeno de la vida, el cual puede ser reportado a través del investigador.

b. Un modelo histórico e interpretativo:

En donde el fenómeno social puede ser descrito, y sus significados y sus funciones pueden ser explorados a través de las descripciones filosóficas aportadas por el investigador.

c. Un modelo de teoría crítica:

En donde el fenómeno social puede ser analizado y representado con el objetivo político de superar las formas de opresión social.

La etnografía crítica exige del investigador la capacidad para representar la experiencia de los otros, así como del propio mundo, a través de una clara posición; una adecuada capacidad de dialogo hacia los otros; y una gran fortaleza en el método y teoría etnográfica.

Se espera desarrollar entrevistas semiestructuradas a algunos de los actores más relevantes y representativos de los nuevos actores sociales que reclaman por una reforma al modelo

actual de la Salud, esta muestra ha sido elaborada a conveniencia (intencional), dado el protagonismo que en el actual debate sobre reforma a la salud han adquirido estos. A esta población se les realizará una aproximación etnográfica, la cual en base al desarrollo de entrevistas pretende obtener de los informantes conocimientos derivados de la experiencia de poder, dentro de los escenarios y las oportunidades de opinión, participación y construcción de la política en salud colombiana en el marco de la reforma de 2013.

Se incluye dentro del grupo de informantes seleccionados a conveniencia, casos opuestos dentro de las posturas frente al contenido y al alcance de la política en salud, esto con la finalidad de identificar, y representar con amplitud las diversas ideas y perspectivas en cuanto a la política de salud, su alcance, sus contenidos, y sus lógicas a la luz del debate reformista desarrollado en 2013.

El análisis de los datos se desarrollara mediante la transcripción, codificación, generación de categorías de análisis, y final desarrollo de Memos de Análisis Teórico, derivados de la Teoría Fundamentada (Emerson, R; Fretz, R; & Shaw, L. 2001).

8.2 DISEÑO MUESTRAL.

Se pretende incluir a este estudio a algunos de los representantes de las Organizaciones de la Sociedad Civil, y de los actores con voz ante las estructuras del gobierno nacional, que desarrollan determinado rol en la revisión y formulación de la política pública en salud, que para la fecha de recolección de los datos se encuentren en la ciudad de Bogotá D.C. (Colombia), y estén activos en el desarrollo de la reforma política a la salud. Esta selección se realizará mediante muestreo por conveniencia.

No se plantea un número determinado de informantes, ya que como plantea Gummesson (1991), en la investigación cualitativa las posibilidades de generalizar desde un sólo caso no residen en lo numeroso, sino en lo abarcador de las medidas. Esta selección se ha realizado a conveniencia, en consideración del rol protagónico de estos actores, y la pertinencia de sus experiencias para el objetivo de esta investigación.

Se planea enviar una formal solicitud a participar en el desarrollo de la entrevista semi – estructurada a las siguientes personalidades en calidad de informantes:

- **Honorable Senador, Jorge Ballesteros Bernier.**
Comisión Séptima, Senado de la República de Colombia.
(En Calidad de: GOBIERNO - Coalición).
- **Dra. Mery Barragan.**
Asesora, Viceministerio de Salud Pública. Ministerio de Salud y Protección Social.
República de Colombia.
(En Calidad de: GOBIERNO – Poder Ejecutivo).
- **Dr. Herman Redondo,** Asesor Defensoría del Pueblo (Defensoría delegada para la salud y seguridad social) – Ex vicepresidente de la Asociación Médica Colombiana y Ex consejero del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. (En Calidad de: GOBIERNO – Órganos Independientes).
- **Dr. Julio Cesar Castellanos MD.**
Director Hospital Universitario San Ignacio.
Miembro Principal Junta Directiva de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, ACHC.
(En Calidad de: INDUSTRIA DE LA SALUD ORGANIZADA).
- **Dr. Jaime Arias Ramírez MD.** Presidente ACEMI.
(En Calidad de: INDUSTRIA DE LA SALUD ORGANIZADA).
- **Dr. Francisco A. Rossi Buenaventura.**
Director Fundación IFARMA.
(En Calidad de: SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA).

- **Fabio Serna**, COMOSOC- Coalición de Movimientos y Organizaciones Sociales de Colombia. (En Calidad de: SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA).
- **Luis Estupiñán**, MNSSS -Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social. (En Calidad de: SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA).
- **Dra. Yolima Méndez Camacho**, Fundación Colombiana Leucemia y Linfoma. (En Calidad de: SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA).
- **Dra. Laura Milena Ramírez**, Asociación de Pacientes Colombia – Fundación SIMMON. (En Calidad de: SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA).

8.3 UNIDAD DE ANÁLISIS.

La unidad de análisis principal corresponde a **LOS RELATOS DE LOS PARTICIPANTES QUE DESCRIBAN RELACIONES DE PODER**, percibidas y sentidas desde la actividad personal desarrollada por cada uno de los informantes ya sean estos representantes del gobierno, o representantes de las organizaciones sociales.

Estos relatos de los participantes sobre sus experiencias de Poder dadas en marco de su participación se enfocarán a los momentos específicos de su participación en el *Policy Cycle*, ya sea en la agenda o en la construcción de la política de Salud en Colombia, a la luz de la reforma dada durante el año 2013.

8.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS DE LA ETNOGRAFÍA.

El presente estudio contemplará principios éticos que determinarán la aplicación de la técnica de investigación: Etnografía Crítica, sobre los informantes seleccionados. Se les informará a cada uno de los participantes las razones que justifican este estudio, restringiendo información sobre el poder, el cual podría sesgar las respuestas.

Se le leerá a cada uno de los participantes un consentimiento firmado previo a la realización de la entrevista.

Los principios orientadores del estudio son:

- **Confidencialidad:**

La información personal y profesional de los informantes se mantendrá protegida, está constituye para el investigador información privilegiada, la cual no es susceptible de difusión o de comunicación pública sin el consentimiento de su autor.

- **Respeto:**

El Investigador garantiza a los participantes, respeto, imparcialidad y neutralidad sobre las posturas, opiniones, criterios, sentimientos y opiniones del informante sobre los temas abordados durante la entrevista.

- **Beneficencia:**

El Investigador garantiza a los informantes, que el presente estudio no pretende lesionar, dañar, deshonrar y/o vulnerar la buena voluntad, así como el buen nombre, y la integridad personal de los participantes; en garantía de ello, reivindica su obligación moral de proteger los datos y las opiniones registradas durante la entrevista.

- **Justicia:**

Esta investigación garantiza a los informantes que la selección de éstos obedece a razones metodológicas de selección por conveniencia, y por ningún motivo su selección obedece a un señalamiento, u obligación para con el investigador en relación con sectores de la sociedad interesados. Se garantiza también retroalimentación de los resultados para con los participantes del estudio.

- **Autonomía:**

Esta investigación garantiza a los informantes que su participación en la misma obedece a su propia voluntad, y que en cualquier momento del desarrollo de la misma los participantes pueden declarar sus conflictos de interés, o hacer manifiesto su interés en dar por finalizada la entrevista.

El mencionado consentimiento informado incluirá los aspectos antes señalados en este apartado.

8.5 ETAPAS DE LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS.

a. Etapa I. - Contacto y realización de las entrevistas.

Por vía mail o telefónica se contactarán a los informantes seleccionados, con los cuales se acordará un encuentro presencial en el lugar por ellos elegido, para la realización de las entrevistas.

Se les informará del objetivo del estudio (realización de entrevistas sobre política de salud en Colombia, como proyecto de grado para optar al título de Magíster en Política Social, no se informará del interés sobre el fenómeno del poder para reducir con ello los sesgos). Se les hará explícito los principios éticos de este estudio, los cuales son: Confidencialidad, Respeto, Beneficencia, Justicia, y Autonomía, como se explican en el apartado de Consideraciones Éticas de la Etnografía.

La metodología de la entrevista a estos actores será semiestructurada, no direccional, y pretende seguir la siguiente dinámica:

- **Realización de Preguntas Generales y Fáciles.**

Se pretende iniciar el debate con preguntas básicas sobre la forma de participación del informante dentro de la Propuesta de Reforma del Gobierno nacional la Ley 100 de 1993. Se enfocará hacia la posición ocupada por este actor dentro del desarrollo de la Política en Salud. **(Preguntas abiertas, no conductuales, neutras).**

TEMAS ORIENTADORES: Ocupación – Representatividad – Contexto para la Política de Salud.

- **Realización de Preguntas Complejas.**

Se dará paso luego a preguntas que hagan más explícito el problema, y que a partir de allí, lleven al informante a expresar sus intereses, y sus preocupaciones sobre el desarrollo de la Política en Salud. **(Preguntas abiertas, no conductuales, neutras).**

TEMAS ORIENTADORES: Sistema de Salud y Desigualdad – Ciudadanía de Derechos – Contexto Socioeconómico de la Salud.

- **Realización de Preguntas Sensibles.**

Se introducirá en el momento oportuno, a que el informante opine y exprese sus vivencias personales, sobre los espacios de participación, el grado de escucha e inclusión, así como sobre la consideración que los entes decisores han dado sobre aspectos fundamentales acerca de la Salud como derecho fundamental. **(Preguntas abiertas, no conductuales, neutras).**

TEMAS ORIENTADORES: Derecho a la Salud – Intereses tras la Salud – Lógica de Mercado y Capital – Sectores en ruptura – Aliados – Adversarios – Sectores en

Contra (resistencias) – Percepción del Poder – Formas del poder – Procesos del Poder – Poseedores del Poder.

- **Realización de Preguntas de Cierre.**

Se realizarán preguntas que permitan concluir y llevar al informante a dar su opinión en definitiva sobre el poder en la construcción de la política en salud. **(Preguntas abiertas, no conductuales, neutras).**

TEMAS ORIENTADORES: Futuro sobre la Política de Salud – Intervenciones para corregir las asimetrías del poder.

Los datos de la entrevista se grabarán en Audio (empleando una Grabadora de Voz de 2 GB, con capacidad para grabar hasta 32 horas de entrevista); a su vez, los datos propios a la observación del investigador, se registrarán en un diario de notas de campo.

Estas se realizarán en base a los temas orientadores antes descritos, las preguntas serán todas imparciales, neutras, y carentes de juicios de valor; y propenderán por identificar de cada Informante:

- Experiencias asociadas al Poder ante la experiencia de Política de Salud en Colombia durante el proceso de reforma de 2013.
- Opinión personal de cada informante sobre Política de Salud en Colombia durante el proceso de reforma de 2013.

b. Etapa II. – Transcripción de las entrevistas.

La información recolectada y registrada en Audio, serán transcritas en su totalidad, con detalle y precisión sobre cada una de las palabras usadas por cada informante durante la entrevista realizada. Se incluirán en la transcripción las pausas, así como aquellos detalles, comportamientos, y/o sucesos relevantes dentro del discurso, los cuales no alcancen a quedar registrados en el audio, pero si en las notas del diario de campo.

c. Etapa III. - Análisis de la información.

Se propone analizar las transcripciones de las Entrevistas Semi-Estructuradas realizadas a los actores antes citados, enfocadas en Categorías de Análisis que expresen los antecedentes, conocimientos y opiniones de los participantes sobre:

- Opiniones sobre la configuración del poder en la Política de Salud en Colombia, a la luz del proceso de reforma de 2013.
- Injerencia de intereses Socio-Económicos en el desarrollo de la política en salud.

Para ello se realizará transcripción de las entrevistas realizadas, posteriormente se realizará lectura y análisis de estas entrevistas, para definir y refinar la búsqueda de frases y experiencias de los participantes que puedan hacer visibles las formas en que operan las relaciones de Poder, a través de una codificación del texto, se obtendrán Códigos de Análisis, a partir de estos se generaran Categorías de Análisis, estas categorías podrán ser desarrolladas y extendidas en base a la generación de propuestas teóricas de análisis acerca de las relaciones de poder dadas el desarrollo de la política de salud en Colombia, en el contexto de la reforma a la salud realizada por el Gobierno Nacional en el año de 2013.

d. Etapa IV. – Resultados de la investigación.

Se organizará en forma deductiva tras la deconstrucción de una realidad percibida por diversos actores dentro de la política de salud en Colombia, a través de una descripción densa, se espera hacer visible las diversas experiencias y formas en que el poder determina la construcción y desarrollo de la política social en salud, así como se espera hacer recomendaciones para la mejora de los procesos de participación, y de toma de decisiones en la construcción de la política pública en salud. Se socializarán los resultados de esta investigación con los actores entrevistados.

9. RESULTADOS.

9.1 FORMAS DEL “PODER” & DEL “NO PODER”.

– El Poder es para mangonear.

Las visiones y expresiones que hace del poder cada actor entrevistado son diversas en tanto cada actor ha ocupado una diversa posición en la jerarquía de actores dentro del Sistema de Salud Colombiano, sin embargo pese a la diversidad de posición de los diversos actores, es común identificar el peso relativo que el poder da a cada actor para decidir y para ejercer un determinado impacto sobre el curso del diseño de la política, esto queda resumido en una de las verbalizaciones de uno de los entrevistados cuando dice:

“El poder es para mangonear”. ACTOR DE LA SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA.

De los diversos actores que conforman el Sistema de Salud en Colombia, dentro del conocido “Pluralismo Estructurado” para la Salud en Colombia, es claro que el Ministro de Salud y su despacho conserva un superior poder sobre el resto de los actores, donde a partir de la inserción de la salud como tema dentro de la agenda pública del gobierno, se suscitó todo un contexto de apoyo político a una reforma al Sistema de Salud Colombiano, como refirió un líder de una importante Fundación consultora sobre política farmacéutica en Colombia:

*“Se generó un movimiento de opinión que en este momento le da toda la legitimidad”
ACTOR DE LA SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA.*

– 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; algunas referencias en este sentido son:

“está claro que la tarea del gobierno ha sido mucho más, plegarse a los intereses de estos grandes actores, que defender a los ciudadanos... es una pelea desigual, y es una pelea en la que además la lógica económica, de que hay que moverse de acuerdo a los intereses de los fuertes, y que al final la tarea del gobierno es la de favorecer y fortalecer la inversión, y al inversionista, es una pelea muy brava”
ACTOR DE LA SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA.

Entre los intereses más preponderantes tras la política en salud priman los de índole económica, así como aquellos que dan oportunidades y posibilidades de crecimiento económico a intereses particulares por sobre el interés público como se denota:

“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 mantiene 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 quien 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 era súper poderoso. En el Sistema de Salud, las EPS fueron asumiendo un gran poder operativo y financiero, ya que ellas articulan al sistema, no una sola, sino varias” ACTOR DE LA INDUSTRIA DE LA SALUD ORGANIZADA.

“la ley permitía en cuanto que no lo prohibía, ¿sí? Que la plata que entra a la EPS por concepto de aportes en salud, fuera sacada internamente, entonces ve usted en crecimiento desmesurado de las redes privadas de prestación de servicios” GOBIERNO – COALICIÓN.

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, entre las acciones que reivindican la salud como derecho social preponderante y de impacto con el desarrollo de la vida misma, se enuncia la acción de la Corte Constitucional de Colombia al presentar en el año 2008 la Sentencia T – 760 con la cual determino un futuro para el desarrollo de la policía de salud en Colombia, haciendo contrapeso a los diversos intereses de las ramas legislativa y ejecutiva en el país:

“la concepción del derecho a la salud ha avanzado mucho, y ha avanzado no por el Congreso ni por el Gobierno, sino por la Corte Constitucional: La Sentencia T – 760 sin duda, es para mí una Ley Estatutaria, es decir la Corte hizo lo que no había hecho el Congreso, y definió que lo primordial en el modelo que sea, es apuntar hacia la concepción, respeto y materialización del derecho a la salud”:
GOBIERNO – ÓRGANOS INDEPENDIENTES.

Dado que la Ley 100 de 1993 estructuró y dio vida a la participación de diversos actores dentro de la prestación de los servicios de salud en Colombia como una forma de operacionalizar un modelo de salud en Colombia posterior al Sistema Nacional de Salud, en base a un modelo mixto de aseguramiento público – privado, ello llevo al fomento de una diversidad de intereses de los diversos actores, como resume uno de los entrevistados:

“cada gremio quiere su pedacito: entonces AFIDRO por un lado con multinacionales, ASINFAR con nacionales; ACEMI por el lado de las contributivas, GESTARSALUD por el lado de las subsidiadas; y así cada uno. Incluso en el Congreso cada uno va como por su parte” **ACTOR DE LA SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA.**

Entre los diversos actores que genero el Sistema de Salud, es evidente para la mayoría de los entrevistados, la forma en que tras la implementación y desarrollo del modelo de atención y prestación del servicio de salud en Colombia, son evidentes los intereses financieros de dos actores en particular: las EPS y la Industria farmacéutica:

“Decir que los intereses y los poderes existentes entre las EPS, obvio, pero también dentro de ellos mismos usted vuelve y encuentra: que una cosa son las EPS privadas, algunas que manejan el régimen subsidiado, son diferentes a las que manejan el régimen contributivo; no es lo mismo Gestar Salud, que son las empresas, las EPS solidarias versus las Cajas de Compensación, versus las EPS Privadas” **ACTOR DEL GOBIERNO – PODER EJECUTIVO.**

“El Modelo se montó dentro de un escenario de competencia regulada, en donde por supuesto la regulación debió hacerla el Ministerio de Salud, y la Superintendencia de Salud, que pareciera que eso no fue así, y los regulados pues desbordaron la capacidad del regulador, y de allí para adelante pues que han venido toda una serie de circunstancias que tienen que ver con una relativa mala implementación de la Ley: Problema de Ineficiencia, problema de corrupción; Y problema... debilidad de los sistemas de información, crisis financiera, intermediación financiera que ha llevado a mal uso de los recursos, en fin, una serie de circunstancias repito, que han finalmente llevado a un sistema fallido”
ACTOR DEL GOBIERNO - COALICIÓN.

“nosotros hemos logrado de que haya una cierta conciencia, que bastante peores son los laboratorios farmacéuticos que las EPS”
ACTOR DE LA SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA.

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

“ahí hay una cosa que se llama Poderes o Poder, pero un poder vinculado a unos intereses ¿Cierto? Que están digamos, enraizados”
ACTOR DE LA SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA.

– El poder del Lobby & el Lobby como poder tras del poder:

De la mayoría de entrevistas fue común encontrar expresiones críticas en relación con la acción del Lobby o Cabildeo al interior del mayor cuerpo constitucional para la toma de decisiones en materia de 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, como 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 al interior de la política pública:

“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 cobra 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 como se presentan las cosas, que yo sé que 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 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.

El Lobby parece configurarse como una fuerza política de altísima incidencia sobre los tomadores de decisiones tanto en la inserción en la agenda pública, así como en el desarrollo e 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 tomadores de decisiones estratégicos frente a otros que no lo pueden hacer.

– Las asimetrías del Poder tras la política en Salud:

Tras la lectura de las entrevistas realizadas, es evidente que los actores pertenecientes a la sociedad civil, se auto perciben 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 son las asociaciones profesionales, los gremios, las asociaciones de compañías aseguradoras, así como a aquellas prestadoras del servicio de salud, en consideración de los incentivos y apoyos que esas puedan hacer en favor de los tomadores de decisiones como se denota a continuación:

“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 ha 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 como hacen consensos” ACTOR DEL GOBIERNO – PODER EJECUTIVO.

En esta coyuntura los actores pertenecientes a la sociedad civil organizada, se identifican en una posición asimétrica y desigual en términos de poder y de participación frente a otros actores y sectores de la sociedad con interés sobre la política de salud:

“cuando uno forma parte de un movimiento de oposición, no se puede mentir a si 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 al 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

Los actores representativos de la sociedad civil en sus referencias hacen evidente el descontento para con el poco valor que tanto el gobierno nacional, así como los parlamentarios del Congreso, dieron a la propuesta alternativa al modelo de salud:

“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 que gastar pólvora en gallinazos digamos. Si, esa es la expresión de la política” ACTOR DEL GOBIERNO – ÓRGANOS INDEPENDIENTES.

“ahoritica 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.

Así, las herramientas con que cuenta la sociedad civil tanto para participar en la construcción de política pública de salud, así como para defender su derecho a la salud, queda restringidas a los alcances que les da la Ley, en términos de posibilidades de realizar Derechos de Petición, Tutelas y Desacatos; así como de solicitar apoyo por parte de amigos y conocidos en los órganos de control. Ante la ausencia de éxito con estas acciones, solo queda la movilización social:

“Lo que hemos hecho ha sido más como llamar a la Superintendencia sobre los casos puntuales, pero más como un tema de favor: Hay hágame el favor y ayúdeme a movilizar a este paciente” ACTOR DEL GOBIERNO – ÓRGANOS INDEPENDIENTES.

“nosotros aquí hacemos una intermediación por un paciente, por ejemplo aquí llegan muchos pacientes: “mi EPS me negó esto, me está demorando”, nosotros hacemos un llamado a la EPS, intermediamos directamente, y lo hacemos de manera siempre muy cordial, recordándole a la EPS los derechos del paciente” ACTOR DEL GOBIERNO – ÓRGANOS INDEPENDIENTES.

“hacer incidencia en políticas públicas son de las cosas que requieren mayor perseverancia, porque los resultados nunca son ni a corto ni a mediano plazo, son resultados a largo plazo” ACTOR DEL GOBIERNO – ÓRGANOS INDEPENDIENTES.

“es la gente que va a lograr crear condiciones de movilización más amplias, obvio habrá coyunturas en las cuales tenemos que estar en capacidad de actuar” ACTOR DEL GOBIERNO – ÓRGANOS INDEPENDIENTES.

“por eso ahora hasta comerciales hay diciendo: no, no se meta a la calle, es la expresión más clara que hay del miedo que hay de que la gente salga a exigir sus derechos, a reivindicar sus derechos. De que la gente tome conciencia de que esta democracia de papel, es una tecnocracia que favorece un interés económico, es una lucha de clases en la práctica” ACTOR DEL GOBIERNO – ÓRGANOS INDEPENDIENTES.

“Este sistema necesita la desigualdad, este sistema necesita, primero: porque tiene que demostrar que alguno que estaba en la base de la pirámide ha logrado avanzar, ese es el de mostrar. Sea uno entre millones ¿cierto? Y Segundo: porque la clave de la acumulación está en que haya salud para ricos y salud para pobres... la asimetría está desde la lógica misma, que necesita de la desigualdad” ACTOR DEL GOBIERNO – ÓRGANOS INDEPENDIENTES.

“la exigibilidad es una acción, cuando yo coloco una tutela hay una exigibilidad jurídica, es una acción de tutela, que voy donde el Juez, pam... que me resuelva y estoy actuando, o sea no estoy echando un discurso, entonces la exigibilidad es acción, exigibilidad viene de exigir, exigir es un verbo, ya, punto... es una acción concreta” ACTOR DEL GOBIERNO – ÓRGANOS INDEPENDIENTES.

“está la exigibilidad jurídica, y esta la exigibilidad social, y está la exigibilidad política: que es tocar los estamentos políticos que deciden en este país, para que realmente establezcan leyes a favor de la gente, del pueblo” ACTOR DEL GOBIERNO – ÓRGANOS INDEPENDIENTES.

Para la mayoría de entrevistados, los cambios pueden darse pero serán demorados dada la complejidad del Sistema; además las formas de reclamo del derecho distintas a las permitidas por la vía jurídica, fomentan la inequidad y la desigualdad social tan común en Colombia.

– *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 actores desconfía del interés del gobierno por intervenir sobre la política de salud en Colombia, es evidente a 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, como refieren:

“Yo no estoy seguro de que en el Congreso quieran corregir desviaciones, ¡los 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 porque salió en esta ley? Había grupos de poder, de interés, quien ayudo 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 Republica, 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 1438, el proyecto de Ley Estatutaria, la que estamos tramitando como Reforma Ordinaria, en su mayoría son iniciativas del Gobierno” ACTOR DEL GOBIERNO - COALICIÓN.

Entre los entrevistados, tanto de la sociedad civil como del gobierno, son evidentes las formas e intereses distintos y si se quiere, opuestos entre la voluntad jurídica de la Constitución Política y la Sentencia T – 760, en relación con la política del gobierno de

turno, y los intereses en materia de política pública a que dan prioridad los gobernantes y los tomadores de decisiones:

“Una cosa es la Política de Estado y otra la Política de Gobierno” ACTOR DEL GOBIERNO – PODER EJECUTIVO.

“hay decisiones de macro-política, 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

“hay unas negociaciones, el lobby, el cabildeo que hacen las multinacionales y los actores de interés en estos temas con el gobierno” ACTOR DE LA SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA

“aquí estamos jugándonos el negocio, entonces luego lo revisten de un discurso de legalidad y de un discurso de derecho. El ejemplo más claro que tenemos ahora con la Ley Estatutaria” ACTOR DE LA SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA

“corresponde a una ambición del Estado, a una visión del poder, a una visión de la sociedad, a una visión donde todo puede generar ganancia, a una visión en donde supuestamente el mercado es el que tiene que definir” ACTOR DE LA SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA

Finalmente la política social en Salud responde más a unos lineamientos del Gobierno Nacional y sus asesores, que a un interés público y ciudadano sobre la posibilidad de organizar un modelo de salud y un sistema de aseguramiento que garantice el desarrollo y provisión del goce de la salud como un derecho fundamental.

9.2 INTERESES SOCIOECONÓMICOS Y SALUD.

- *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:

“Cada vez va a pesar más en la organización, el desarrollo, y sobre todo en el financiamiento y en el gasto de los sistemas de salud, es 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

Así la experiencia descrita parece develar que los diversos actores con roles y participación directa o indirecta dentro del sistema de salud colombiano, establecen en la práctica intereses y relaciones de tipo económico:

“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

Resulta alarmante la forma en que la organización del sistema de salud se condicione y se estructuro en base a 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:

“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

“La Ley 100 trae una connotación completamente diferente, en la cual se le da enorme participación al sector privado, aparecen unas empresas que son las Empresas Promotoras de Salud (EPS), para manejar el concepto de aseguramiento, y se modifica totalmente el concepto y empieza a aparecer, dijéramos el concepto del negocio de la salud, y la salud vista como negocio, el sector privado empieza a participar intensamente, construye infraestructura que le estaba haciendo falta al país, invierte en el sector de la salud, pero siempre dijéramos, con un objetivo primordial que tiene el sector privado, eso no es punible ni mucho menos, el sector privado invierte es con fin de lucro y de ganancia, esa es la esencia del sector privado” ACTOR DEL GOBIERNO – ÓRGANOS INDEPENDIENTES.

Es revelador el hecho de que para algunos actores (particularmente los usuarios y los pertenecientes a instancias del gobierno), defiendan y/o justifiquen el actual modelo de salud el cual es particularmente inequitativo y desigual por su carácter mixto, respetuoso de la propiedad privada, de las formas de producción privadas, y del enfoque de mercado para la salud:

“mientras existan instituciones privadas que su 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 así como en todo” ACTOR DEL GOBIERNO – PODER EJECUTIVO.

Finalmente resulta polémico encontrar que la mayor parte de los más de veinte años de trayectoria del sistema de salud vigente, la sociedad civil presente reclamos y quejas en forma masiva y organizada a unos niveles históricos solo hasta ahora:

“por muchos años mucha gente se ha beneficiado de este modelo de atención, entonces desmontar algo así de un día para otro, eso no es tan fácil ¿Que hay intereses? Claro que los hay, si los hay, y eso es triste...” ACTOR DE LA SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA

También es común la preocupación sobre la corresponsabilidad del gobierno nacional, y de los tomadores de decisiones en materia de política pública de salud, toda vez que el Estado Colombiano mantuvo silencio, y con este permitió formas no ortodoxas para sacar provecho económico de un sistema de salud cuyo fin no es generar riqueza, sino proveer salud y bienestar:

“hay una priorización estatal de favorecer al intermediario en el que, en el cual ha delegado las decisiones en el tema de salud frente al usuario, en una lógica, decimos nosotros: mercantilista de la salud, que privilegia el negocio, la ganancia, el lucro, en contra de los intereses, las necesidades de la gente” ACTOR DE LA SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA

“quienes dominan la salud es el poder económico, la intermediación financiera, lo privado, eso es lo que está dominando a la salud, y yo lo veo acá como parte del

movimiento social en salud, como parte institucional uno ve que el poder es económico ¿sí?” ACTOR DE LA SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA

- ***Los Intereses e Incentivos Políticos:***

Es fácil identificar en los actores el alto grado de politización y de carga ideológica que tras de las decisiones en materia de salud se dan:

“Nosotros creemos en la política, la política también es un negocio, requiere recursos financieros” ACTOR DE LA SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA

“estas cosas no se mueven rápido, y no son argumentales, todo el mundo se va moviendo con criterios políticos” ACTOR DE LA SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA

Los intereses políticos citados por algunos de los participantes hacen manifiesto el hecho de que tras la política de salud en todos sus aspectos bien sean: el aseguramiento, la prestación de servicios, la cobertura de los mismos, la gestión y dirección del mismo, median intenciones, deseos de individuos y de organizaciones las cuales usan la política para obtener satisfechos anhelos de captación de capital financiero:

“aquí no hay un actor incólume, puro y transparente que uno señale, ni siquiera los usuarios, que uno pudiera decir: hombre, los usuarios que están ajenos a todo, también ellos tienen sus intereses, y desafortunadamente muchas veces detrás de los usuarios está la industria farmacéutica” ACTOR DE LA SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA

“desafortunadamente los actores, cada uno tiene intereses dijéramos, son pocos los que uno podría señalar no tienen algún interés” ACTOR DEL GOBIERNO – ÓRGANOS INDEPENDIENTES.

Es alarmante la vehemencia y claridad con que algunos de los participantes señalan el recurso público para la salud, como fuente directa de financiación y mantenimiento del sistema político en tiempos de campaña política electoral:

“este es un sistema que está moviendo unos 36 millones de pesos; dice el Vicepresidente en una de sus declaraciones del año pasado, que entre 48 y 52 billones de pesos, ¡muchísima plata! ¿Cierto? Pero también político: con la salud se compran votos, con la salud se financian campañas, con la salud se sostiene también el establecimiento” ACTOR DEL GOBIERNO – ÓRGANOS INDEPENDIENTES.

“la salud está ligada a otros intereses: partidos políticos que están buscando algo, entonces meten el tema de salud; sindicatos, claro cuando el tema que está en juego les afecta pues se mueven” ACTOR DE LA SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA

En relación con las diferencias tanto de discurso, de apoyo político, de presión por parte de los grupos de interés, y de éxito político en las deliberaciones en el Congreso de la República, uno de los entrevistados dio una interpretación personal tratando de explorar los determinantes del fracaso para la iniciativa de proyecto de ley elaborada por miembros organizados de la sociedad civil, en contraposición a la iniciativa de gobierno:

“el discurso del Doctor Mario Hernández a quien conozco, y por quien tengo admiración y respeto, dijéramos... no ha sido escuchado porque ha sido ligado a una corriente política, entonces es la expresión de una corriente política, y en el Congreso lo miran políticamente; entonces esa expresión... el Congreso es el arte de la política, es el summum de la política, entonces como él representa a la oposición, es una fracción minoritaria en el Congreso, entonces podrá ganar todos los debates pero seguirá perdiendo todas las votaciones...” ACTOR DEL GOBIERNO – ÓRGANOS INDEPENDIENTES.

- ***Los Intereses Jurídico Sociales del Derecho:***

A pesar de la fuerza que representa el interés político / económico sobre la política social en salud, actores de la sociedad civil, defensores de derechos humanos y representantes de organizaciones de usuarios y pacientes identifican en la jurisprudencia de la Corte Constitucional el mayor acto con poder y con fuerza, para obligar a los tomadores de decisiones y a los actores preponderantes del Modelo de Salud, a incluir en estas acciones enfocadas a la garantía de la salud como un derecho fundamental:

“la Sentencia T – 760 de la Corte Constitucional, indudablemente fue un hito histórico, esa Sentencia es casi que una Ley Estatutaria en Salud porque le dio a la salud ya no el nivel solamente de servicio público esencial, sino que lo convirtió en derecho fundamental como derecho propio, no como derecho sucedáneo o conexo con el derecho a la vida, sino como un derecho fundamental” ACTOR DEL GOBIERNO – ÓRGANOS INDEPENDIENTES.

“Siempre mostrar el interés genuino del paciente, y los derechos que se le deben de respetar al paciente, que se le deben de respetar a toda persona, a todo ser humano, más aun cuando se trata de un tema de salud, cuando uno está enfermo es cuando uno está más vulnerable y más lo necesita” ACTOR DE LA SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA

“no se trata solamente de pelar por un sistema de salud muy bueno, si quiere en clave de derecho; sino por un sistema de vida que permita la salud de la gente” ACTOR DE LA SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA

Es deseable para las personas entrevistadas, que ocupan un rol dentro del mapa de actores en el sistema con menos protagonismo y menos poder que los principios e ideales de justicia, equidad, e igualdad sean incorporados como determinantes y componentes fundamentales en el desarrollo de un nuevo modelo de salud en Colombia:

“un sistema más justo, es un sistema más equitativo, donde no haya diferencias en razón de la capacidad económica de las personas” ACTOR DE LA SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA

“lo que yo no puedo hacer es que el negar servicios, el poner barreras, y el atender mal a la gente sea la forma de obtener dividendos económicos” ACTOR DE LA INDUSTRIA DE LA SALUD ORGANIZADA.

Para estos actores, es retador el desequilibrio de fuerzas con que se sienten para actuar, las cuales no permiten siquiera proponer e incidir en un cambio de modelo:

“en la práctica estamos en la pelea, y somos víctimas de la pelea, y algunos son victimarios en la pelea, o son beneficiarios del negocio... no es suficiente con decir que este sistema es perverso, que este sistema es de negocio, que genera muerte (...) bueno este sistema es todo eso, ¿y entonces por cual lo cambiamos?” ACTOR DE LA SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA

El ideal de un sistema de salud incorporado a un modelo de salud nacional, igualitario, justo y equitativo requiere de una voluntad pública de beneficiar y verificar el cuidado del gasto público, a través de formas de vigilancia, control e inspección que prohíban y castiguen formas de violación de las finanzas públicas de la salud: es decir, de las formas usuales de corrupción:

“Al final, lo importante es que nos unamos haber que lo que salga sea menos corrupto, o permita menos la corrupción, favorezca más a los pacientes, y se centre más en la accesibilidad, equidad desde el punto de vista, le decía, de los paquetes; y algo que es importante, o sea: accesibilidad y equidad” ACTOR DE LA INDUSTRIA DE LA SALUD ORGANIZADA.

“cuando a uno le hablan de limitaciones, de exclusiones, de priorizaciones, pero no te están hablando que van a ser para evitar tanta corrupción, y que se sigan robando la plata de la salud, pues uno ahí siente que no hay justicia” ACTOR DE LA SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA.

- ***Unos Intereses e Incentivos en el lugar equivocado:***

Históricamente, tras más de veinte años de Ley 100 de 1993, la revisión, auditoría y control de los incentivos financieros que estimulan al Sistema de Salud, y que llevan a formas de interacción entre los actores ya sea por vías de transacción de capitales, así como por formas de transacción de bienes y/o servicios:

“¿En qué se parece un hospital público a un monta llantas? Aparentemente en nada ¿Cierto? Pero si usted es el gerente del monta llantas ¿Cierto? Y le dicen: mire señor gerente, salga a barrer las calles para que la gente no se pinche, entonces usted lo hace y se quiebra, porque usted vive es de facturar es el pinchazo, y entre más gente se pinche, más rentabilidad tiene el monta llantas; guardadas proporciones lo que le están diciendo a los gerentes de hospitales es lo mismo, le están diciendo: salgan a hacer promoción y prevención para que la gente no se enferme, pero a usted le pagan es por paciente atendido, entonces a usted no le reconocen la caries que no obturó, sino la caries atendida; a usted no le reconocen la menor de catorce años que no se embarazó, sino el paciente atendido menor de catorce años que atendió, entonces el estímulo no está donde está, donde debe estar; el incentivo de la renta, hoy por hoy esta es en atender enfermos, no hacer promoción y prevención. ¿Cómo cambia usted el estímulo?” ACTOR DEL GOBIERNO – ÓRGANOS INDEPENDIENTES.

Dicha posición equivocada de los incentivos, fomentando la persistencia de la enfermedad y de un pobre estado de salud en general, en ausencia de incentivos que fomenten hábitos saludables y de calidad de vida, hacen pensar a algunos actores en un cambio en la forma, tipo y ubicación de los incentivos operativos del sistema:

“usted tiene que dirigir el incentivo de renta es hacia la promoción y la prevención, y tener lógicamente recursos para la atención del paciente enfermo, pero que esa no sea su fuente de ingresos, su fuente de ingresos tiene que estar en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, y en el cumplimiento de metas sobre una población asignada” ACTOR DEL GOBIERNO – ÓRGANOS INDEPENDIENTES.

Es resaltable el hecho de que se mantenga en Colombia tradicionalmente el interés sobre las formas y organización del aseguramiento, sin proponerse cambiar de raíz con el Modelo vigente de salud, el cual no es protector de la salud pública, ni fomentador de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad:

“el aseguramiento no pertenece a la salud, nadie crea salud sobre el aseguramiento, el aseguramiento es una forma de proteger el siniestro, la enfermedad o el accidente, y yo creo que se le ha dado mucho énfasis al aseguramiento, mucho economicismo y poca política pública” ACTOR DE LA INDUSTRIA DE LA SALUD ORGANIZADA.

Así, resultan paradójicos los intentos de reforma a la salud de tipo economicista, los cuales superan en cantidad y en calidad de su constructo, a aquellos presentados al margen, proponiendo un nuevo modelo de salud y seguridad social en Colombia.

9.3 FORMAS DE PARTICIPACIÓN.

- *Fin último de la participación.*

Es común para la mayoría de los actores entrevistados, especialmente aquellos provenientes de la sociedad civil el identificarse a si mismos como en diferencia de Poder de Participación en comparación con otros actores con mayor injerencia y con mayores herramientas y contactos para la gestión y movilización de sus intereses.

En últimas, el interés último de los actores de la sociedad civil organizada es el de exigir desde los principios y fundamentos de la legislación en salud, el cumplimiento de los compromisos pactados por el Estado y sus agentes, para la garantía del goce efectivo del derecho a la salud de la población colombiana:

“Lo único que uno puede hacer es pelear por las reglas del juego que al final es la discusión de los derechos ciudadanos, de la construcción de democracia, de la construcción de sociedad” ACTOR DE LA SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA.

Para estos actores provenientes de la sociedad civil organizada, la oportunidad de participar en la reforma de la política social en salud es una forma de cambiar la lógica con que opera la política pública y la provisión del bienestar en Colombia.

- ***Lo novedoso en la formación del Movimiento Nacional por la Salud y la Alianza Nacional por la Salud.***

Los actores que para el año 2013 se insertaron a las plataformas sociales tanto del Movimiento Nacional por la Salud, la Octava Papeleta, y de la Alianza Nacional por la Salud (ANSA), reconocen en ellos y en su organización y movilización una experiencia novedosa, que pese a la diversidad de intereses unifica un solo interés por un cambio en la política de salud:

“el movimiento tiene de interesante que fue el resultado de vertientes, que se lograron coordinar, y que ha tenido fogonazos, y que ha tenido resultados, y ha tenido mecanismos de permanencia muy, muy poco tradicionales” ACTOR DE LA SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA.

Uno de los primeros factores que incidieron en la organización de la Sociedad Civil, fue la creación a partir de la promulgación de la Sentencia T – 760 de la Corte Constitucional, de

una Comisión dedicada a su seguimiento, para la cual se logro reunir entre ellos a actores importantes de la Academia, los Usuarios, las Asociaciones de Pacientes, y algunas ONG:

“Lo que ha tenido de interesante el movimiento ha unido muy distintas perspectivas, y muy distintas aproximaciones, y ha podido mantenerse, pues ahí hay el movimiento de los Constitucionalistas, la Sentencia 760, la Comisión de Seguimiento, per a eso hay que juntarle la gente que se movió en Redes Sociales, que más o menos se sigue moviendo, los Sindicalistas que siguen haciendo su tarea, y la Academia. La Academia que es una cosa muy interesante porque un grupo grande de académicos, y de universidades se han metido en este tema de una manera muy fuerte, muy interesante, y con permanencia” ACTOR DE LA SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA.

De entre estos, los pacientes se convirtieron en protagonistas de la movilización y la visibilización de la política pública de salud, como un tema de interés a insertar en la agenda del gobierno y de lo público:

“uno sabe que en estos casos siempre hay mucha gente promoviendo temas, y los pacientes mismos” ACTOR DE LA INDUSTRIA DE LA SALUD ORGANIZADA.

- ***Formas de la Participación.***

Es relevante identificar diversidad en las formas operativas, prácticas y reales de participación entre los diversos actores: mientras aquellos actores con poder sobre la toma de decisiones, y con cercanía a las instancias con roles protagónicos en la reforma (como lo son el Congreso de la República y el Ministerio de Salud), pueden hacer un uso más fácil de reuniones, foros, almuerzos de trabajo, sesiones de asambleas, entre otros para incluir en la agenda y en las propuestas sus intereses, la Sociedad Civil solo cuenta como forma de participación con las vías que le otorga la legislación, y con aquellas que se derivan de la movilización y organización social:

“Nosotros le apuntamos a dos cosas: Una, el tema de la vía jurídica para casos individuales que se atienden por vía de la Tutela, pero igual es complicado. Si es esa: la Tutela, el Desacato, todo eso. Y el otro punto es el tema de sensibilizar a toda la población que la salud es de todos, y lograr movilizarnos” ACTOR DE LA SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA.

“el derecho a la salud ha avanzado mucho, y precisamente porque ha avanzado es que la Tutela sigue sirviendo, porque está muy claro cuál es el derecho a la salud; y cuando no lo cumplen” ACTOR DEL GOBIERNO – ÓRGANOS INDEPENDIENTES.

Pese a los logros alcanzados, y la visibilidad social que tanto medios de comunicación, como los ciudadanos del común han identificado en sectores de la sociedad civil organizada, quienes lideran dichas movilizaciones no se hallan satisfechos, en sus referencias es común percibir que es más lo que falta por lograr:

“las movilizaciones, yo no digo que no haya sido importante, yo reconozco que han sido importantes, pero no suficientes” ACTOR DEL GOBIERNO – ÓRGANOS INDEPENDIENTES.

“le apostamos a los procesos de base, es decir, en esta lucha vas a encontrar procesos también que le apuntan a la incidencia, al cabildeo, a la figuración en los medios, aunque eso no impacte completamente a la gente, es una manera también, es otra manera de luchar” ACTOR DEL GOBIERNO – ÓRGANOS INDEPENDIENTES.

Para algunos de los actores pertenecientes a la estructura de Gobierno, la participación ya está estructurada, ya se da; así la participación institucionalizada ella tiene la capacidad para recibir todas las visiones y todas las opiniones:

“no es que se le ponga más cuidado a uno que al otro, yo creo que es el manejo del poder ¿No? Algunos son más proactivos, algunos son críticos, muy críticos, yo diría que criticones ¿Sí?” ACTOR DEL GOBIERNO – PODER EJECUTIVO.

“nosotros en la Reforma creemos y le damos mucha importancia a este tema de la participación ciudadana, no solo en la discusión sino en la toma de decisiones que tienen que ver con el Sistema” ACTOR DEL GOBIERNO - COALICIÓN.

“yo no diría que hay algún actor pobrecito que no ha participado, la verdad todos han expresado su punto de vista, lo han hecho, y se les ha dado posibilidades de participar a todos, uno no puede decir: hay un actor ignorado, no” ACTOR DEL GOBIERNO – ÓRGANOS INDEPENDIENTES.

Pese a ello, los actores de la Sociedad Civil encuentran como desiguales y en desventaja en comparación con otros actores pertenecientes al sector de la Industria de la Salud, quienes cuentan con mayores y mejores herramientas de gestión de sus intereses sobre la política de salud, de allí que los actores organizados de la sociedad civil sientan como prioridad organizarse, informarse, y movilizarse más y mejor:

“A los movimientos sociales nadie nos va a dar nada gratis, ¿cierto? Y hay que ganarse el espacio, y ese espacio es en la organización, y es en la movilización” ACTOR DE LA INDUSTRIA DE LA SALUD ORGANIZADA.

- ***Alcance e incidencia de la participación.***

Al profundizar la búsqueda sobre las formas de los actores para incidir sobre la política pública y sobre los tomadores de decisiones, se hace evidente que dichas formas son diversas, se relacionan con la cuota de poder que cada actor posea, así como con el rol y el respaldo político y de posición en el escenario de lo económico y de lo social con que se cuenta:

“la participación es significativa y desigual” ACTOR DE LA INDUSTRIA DE LA SALUD ORGANIZADA.

Los actores de la sociedad civil, si bien se sienten consultados y tenidos en cuenta, identifican con preocupación que el llamado hecho por el Estado hacia ellos para escuchar su opinión, signifique solo un formalismo, un punto más en la agenda pública, para asegurar que hubo inclusión y participación en el desarrollo de la política:

“Este sistema de la Ley 100, en Colombia muchos cambios promueven la participación ¿sí? Por lo menos un discurso de participación, pero es una participación que no define nada, es una participación que muchas veces no es siquiera consultiva, entonces tu puedes hablar mucho, lo que quieras o lo que puedas, pero no significa que se te escuche o tampoco significa que se te tenga en cuenta...” ACTOR DE LA SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA.

“Si, aquí hay un discurso de escucha y participación, pero una práctica de negación sistemática de la opinión. ¿Cómo entender que el Congreso manda pal carajo propuestas tan serias como las que fueron presentadas en el campo de Ley Estatutaria y de Ley Ordinaria, sin ni siquiera discutir las?” ACTOR DE LA SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA.

“La participación en salud yo la veo grave por la forma como opera, como opera la diligencia, la diligencia política, administrativa, gubernamental” ACTOR DE LA SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA.

Uno de los actores sociales entrevistados para esta investigación, refirió como ejemplo de participación formal pero sin impactos ni inclusión de las propuestas e intereses alternativos a los del Gobierno, a las reuniones organizadas por la Comisión Séptima del Senado:

“el Senador Ballesteros hizo también un debate en el Congreso, pero pues nos escucharon y nos mandaron el Acta, pero de ahí a que uno vea... ¿que yo te pueda decir que nos pusieron cuidado?” ACTOR DE LA SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA.

“creo que la Ley Estatutaria en Salud en el tema de participación, la gente puede participar sobre las decisiones que ya han sido tomadas, y eso es una pendejada”
ACTOR DE LA SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA.

“Si usted mira todos los escenarios de participación que nos reglamente, queda limitada, entonces en lo que debemos trabajar desde el Movimiento por la Salud, es des-formalizar la participación, o informalizarla, es decir: que sea más desde acuerdos y no desde reglamentos; desde compromisos y no desde obligaciones”
ACTOR DE LA SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA.

Así, para la sociedad civil todavía el país y los hacedores de política pública carecen de mecanismos prácticos, horizontales, incluyentes y participativos en la construcción de una agenda pública para la salud y la seguridad social:

“una participación muy efectiva todavía falta, falta mucho en eso; falta mucha educación, falta mucha capacitación para que realmente los representantes de la sociedad civil puedan participar efectivamente” *ACTOR DE LA SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA.*

“para poder incidir efectivamente en políticas públicas hay que poder pasar de la queja a la propuesta, y ahí es donde también hay mucha dificultad, nos falta todavía en eso, porque lo más fácil es quedarnos en la queja” *ACTOR DE LA SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA.*

Entre las asimetrías de poder entre la Sociedad Civil y los actores que forman parte de los aseguradores y prestadores de servicios de salud, los usuarios y los líderes de las diferentes movilizaciones señalan la poca capacidad de incidencia política que tienen ellos como ciudadanos organizados:

“digamos, incidencia sobre políticas públicas no lo hace una fundación, nunca ¿Sí? Son procesos tan complejos, que siempre se deben hacer en un trabajo en red ¿Sí? Se dan en grupo nacionales, en grupos internacionales, pero siempre se debe hacer un trabajo en red” ACTOR DE LA SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA.

“Nosotros podemos generar un razonamiento y un discurso construido de hechos, de lo que nos hace converger, pero la debilidad de movilización en salud es enorme: no la hemos sabido encausar” ACTOR DE LA SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA.

9.4 LA PARTICIPACIÓN COMO PODER.

- ***El Poder Participativo de la Sociedad Civil.***

La Sociedad Civil desde la declaratoria de Emergencia Social, hasta la fecha, se ha organizado, y ha venido desarrollando una movilización social y política en búsqueda de garantizar en el texto de la ley, a la salud como un derecho fundamental, este suceso es el más reconocido por los actores organizados de la sociedad civil en las diversas movilizaciones sociales:

“Desde doscientos escenarios, la gente empezó a decir que el exceso de gasto en medicamentos no POS no era solamente una defensa del derecho ciudadano, era negocios, y dinero, y enriquecimiento, y desviación de recursos, y eso logro ganar tanto respeto, tanto respaldo, se posiciono como concepto en Medios de Comunicación, en el Congreso, en todos los actores, para que aparezca una política farmacéutica que está empezando a poner orden” ACTOR DE LA SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA.

“en Colombia hay una Ley Estatutaria: Buena, Regular o Mala, cáigase o no se caiga, esa Ley existe porque el Movimiento Nacional por la salud, y digamos que todo este movimiento social exigió que la salud se reconociera como derecho, y

presentó un Proyecto de Ley. Y si no en este gobierno y en este Congreso nunca hubieran hecho ni una discusión de esa naturaleza, ni una Ley” ACTOR DE LA SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA.

- ***El Poder Participativo de los Gremios en Salud.***

Pese a los avances en las formas de manifestación e inclusión de los actores de la sociedad civil, para estos es palpable el hecho de que tanto gremios como representantes de los aseguradores y de los intermediarios de la salud tienen un mayor poder para hacerle un espacio a sus intereses dentro de la agenda política, la forma en que opera su poder se expresa entre otras en base a mecanismos de lobby político:

“los gremios hacen con mucho ese papel... (En relación con el Lobby como participación)” ACTOR DE LA SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA.

- ***El Poder Participativo del Gobierno Nacional, del Ministerio de la Protección Social, y de la Corte Constitucional.***

Tanto los actores de la sociedad civil, así como los académicos y los representantes de paciente y usuarios reconocen el Gobierno Nacional y sus dependencias, al actor con el mayor poder para definir y conducir la política de salud en Colombia:

“el Gobierno tiene al aparato del Estado, tiene las mayorías en el Congreso. El Gobierno dicta el camino, el Gobierno dicta el camino. Hay fuerzas importantes ¿no? Pero de alguna manera el Gobierno es el Gobierno” ACTOR DEL GOBIERNO – ÓRGANOS INDEPENDIENTES.

“A la hora de encontrar fallas de los actores del sistema, puede decirse que hay fallas de todos, fundamentalmente fallos del Gobierno a la hora de ejercer su gobernanza” ACTOR DE LA INDUSTRIA DE LA SALUD ORGANIZADA.

Solo hasta este gobierno el tema de la salud ocupó un lugar en la agenda al representar uno de los mayores problemas del Estado ante las evidencias de corrupción malversación de los recursos públicos:

“El Ministerio lo que ha podido hacer, es llevar estos fenómenos de corrupción (...) a sus justas proporciones, pero no los está eliminando, no los está corrigiendo. Hay algunos intentos de corregir, yo quiero ver que va a pasar en el Congreso, yo no soy muy optimista, y por supuesto uno no ve que haya una intención de acabar con estas prácticas, y otras prácticas que no son buenas para la salud pública” ACTOR DE LA SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA.

Para con el Ministro y su gabinete, son comunes los reclamos de la sociedad civil, toda vez que con él se hizo evidente la falta de control del Estado sobre sus recursos para la salud, así como se hizo evidente también la ausencia de una política clara de Seguridad Social que incluya con integralidad a la Salud y a sus determinantes como ejes del bienestar social:

“El Ministerio de Salud que asuma una verdadera rectoría desde el punto de vista sobre todo técnico, desde el punto de vista de las políticas públicas, desde el punto de vista de las responsabilidades del funcionario, del compromiso de los mismos, la Súper Salud tiene unas competencias y unas funciones muy definidas que tienen que ver con inspección, vigilancia y control: retomar todas esas funciones” ACTOR DEL GOBIERNO - COALICIÓN.

Pese a ello, se reconoce en el Ministro de la Protección Social un liderazgo para abordar estos temas, y para insertarlos en la agenda pública:

“conociendo quien es el Doctor Gaviria, pero él ha hecho algunos reconocimientos y ha demostrado que tiene una capacidad de debatir, y de reconocer cosas, el ha sido capaz de retirar cosas grandes” ACTOR DEL GOBIERNO – ÓRGANOS INDEPENDIENTES.

En relación con el Presidente de la República, la sociedad civil es crítica frente a la actitud de este para con la salud. Demandan de él un rol de mayor liderazgo, en el que se haga al frente de la crisis de la salud, dado el impacto que esta tiene sobre el desarrollo y prosperidad de los colombianos:

“El Presidente no se ha puesto la camiseta de la Salud para nada, entonces el habla de Paz, el dice que no hay paro (Agrario), el habla de San Andrés, de la Frontera, pero de Salud salió una vez a decir: ¡Ah... se robaron la plata del FOSYGA!, y salió al lado del Fiscal: no, se robaron la plata y vamos a investigar ¿Qué pasó con esas investigaciones? Después volvió a salir a decir: Unificamos el POS y entonces ahora si esto va a ser la maravilla, entonces no dijo nada. Hace poco salió a decir: radicamos la Ley Estatutaria. Entonces el sale como en el titular, pero en el fondo, venga a ver qué va a hacer...” ACTOR DE LA SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA.

Los actores sociales defensores de derechos humanos a su vez encuentran a la acción de la Corte Constitucional, a través de la acción de los Magistrados a través de sus Fallos y Sentencias, una forma jurídica que desarrollo un corpus de jurisprudencia que aboga y defiende a la salud como derecho fundamental, y como deber y responsabilidad única y exclusiva del Estado:

*“la Corte Constitucional tiene un poder grande que no podemos desconocer (...)”*ACTOR DE LA SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA.

- ***El Poder Participativo de las EPS.***

Dado que la Ley 100 de 1993 al dejar capacidad financiera y administrativa a las EPS, les otorgo con ello poder de decisión y de acción frente a la salud y la vida de sus afiliados, ello lleva a los actores entrevistados a interrogarse acerca de si con ello el Estado delego en el Sector Privado una de sus más importantes funciones constitucionales: la atención y

garantía de la Salud a todo Colombiano, ya sea en búsqueda de su promoción, su protección y su recuperación:

“El mayor problema de la actual reforma a la salud está en la pregunta: ¿Quién hace la función de administración, o lo hacen las EPS, o lo hace el Estado? La respuesta como es sabido, es que es preferible que lo hagan las EPS. El núcleo de la actual reforma está en el hecho de que la Ley Estatutaria va a quitarle poder a las EPS, para entregárselo a los Hospitales, Clínicas, a los Médicos, entre otros”
ACTOR DE LA INDUSTRIA DE LA SALUD ORGANIZADA.

Dicha delegación en la responsabilidad, al estar mediada por incentivos financieros y al operar bajo leyes de oferta, demanda, y de costo-efectividad, restringió el carácter público y social de la Salud como derecho, consagrado en la Constitución Política de Colombia.

- ***El Poder Participativo de los Pacientes y Usuarios.***

En 2013 más que nunca, se hizo visible la movilización y real preocupación de la Sociedad Civil, representada por pacientes y usuarios, quienes a través de la movilización social y del derecho legítimo a la protesta social, hicieron manifiesto su interés por un nuevo modelo de salud, con unos principios unas lógicas más de protección social, más enfocados en la lógica del derecho, y menos en la del capital:

“Yo siento que el poder de los pacientes ha tomado fuerza, bien que mal, ahí con dificultades y todo, pero ya los pacientes se han hecho oír mucho, yo pienso que ya para un gobierno es difícil desconocer la posición de los pacientes” **ACTOR DE LA SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA.**

De otro lado, la relación entre los Pacientes y la Corte Constitucional se acentuó y se fortaleció, evidencia de ello es la cercanía y el reconocimiento que la Corte hace de la opinión y de los intereses de pacientes y usuarios en la búsqueda de garantías jurídicas, políticas y sociales de la salud como derecho:

“los pacientes a través de un Grupo que se llama Pacientes Colombia, han estudiado muy juiciosamente los artículos de esta Ley Estatutaria, y han enviado un pronunciamiento a la Corte Constitucional pidiendo que si se aprueba la Ley Estatutaria se apruebe pero eximiendo algunos de los artículos, que como pacientes consideramos que no son buenos que sean aprobados” ACTOR DE LA SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA.

10. SÍNTESIS DE HALLAZGOS ACERCA PODER EN LA POLÍTICA DE SALUD.

Tras las expresiones recibidas por algunos de los actores partícipes en el proceso de reforma a la salud en 2013, es posible identificar a una serie múltiple y diversa de individuos, grupos y organizaciones, de diversa naturaleza jurídica, de diverso interés político, económico y social. Su participación en la inserción de sus intereses en la agenda política para la salud en Colombia parece obedecer a los contextos y entornos a que pertenecen, en función de quienes representan, y de quienes les conforman, siendo así tan **diversos en intereses como en capacidad de poder.**

Estos intereses entre actores parecen moverse entre dos principales a saber: el interés económico; y el interés Social y del derecho a la salud. En la Ilustración No. 3 se ilustra esta interpretación de la realidad social del poder en la política pública de salud en Colombia

Estos diversos actores se mueven según el contexto político, económico y social del país, entre estos dos intereses (el económico y el jurídico del derecho), su margen de acción abarca entre las acciones individuales y las colectivas en salud; los mecanismos a través de los cuales cada actor actúa y se relaciona varían según el grado de poder económico, político y social con que cuenta cada uno de estos, toda vez que el Sistema de Salud colombiano se estructuró entre las acciones de quienes compran y administran servicios de salud, aquellos que prestan servicios de salud, un recurso humano en salud, cierta infraestructura y tecnología en salud, y los usuarios mismos.

En razón a que la legislación y el desarrollo de políticas públicas en salud impacta toda la macro-estructura socio-económica y política del país, los diversos actores de la sociedad (ya sean individuos, grupos u organizaciones), deciden incidir y actuar frente a una realidad actual de debate, y de posibilidad de incidencia política, económica y social sobre la realidad social de Colombia.

De allí el suscitado interés de los diversos actores para participar en la Reforma a la Salud de 2013: reestructurar el orden social de la prestación del servicio público de salud, y dado el enorme capital financiero que representa la administración del Sistema, el número de empleos y recursos que genera, incidir sobre el impacto político y económico que tiene la salud sobre la sociedad.

Es visible tras interactuar con cada uno de los actores entrevistados, que las formas en que cada partícipe de la política social en salud, así como los escenarios dados para dicha participación, operan bajo mecanismos elitistas y verticales, determinados por una estructura vertical de gobierno y de poder, en donde se configuran estructuralmente asimetrías en cuanto a participación, y al grado de incidencia sobre el texto de los proyectos de ley (Véase Apartado 9.1 – *“El Poder es para mangonear”*).

En este contexto, los postulados de la propiedad, de la subordinación y de la legalidad operan en un dispositivo de poder estructurado verticalmente desde el Estado mismo, en alianza con el Sector Privado y la Industria. Así, la Ley, la posición predominante y hegemónica del Estado y de quienes poseen inversiones de capital estratégicas en salud, hacen que los intereses que más hagan fuerza en la inserción en la agenda pública para la salud sean aquellos que privilegian la acumulación de capital, la costo efectividad, la rentabilidad y la obtención última de dividendos.

Así el Estado a través de su posición privilegiada en el diseño, inclusión de temas en la agenda, en la ejecución de la Ley, y en la planificación de la participación de los diversos actores, delimita y define las libertades de cada actor, el alcance de su participación, así como también limita el poder relativo a cada actor para influir con sus intereses particulares, la construcción de una ley que obedezca al interés general de la población colombiana.

Las relaciones de poder aquí tratadas de identificar, y ejemplificadas en la relación de los actores aquí señalados al interior del Congreso de la República, evidencian que éstas operan bajo relaciones de alianza, de asociación; al interior de debates, foros, asambleas, controles

políticos, grupos de decisión; éstas se estrechan más a través de formas de dominación, de estrategias, de planes de gobierno, de establecimientos de las agendas entre actores, puede decirse que el poder en la salud es transversal a todo el Sistema, en tanto el poder desde el gobierno y sus aliados se estructura en torno al interés económico, se generan a su vez resistencias y grupos de oposición que construyen un contra-discurso, y una resistencia a los mecanismos de poder jerárquica y estructuralmente implementados por el Ministerio de Salud y el Congreso de la República por medio de la Ley (Véase Apartado 9.2 –*Intereses Socioeconómicos y Salud*)

Tras revisar cronológicamente la cantidad de Proyectos de Ley relacionados con una reforma a la salud desde 2010 (Ver Capítulo de Anexos), es evidente el incremento en el interés gubernamental por temas relacionados con la agenda de la salud, la seguridad y la protección social, como forma de gobierno sobre la vida de los sujetos, de sus entornos, y de sus contextos, es este un gobierno de la vida, y sobre la vida del colectivo.

Resulta preocupante observar una Política de Gobierno tendiente al financiamiento de un sistema de salud pensado para generar capital, más allá de uno pensado para generar bienestar. El Estado al delegar a su obligación constitucional de garantizar el goce y protección de la salud a los colombianos, a través de la configuración de dispositivos de poder instaurados por medio de la ley, para beneficiar la inversión privada, pone en riesgo la vida y el bienestar de la población, y atenta contra el legítimo derecho de todo ciudadano a vivir con salud y con bienestar.

Las personas del común, la sociedad civil en general, no puede liberarse o emanciparse de dicha dominación estructurada por los poderosos sobre sus vidas, impuesta a través de la política de salud, y los dispositivos de poder por medio de los cuales opera. El ciudadano común queda preso del goce de los servicios de salud, así como de la garantía de esta como un derecho, condicionado a reglas macroeconómicas de oferta y demanda, condicionado este derecho a lógicas rentistas, y a la disponibilidad de los recursos financieros. Su participación e incidencia política en este contexto resultan igualmente difíciles de alcanzar. (Véase apartado 9.3 – Formas de Participación).

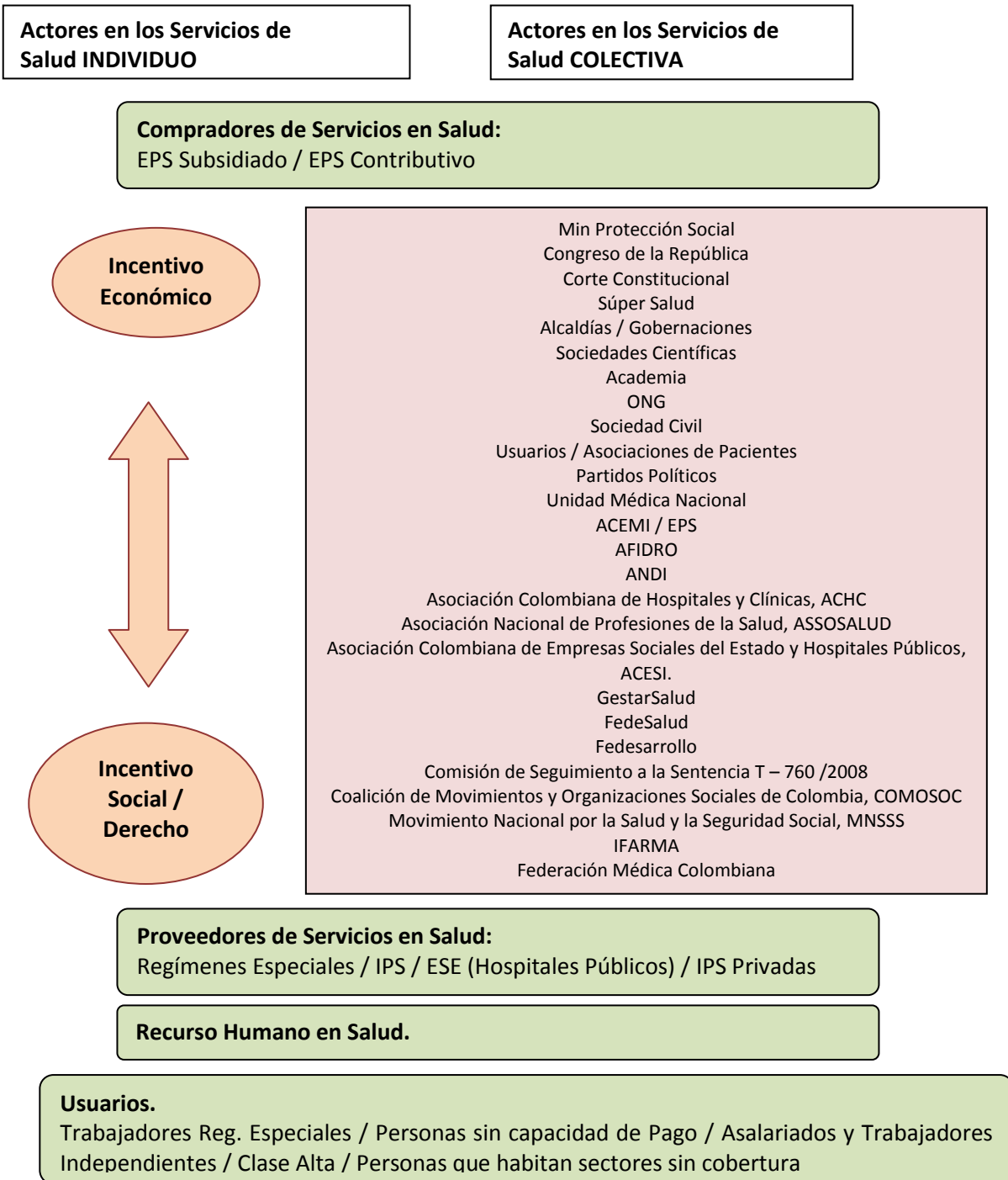


Ilustración No. 3: Incentivos que determinan el Poder en las Políticas de Salud –

Elaboración Propia.

Entre los modos de acción por los cuales los diferentes actores en este estudio identificados inciden y ejecutan su cuota de poder, se concentran desde la ejecución y aplicación de la Ley 100 de 1993, y sus decretos reglamentarios (tecnología de poder más usada tanto por los actores pertenecientes al Gobierno, así como por los Compradores y proveedores de los servicios de salud); de otro lado, constituyen formas de poder las herramientas jurídico-legales de exigibilidad: el Derecho de Petición, la Acción de Tutela, y el Desacato (más utilizados por la Sociedad Civil, y por los usuarios y pacientes en general).

Aparecen como mecanismos de poder de alta incidencia política el Lobby o Cabildeo organizado y la movilización social. Mientras los actores intermediarios del Sector Salud (compradores, proveedores y prestadores del servicio) han utilizado el lobby político, para insertar oportunamente dentro de la agenda pública en salud sus intereses, la sociedad civil en la mayoría de las veces ha recurrido a la movilización social, como forma de incidencia política, en una clara desventaja en cuanto a alcance de poder y de participación en el proceso político de construcción de la ley, y de la política pública (Véase el Apartado 9.1 “Asimetrías del poder”).

Son discutibles a futuro, los encuentros y desencuentros dados entre la política de Colombia como Estado de Derechos, para garantizar y proveer de salud a sus habitantes, *versus* el interés particular de un determinado gobierno, por estimular la inversión particular, y las alianzas público/privadas para proveer salud, ampliar las coberturas, y lograr impactar positivamente sobre la salud.

El proceso actual de reforma a la Ley 100/93, no discute ni cambia la lógica en que se relacionan los actores dentro del Sistema de Salud, ni evidencia un interés franco en transformar el contexto desigual en que opera la provisión de la salud en Colombia, los procesos y los contenidos del proyecto reformista no se sustentan en los diversos determinantes sociales, económicos y políticos de la salud. Es visible la forma desigual, con diferencias de oportunidad, y de participación con que los diversos actores insertan dentro de la agenda pública sus intereses, y finalmente formulan la política pública de salud para Colombia (Véase apartado 9.4 – La participación como poder).

11. RECOMENDACIONES.

Se hacen finalmente recomendaciones por grupos de actores:

- Al Gobierno Nacional / Ministerio de Salud:

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 ello, deberá primar en sus documentos de ley, en su política macroeconómica y social, de unas acciones de gobierno tendientes a la garantía del derecho, y a 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, al interior de la construcción, diseño y 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 del planteamiento de una Agenda Institucional, determinada desde el Gobierno Nacional, para pasar a la construcción colectiva de una Agenda Universal, para la que la salud, su estructuración, y su determinación sean parte de un proceso de diseño, construcción, e implementación colectivos.

- A la Industria Farmacéutica:

Formalizar un pacto y/o acuerdo con el Gobierno nacional, y con la Sociedad Civil, para que prime el interés general de la sociedad para el goce de la salud y el bienestar, por sobre al interés particular para obtener capital y acumular riqueza en base a la venta y distribución de nuevas tecnologías y nuevas terapias en salud.

- A los 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 a la prevención de la enfermedad.

- A la Sociedad Civil:

Trascender de la sola movilización social en base al uso del derecho legítimo a la huelga, para apropiarse de los espacios y escenarios disponibles para la concertación y participación social en el desarrollo de la política pública en salud.

Exigir de sus representantes en el Congreso de la República, así como en el Ministerio de la protección Social, las Gobernaciones y Alcaldías, 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, ayudara a terminar de consolidar el desarrollo del país y a de sus habitantes.

12. BIBLIOGRAFÍA.

ABADÍA BARRERO, CE; & OVIEDO MANRIQUE, DG. (2008). Intersubjetividades estructuradas: la salud en Colombia como dilema epistemológico y político para las Ciencias Sociales. *Universitas humanística* No. 66: 57 - 82.

AHUMADA, C (1998). Política Social y Reforma de Salud en Colombia. *Revista Papel Político*. No. 9. Vol. 35. p.: 9 – 35.

ÁLVAREZ C, LE. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 8 (17): 69-79.

ARÉVALO, DA. (2004). Participación Comunitaria y Control Social en el Sistema de Salud. *Revista Salud Pública*. 6 (2). p.: 107 – 139.

BACHRACH P AND BARATZ MS (1962). The two faces of power. In Castles FG, Murray DJ and Potter DC (Eds). *Decision, Organisations and Society*. Harmondsworth: Penguin.

BAENA GIRALDO, A. Pensar El Derecho a la Salud en Colombia Hoy. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. [En línea] Recuperado de: <http://bit.ly/15Sh8gb>

BACHRACH, P., & BARATZ, M. S. (1970). *Power and poverty: Theory and practice*. New York, NY: Oxford University Press.

BANIK, B., J. (1993). Applying triangulation in nursing research. *Applied Nursing Research*, 6 (1), p: 47 - 52.

BOURDIEU, P. (1989). Social space and symbolic power. *Sociological Theory*, 7, 14–25.

BORRERO RAMÍREZ, Y; & ECHEVERRY LÓPEZ, ME. (2011). Luchas por la salud en Colombia. Una propuesta teórica para su análisis. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. Vol. 10 No. 21. p.: 62 – 82.

CASTRO, E. (2011). *Diccionario Foucault: temas, conceptos y autores*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores. 432 p.

CEPEDA ESPINOSA, MJ. (2008). Corte Constitucional. Sentencia T-760/08. [En línea] Recuperado de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=33490>

COBURN, D; & COBURN, E. (2007). Health and Health Inequalities in a Neo-Liberal Global World. En: *Equity in Health and Health Care*. Cambridge University Press. 276 p.

COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 100 de 1993. (Diciembre 23). “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”. 1993. Diario Oficial 41148.

COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1122 de 2007. (Enero 9). “por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”. 2007. Diario Oficial 46506.

COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1438 de 2011. (Enero 19). “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.”. 2011. Diario Oficial 47957.

COLOMBIA, 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”. [En Internet]. Recuperado de: <http://senadorjorgeballesteros.com/wp-content/uploads/2013/03/Proyecto-de-Ley-Ordinaria-Salud.pdf>

COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Informe de ponencia para primer debate en Comisión Séptima de Senado al Proyecto de Ley número 210 de 2013 Senado y sus acumulados 233 de 2013 y 051 de 2012 Senado. En Revista Gaceta del Congreso, Bogotá. No. 336. 60 págs.

“Comisión de salud y sociedad civil, radicó en senado proyecto de ley ordinaria en salud n. 233”. (2013). Corporación Viva la Ciudadanía. [En Internet]. Recuperado de: <http://www.viva.org.co/lobbying/comision-de-salud/222-sociedad-civil-radico-en-senado-proyecto-de-ley-ordinaria-en-salud-n-233>

“Comunicado de la ANSA” (2013). Alianza Nacional por la Salud; [En Internet]. Recuperado de: <http://www.amarantavive.org/comunicado-de-la-ansa/>

“CSR presenta proyecto de ley estatutaria para reforma estructural del modelo de salud” (2012). Agencia de Información laboral, Escuela Nacional Sindical, ENS. [En Internet]. Recuperado de: <http://www.ens.org.co/index.shtml?apc=a---;1;-;-;&x=20167296>

CORTES GONZÁLEZ, JC. (2011). Reforma al Sistema de Salud. Comentarios a la Ley 1438 de 2011. Bogotá: LEGIS. 548 p.

“CSR presenta proyecto de ley estatutaria para reforma estructural del modelo de salud”. (2012) Escuela Nacional Sindical, ENS. Entrevista con Saúl Franco, vocero de la CSR. [En Internet]. Recuperado de: <http://www.ens.org.co/index.shtml?apc=a---;1;-;-;&x=20167296>

DAHL RA (1961). Who Governs? Democracy and Power in an American City. New Haven, CT: Yale University Press.

_____ (1959). The concept of power. Behavioral Science, No. 2. p.: 201-215.

_____ (1961). Who governs? Democracy and power in an American city. New Haven, CT: Yale University Press.

“Declaración Política de la Asociación Nacional por el Derecho a la Salud ANSA”. (Bogotá, 18 de julio de 2013). . [En Internet]. Recuperado de: <http://www.asmedasantioquia.org/80-magazin/magazin-no-26/5658-declaracion-politica-de-la-asociacion-nacional-por-el-derecho-a-la-salud-ansa>

De CURREA-LUGO, V. (2010). Salud y Neoliberalismo. Bogotá DC: Departamento de Bioética, Universidad El Bosque. Colección Bios y Oikos. p.: 140 – 153.

DEFENSORIA DEL PUEBLO (2012). La Tutela y el derecho a la Salud. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia. 247 p.

DELGADO GALLEGO, ME; VÁZQUEZ NAVARRETE, ML; ZAPATA BERMÚDEZ, Y; & HERNÁN GARCÍA, M. (2005). Participación social en salud: conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en Colombia. Una mirada cualitativa. Rev. Esp. Salud Pública. 6 (79): 697-707.

DELGADO GALLEGO, ME; & VÁZQUEZ NAVARRETE, ML. (2006). Conocimientos, Opiniones y Experiencias con la Aplicación de las Políticas de Participación en Salud en Colombia. Rev. Salud Pública. 8 (3): 150 - 167.

DENZIN, N. K., & LINCOLN, Y. S. (1994). Handbook of Qualitative Research. Thousand Oaks, California, EEUU: Sage Publications. 1210 págs.

DIAZ R, T; & LOTTEAU, Y. (2011). La salud colombiana en la jurisprudencia constitucional. Cartagena de Indias: Universidad de Cartagena; Universidad Libre. 144 p.

DOCTORADO INTERFACULTADES EN SALUD PÚBLICA. (2010). 23. La Sentencia T-760 Alcances y limitaciones. Bogotá: Doctorado Interfacultades en Salud Pública.

Cuadernos del Doctorado No. 11. Debates en Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia. 157 p.

ECHEVERRY, O. (2008). Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia. *Rev. Panam. Salud Pública/Pan Am J Public Health* 24(3).

EMERSON, R; FRETZ, R; & SHAW, L. (2001). *Processing Fieldnotes: Coding and Memoing*. En: *Ethnography*. London: SAGE Publications Ltd. Vol I. p.: 243 – 266.

FISCHER, F; MILLER, GJ; & SIDNEY, MS. (2007). *Handbook of public policy analysis, theory, politics and methods*. Boca Raton, FL, EEUU: CRC Press - Taylor & Francis Group. 642 págs.

FOUCAULT, M. (1994). *Estrategias de Poder: Obras Esenciales, Vol. II*. Barcelona: Paidós. 407 págs.

_____ (1972). *Les intellectuels et le pouvoir*, (Entrevista con Gilles Deleuze). *L'Arc*. No. 49. p.: 3 – 10.

_____ (1974). *Human nature: Justice versus Power*. En: Elders, F (Comp). (1974). *Reflexive Water: The basic concerns of Mankind*. London: Souvenir Press. p.: 135 – 197.

_____ (1977). *Poderes y Estrategias. Les révoltes logiques*, No. 4, primer trimestre.

_____ (1977). *El nacimiento de la medicina social*. *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud*. No. 6. p.: 89 – 108.

_____ (2010). *Nacimiento de la Biopolítica. Curso en el Collège de France (1978 - 1979)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina. 401 págs.

FRANCO GIRALDO, A. (2012) Referentes teóricos para el análisis de la reforma del sistema de salud colombiano. *Rev. Gerenc. Polit. Salud.* Vol.11, No. 22. p.: 28 – 42.

“Gestión de Ministros” En: Colombia Opina 2013-2 La Gran Encuesta – Medición 8. Tercer año de Santos. Bogotá DC: IPSOS-Napoleón Franco. Fecha de la Encuesta: Julio 31 de 2013. 73 págs.

GORBANEFF, Y; TORRES, S; & CONTRERAS, N (2004). Anatomía de la cadena de prestación de salud en Colombia en el régimen contributivo. *INNOVAR, Revista de Ciencias Administrativas y Sociales.* No. 23: 168 – 181.

GORBANEFF, Y; TORRES, S; & CONTRERAS, N. (2008). Fuentes de poder de las aseguradoras frente a las prestadoras hospitalarias en el sistema de salud colombiano. El caso de la concentración industrial. *Rev. Gerenc. Polit.* 7 (14): 177-186.

GRANADOS, R; & GÓMEZ, MC. (2000). La Reforma de los Sistemas de Salud en Chile y Colombia: Resultados y Balance. *Rev. Salud Pública.* 2 (2): 97-120.

GUMMESSON, E. (1999). *Qualitative methods in management research.* Second Edition. Inglaterra. Sage Publications. 264 p.

ECHEVERRY, O. (2008). Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo el caso de Colombia. *Revista Panamericana de Salud Publica.* Vol. 24 No. 3, p: 210 – 216.

HABERMAS, J. (1971). *Knowledge and human interests.* Traducción de Jeremy J. Shapiro. Boston: Beacon. p.: 301 – 317.

HERNANDEZ ALVAREZ, ME. (1999). El Proceso Sociopolítico de las reformas sanitarias en Colombia. En: *Memorias del Seminario-Taller Nacional “La salud para todos,*

resultados y retos para el siglo XXI: balance de la reforma sectorial” Cartilla de Seguridad Social No. 5. p: 20 – 43.

HERNANDEZ ALVAREZ, ME. (2000). El derecho a la salud en Colombia, Obstáculos estructurales para su realización. Rev. Salud Pública. Vol. 2; No. 2 p: 121 – 144.

HERNÁNDEZ ÁLVAREZ, M.E. (2002). Reforma sanitaria, equidad y derecho. Cad. Saúde Pública. 18(4) p.: 991 – 1001.

HERNANDEZ ALVAREZ, ME. (2003). El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América Latina. Revista Cubana de Salud Pública. Vol. 29; No. 3. p.: 228 – 235.

HERNÁNDEZ SAMPIERI, R; FERNÁNDEZ COLLADO, C; & BAPTISTA LUCIO, M (2010). Metodología de la Investigación. Quinta Edición. México DF: McGraw-Hill. 613 p.

HERNÁNDEZ ÁLVAREZ, M (2012). Un sistema universal para enfrentar la crisis de la salud. Comunicado de la ANSA. [En Internet]. Recuperado de:

http://www.viva.org.co/attachments/article/222/Texto_de_radicacion_Mario_Hernandez.pdf

HERNÁNDEZ ÁLVAREZ, M (2013). Reforma a la salud: el proyecto del gobierno legitima el negocio. [En Internet]. Recuperado de:

<http://www.razonpublica.com/index.php/politica-y-gobierno-temas-27/3646-reforma-a-la-salud-el-proyecto-del-gobierno-legitima-el-negocio.html>

“La declaratoria de Emergencia Social: regresiva, inconveniente y peligrosa”. Boletín U-235 *In memoriam*, (2010). Medellín: Consultorio de Seguridad Social Integral de la Universidad de Antioquia. Año 3, No. 5. 8 págs.

LÓPEZ O, J. (2010). La última reforma del sistema general de seguridad social en salud en Colombia: lejano de la eficiencia y camino a la privatización total. *Rev. Prolegómenos - Derechos y Valores*. 13 (25). 219 – 233.

LUKES S. (2005). *Power: A Radical View*. Basingstoke: Palgrave. Macmillan.

MADISON, S (2005). *Critical Ethnography: Method, Ethics, and Performance*. London: Sage Publications Inc. 245 p.

“Manifiesto Público de la Alianza Nacional por un Nuevo Modelo de Salud – ANSA”. [En Internet]. (2013) Recuperado de: <http://www.pacocol.org/index.php/noticias/salud/6771-manifiesto-publico-de-la-alianza-nacional-por-un-nuevo-modelo-de-salud-ansa>

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. (2010). ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN COLOMBIA. Tomo VI: Análisis de desigualdades e inequidades en salud. Bogotá.: Ministerio de la Protección Social; Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública. 213 p.

MOLINA G, RAMÍREZ A. (2013) Conflicto de valores en el sistema de salud de Colombia: entre la economía de mercado y la normativa constitucional, 2007–2009. *Rev Panam Salud Pública*. 33(4) p.: 287 – 293.

MORAL SANTAELLA, C. (2006) Criterios de validez en la investigación cualitativa actual. *Revista de Investigación Educativa*. Vol. 24, No. 1. p: 147 – 164.

MURCHISON, J. (2010). *Ethnography Essentials. Designing, conducting, and presenting your research*. San Francisco, CA, USA: John Wiley & Sons, Inc. 242 p.

NAVARRO, V. (2002). *The Political Economy of Social Inequalities: Consequences for Health and Quality of Life*. New York: Baywood Publishing Company. 530 p.

NEWSWANDER, C. (2011). Foucauldian Power and Schmittian Politics: The Craft of Constitution. *Administration & Society*. Vol. 43, No. 5. p.: 537 – 560.

OPS/OMS; MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL; INSTITUTO NACIONAL DE SALUD (2010). *Indicadores Básicos: Situación de Salud en Colombia*. Bogotá: 24 p.

PATTON, M.Q. (2002) *Qualitative Research & Evaluation methods*. 3rd Edition. Thousand Oaks, CA: Sage Publications. 598 p.

PEDRAZA, Z. (2011). *En cuerpo y alma: visiones del progreso y de la felicidad. Educación, cuerpo y orden social en Colombia (1833 - 1987)*. Bogotá: Universidad de los Andes.

PEDRAZA, Z. (2012). La disposición del gobierno de la vida: acercamiento a la práctica Biopolítica en Colombia. *Revista de Estudios Sociales* No. 43. p.: 94 – 107.

PROYECTOS DE LEY En: Congreso Visible. Universidad de los Andes. [En Internet]. (2013) Recuperado de: <http://congresovisible.org/proyectos-de-ley/>

RESTREPO, JH. ¿Qué cambió en la seguridad social con la Ley 1122? *Revista Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”*. Vol. 25 No.1. p.: 82 – 89.

ROCHA BUELVAS, A. (2012). Derecho a la salud en Colombia. La utopía anunciada. *Espacio Abierto Cuaderno Venezolano de Sociología* 21 (1): 59 – 80.

RODRÍGUEZ BERNAL, A (2007), Globalización de la política pública: mediación neoliberal en Colombia, política económica, 1990-2006. *Ciencia Política*. No. 3. p: 141 – 178.

ROTH, AN. (2010). Ed. *Enfoques para el análisis de las políticas públicas*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. p.: 17 - 67.

SÁNCHEZ TORRES, F. (2012) Gran junta médica para un paciente en estado crítico. UN Periódico. No.158.

SANTA MARIA, M. (2011). Efectos de la Ley 100 en Salud: Propuestas de Reforma. Bogotá: Fedesarrollo. 552 p.

TABIMA GARCIA, D. (2012). La salud pública en Colombia: un derecho en vía de reconocimiento. Revista Médica de Risaralda. 18 (2). p: 109 – 111.

THURMOND, A. V. (2001). The point of triangulation. Journal of Nursing Scholarship, 33(3), p: 253 - 258.

TORRES T, M. (2012). Nuevo pulso por el modelo de salud en Colombia. Le monde diplomatique. Ed. No. 115.

URIBE, M. (2009). La dinámica de los actores en la implementación de la reforma del sistema de salud en Colombia: exclusiones y resistencias (1995-2003). Revista Gerencia y Políticas de Salud. Vol. 8 No. 17. p.: 44 – 68.

VEGA ROMERO, R; & JARA, MI. (2002). Década de los noventa: Discurso de la focalización de subsidios en salud. Revista Gerencia y Políticas de Salud. Vol. 1 No. 2. p.: 82 – 112.

VEGA ROMERO, R. (2010). Igualdad y diversidad: Un enfoque crítico de la justicia social en salud. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana. 288 p.

WALT, G; & GILSON, L. (1994). Reforming the health sector in developing countries: the central role of Policy Analysis. Health Policy and Planning. 9 (4). Oxford University Press. p.: 353 – 370.

WALT, G. (2001). Globalization and health. *Medicine, Conflict and Survival*, Vol. 17, No. 1. p.: 63-70.

WALT, G; BUSE, K; & MAYS, N. (2005) *Making Health Policy*. Glasgow, UK: Open University Press. 206 p.

WEBBER, M. (1922). *Economía y Sociedad*. México DF: Fondo de Cultura Económica. 1237 p.

YEPES, J. F; RAMIREZ, M; SÁNCHEZ, LH; RAMÍREZ, ML; & JARAMILLO, I. (2010). *Luces y sombras de la reforma a la salud en Colombia*. Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo. Assalud & Universidad del Rosario. Bogotá: Mayol Ediciones S.A. 180 p.

ANEXO 1.

Cronograma de Audiencias Públicas, organizadas por la Comisión Séptima del Senado de la República en las cuales participaron los diferentes sectores y agentes a con intereses sobre el Proyecto de Ley No. 210 DE 2013 – Senado y sus acumulados 233 de 2013 y 051 de 2012 – Senado.

FECHA DE LA AUDIENCIA	LUGAR	TEMA
Jueves 11 de abril de 2013	Bogotá – Auditorio Luis Carlos Vélez	Entidades Territoriales
Lunes 15 de abril de 2013	Bogotá – Salón Boyacá Capitolio Nacional	Asociaciones de Pacientes
Miércoles 17 de abril de 2013	Bogotá – Salón Boyacá Capitolio Nacional	Agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud
Jueves 18 de abril de 2013	Bogotá – Recinto de la Comisión Primera de Cámara	Asociaciones Científicas
Lunes 22 de abril de 2013	Bogotá – Recinto de la Comisión Séptima de Senado	Hospitales y Empresas Sociales del Estado
Miércoles 24 de abril 2013	Bogotá – Salón Boyacá Capitolio Nacional	Gremios del sector Farmacéutico
Jueves 25 de abril de 2013	Bogotá – Recinto de la Comisión Séptima de Senado	Facultades de Medicina
Lunes 29 de abril de 2103	Medellín – Universidad Pontificia Bolivariana	Actores regionales del Sistema
Martes 30 de abril 2013	Bogotá – Salón Boyacá Capitolio Nacional	Etnias – Afrocolombianos, indígenas, raizales, palenques y Comunidades ROM.
Martes 7 de mayo de 2013	Cali – Hospital Universitario del Valle “Evaristo García”	Actores regionales del Sistema.
Viernes 10 de mayo de 2013	Barranquilla – Universidad del Norte	Actores regionales del Sistema.
Jueves 16 de mayo de 2013	Bucaramanga – recinto de Concejo de Bucaramanga	Actores regionales del Sistema.

Fuente: Gaceta del Congreso No. 336 (29 de Mayo de 2013).

ANEXO 2.

Curso y Sinopsis de los diversos Proyectos de Ley relacionados con la reforma a la Salud (Periodo 2010 - 2013)⁸.

DOCU- MENTO	LEGISLA- TURA	TITULO	OBJETO	CURSO FINAL
PL 011 de 2010 Senado y 106 de Cámara.	Julio de 2010 – Junio de 2011.	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, y se dictan otras disposiciones	Señalaba la necesidad de una Política de Atención Primaria en Salud; emitió disposiciones para unificar de los planes de beneficios, y para garantizar la prestación de los servicios en cualquier lugar del país.	Sancionado como Ley el 19 de Enero de 2011 (Ley 1438 de 2011).
PL 95 de 2010 Senado	Julio de 2010 – Junio de 2011.	Por la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.	Lograr la universalidad; reestructurar y mejorar el flujo de recursos; mejorar el sistema de inspección, vigilancia y control; lograr el equilibrio contractual entre aseguradores y prestadores; fortalecer el desarrollo de proyectos y programas de salud pública; asignar funciones y competencias a los actores del Sistema	Acumulado el 27 de Septiembre de 2010.
Acto Legislativo 63 de 2010, Cámara.	Julio de 2010 – Junio de 2011.	Por el cual se adiciona el artículo 11 de la Constitución Política para garantizar el Derecho Fundamental a la Salud.	Determinar el derecho a la vida como inviolable; prohibir la pena de muerte en Colombia; garantizar el derecho a la salud para todos los colombianos; hacer el derecho a la salud como superior a necesidades de costo o de equilibrio financiero.	Tras la Ponencia en Primer Debate realizado el 20 de Octubre de 2010, el día 16 de Noviembre de 2010 fue retirado por sus autores.

⁸ Datos obtenidos de: www.congresovisible.org y la Gaceta del Congreso: http://servoaspr.imprenta.gov.co:7778/gacetap/gaceta.nivel_2

DOCU- MENTO	LEGISLA- TURA	TITULO	OBJETO	CURSO FINAL
PL 087 de 2010 Cámara.	Julio de 2010 – Junio de 2011.	Por medio de la cual se modifica la Ley 100 de 1993, y se regula el Régimen de Salud para los colombianos residentes en el exterior.	Hacer ajustes al SGSSS en lo que respecta a la afiliación y cotización de los colombianos residentes en el exterior.	Acumulado con el PL No. 106/10 de Cámara y el PL No. 01/10 de Senado, el día 11 de noviembre de 2010.
PL 263 de 2013 Senado	Julio de 2012 – Junio de 2013	Por la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Redefinir el funcionamiento del SGSSS, eliminar la función de aseguramiento para las entidades particulares, garantizar el acceso y la calidad, modernizar las funciones de rectoría y de defensa del derecho a la salud.	Archivado por transito de la legislatura (20 de Junio de 2013).
PL 233 de 2013 Senado. LEY ESTATU- TARIA <i>(Proyecto de Ley propuesto por la Alianza Nacional por la Salud - ANSA).</i>	Julio de 2012 – Junio de 2013	Por la cual se crea el Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud.	Establece el SUDSSS como medio para el goce efectivo de la salud,	Acumulado el 25 de Septiembre de 2013.

DOCU- MENTO	LEGISLA- TURA	TITULO	OBJETO	CURSO FINAL
<p>Proyecto de LEY ESTATUTARIA⁹ No. 267 – Cámara y 209 – Senado.</p> <p><i>(Proyecto de Ley propuesto por el Ministro de Salud y los Partidos de Coalición).</i></p>	<p>Julio de 2012 – Junio de 2013</p>	<p>Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.</p>	<p>Busca garantizar la salud como un derecho humano fundamental, para ello crea el Sistema Único de Salud (PUS). Fomenta la igualdad en el aseguramiento, dentro del PUS, el cual incluye la promoción de la salud, la prevención y atención de la enfermedad, y la rehabilitación de sus secuelas. Privilegia la Atención Primaria en Salud.</p>	<p>Conciliaciones aprobadas en Cámara y Senado (20 de Junio de 2013).</p> <p><i>Pendiente últimos debates en Sesiones de la Cámara para posterior sanción presidencial.</i></p> <p><i>Entre sus Dificultades están: Deja el Derecho a la Salud dependiente de la sostenibilidad fiscal.</i></p>
<p>Proyecto de LEY ORDINARIA No. 147 – Cámara y 210 – Senado.</p> <p><i>(Autor: Ministro de Salud).</i></p>	<p>Julio de 2012 – Junio de 2013</p>	<p>Por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.</p>	<p>Establece principios del Sistema, regula los beneficios en salud, la operación, gestión y administración del mismo, unifica el manejo de los recursos en salud a través de la creación de una unidad de gestión financiera de naturaleza especial.</p>	<p>Aprobado en Segundo Debate (16 de Octubre de 2013).</p> <p><i>Debilidades están: No se conocen los supuestos económicos sobre los que se le dará sostenibilidad.</i></p>

⁹ La ANSA a través de un Manifiesto Público de Octubre (2013) declara este Proyecto de Ley como “illegítimo y contrario al interés general de los Colombianos”.

DOCU- MENTO	LEGISLA- TURA	TITULO	OBJETO	CURSO FINAL
PL No. 248 de 213 – Cámara.	Julio de 2012 – Junio de 2013.	Por la cual se redefine el Sistema Integral de Seguridad Social en Salud.		Archivado por transito de la legislatura (20 de Junio de 2013).
PL No. 112 de 2012 – Senado.	Julio de 2012 – Junio de 2013.	Por la cual se regula el derecho fundamental a la salud, se determinan sus principios mínimos y se dictan otras disposiciones.	Determina los principios mínimos orientadores del Derecho a la Salud, los criterios generales para el manejo de los recursos públicos, la dirección y la rectoría del Sistema.	Acumulado el 28 de Noviembre de 2012.
PL No. 105 de 2012 – Senado.	Julio de 2012 – Junio de 2013.	Por la cual se reglamenta el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.	Define los componentes esenciales del derecho a la salud, el deber del Estado, los principios orientadores, así como los criterios para dirimir los conflictos relacionados con la garantía del derecho.	Acumulado el 28 de Noviembre de 2012.
PL No. 51 de 2012 – Senado.	Julio de 2012 – Junio de 2013.	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.	Mejora las condiciones de acceso a la población, la sostenibilidad del mismo, y su equilibrio financiero a través de un Esquema de Administración Regulada.	Acumulado el 29 de Mayo de 2013.
PL No. 59 de 2012 – Cámara.	Julio de 2012 – Junio de 2013.	Por la cual se dictan normas de carácter estatutario para el ejercicio del derecho de acceso a la Salud.	Desarrollar los preceptos normativos que garanticen la justa y solidaria prestación de los servicios de salud.	Acumulado el 06 de Septiembre de 2012.

DOCU- MENTO	LEGISLA- TURA	TITULO	OBJETO	CURSO FINAL
PL No. 48 de 2012 – Senado.	Julio de 2012 – Junio de 2013.	Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental a la Salud y se dictan otras disposiciones.	Proteger, garantizar y materializar el derecho fundamental a la salud.	Archivado por vencimiento de términos (20 de junio de 2013).
PL No. 40 de 2012 – Cámara.	Julio de 2012 – Junio de 2013.	Por el cual se adiciona un inciso al artículo once de la Constitución Política que eleva a derecho fundamental a la Salud de todos los colombianos.	La salud es consubstancial a la vida, tanto la vida como la salud deben ser protegidas por el Estado. Busca liquidar el modelo empresarial o de negocio particular para la prestación de los Servicios de Salud.	Archivado en Debate (02 de Octubre de 2012).
PL No. 19 de 2012 – Senado.	Julio de 2012 – Junio de 2013.	Por medio de la cual se fortalece el ejercicio del control social ciudadano al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se establecen otras disposiciones..	Fortalecer el control Social Ciudadano al SGSSS, con el fin de generar mecanismos de vigilancia efectiva a la gestión pública y privada de los recursos destinados a la salud.	Archivado en Debate (07 de Mayo de 2013).
PL No 15 de 2012 – Senado.	Julio de 2012 – Junio de 2013.	Por medio de la cual se dictan disposiciones sobre el Sistema de Vigilancia, Inspección y Control del sector salud y se dictan otras disposiciones.	Fortalece los mecanismos de Inspección, Vigilancia y Control al Sistema de Salud a cargo del INVIMA.	Archivado en Debate (19 de Marzo de 2012).
PL No 200 de 2012 - Cámara.	Julio de 2012 – Junio de 2013.	Por medio del cual se adiciona un inciso al artículo 11 de la Constitución Política que eleva a derecho fundamental la salud de todos los colombianos.	Induce a que las personas conforme a su capacidad económica, contribuyan al sostenimiento del Sistema de Salud.	Archivado en Debate (17 de Abril de 2012).
PL No. 77 de 2011 Senado.	Julio de 2011 – Junio de 2012.	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.	Se redefinen las funciones de cada uno de los actores del Sistema en materia de administración de los recursos.	Retirado por el Autor (Senadores de Coalición) el día 20 de Junio de 2012.

DOCUMENTO	LEGISLATURA	TITULO	OBJETO	CURSO FINAL
PL No. 48 de 2011 – Cámara.	Julio de 2011 – Junio de 2012.	Por el cual se adiciona un artículo nuevo a la Constitución Política para garantizar el Derecho fundamental a la Salud.	Aunque la prestación de los servicios de salud es responsabilidad del Estado, y no obedece a criterios de rentabilidad, las personas podrán contratar de manera directa y autónoma, servicios de salud con empresas particulares.	Archivado en Debate (02 de Noviembre de 2012).
PL No. 198 de 2010 – Senado.	Julio de 2010 – Junio de 2011.	Por la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.	Desarrollo de un modelo preventivo basado en al Atención Primaria en Salud (APS), y apoyado en una red estructurada de servicios.	Acumulado (23 de Noviembre de 2010).
PL No. 189 de 2010 – Senado.	Julio de 2010 – Junio de 2011.	Por la cual se dictan las normas de carácter estatutario para el ejercicio del derecho de acceso a la salud y se adoptan disposiciones complementarias en la materia.	Estructura el Sistema de Salud de acuerdo a los mandatos de la Corte Constitucional. Desarrolla el Sistema Nacional de Salud Pública.	Acumulado (01 de Diciembre de 2010).
PL No. 131 de 2010 – Cámara.	Julio de 2010 – Junio de 2011.	Por el cual se regula el derecho fundamental a la salud, los principios que lo garantizan y se adoptan otras disposiciones. [Derecho fundamental a la salud.	Regula el goce del derecho fundamental a la salud en base a unos principios fundamentales.	Acumulado (09 de Noviembre de 2010).

DOCU- MENTO	LEGISL A-TURA	TITULO	OBJETO	CURSO FINAL
PL No. 131 de 2010 – Cámara & 186 de 2010 – Senado. LEY ESTATUT ARIA Desarrollad o por Dr. Mauricio Santamaría (Min. Salud) & Dr. Juan Carlos Echeverry (Min. Hacienda).	Julio de 2010 – Junio de 2011.	“Por el cual se regula parcialmente el derecho a la salud y a la igualdad en salud en los regímenes contributivo y subsidiado del SGSSS.	Regula parcialmente el derecho a la salud y a la igualdad para los regímenes subsidiado y contributivo. Fomenta un acceso equitativo a los servicios de salud.	Archivado por Transito de la Legislatura (20 de Junio de 2011).
Proyecto de Acto Legislativo No. 18 de 201 – Senado.	Julio de 2010 – Junio de 2011	Por medio del cual se reforma el artículo 49 de la Constitución Política.	Eleva al grado de derecho humano fundamental a la Salud, en congruencia con la jurisprudencia de la Corte Constitucional en materia de Salud.	Archivado por Vencimiento de Términos (16 de Diciembre de 2010).