

Control biopolítico en el sistema de salud colombiano: Ley 100 de 1993*



Biopolitical control on the Colombian health system: case study about Law 100 of 1993

Charlie Stephania Ocaña Calvachy[§]

* Artículo de investigación, resultado del proyecto “Control biopolítico en el discurso de la salud en Colombia 1994-2013”, realizado en la Universidad del Cauca, Colombia.

[§] Politóloga y estudiante maestría en ética y filosofía política, Universidad del Cauca. Miembro del grupo de investigación Fenomenología y ciencia de la Universidad del Cauca.

Correo electrónico:
charlieo@unicauca.edu.co

Cómo citar:

Ocaña-Calvachy, C. (2020). Control biopolítico en el sistema de salud colombiano: Ley 100 de 1993. *Civilizar: Ciencias Sociales y Humanas*, 20(38), 107-118. <https://doi.org/10.22518/jour.cssh/2020.1a06>

Resumen

Este artículo presenta los resultados de la investigación cuyo objetivo fue determinar la existencia de elementos de control biopolítico en la formulación del sistema de salud colombiano reglamentado por la Ley 100 de 1993. Si se tiene en cuenta que la generalidad es que la población forme parte del sistema de salud, se hace preciso un análisis constante y transdisciplinar para estudiar la idoneidad de su funcionamiento, sus condiciones de servicio y las reformas indispensables para su actualización y mantenimiento. De este modo, se hizo un estudio de corte cualitativo, privilegiando las fuentes documentales que permitieron correlacionar los análisis de contexto, las referencias teóricas y la normatividad del modelo de salud. Los hallazgos dieron cuenta de zonas grises y de vacíos legales en la vigilancia estatal de los participantes privados en el sistema de salud, lo que ha permitido la existencia de un control sobre la vida de los ciudadanos que hacen uso de la prestación de los servicios de salud.

Palabras clave

Biopolítica, salud pública, sistema de salud, neoliberalismo, estudios transdisciplinarios.

Abstract

This article presents the results of an investigation project whose aim was to determine the presence of biopolitical control elements in the formulation of the Colombian health system, regulated by Law 100 of 1993. Having in mind that all the population makes part of the health system, a constant and transdisciplinary analysis is necessary, to study the suitability of its operation, its service conditions, and the essential improvements to its actualization and maintenance. Thus, qualitative research was realized, prioritizing the documentary sources that allowed the correlation between context analyses, theoretical references, and the normativity of the health model. The results showed legal grey areas and legal loopholes in the surveillance state of the private participants on the health system, which have enabled and promoted the control over the lives of the citizens who make use of the health services.

Keywords

Biopolitics, public health, health system, neoliberalism, transdisciplinary studies.

Recibido: 28/12/2019
Revisado: 23/06/2020
Aprobado: 25/06/2020

Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-
SinDerivar 4.0 Internacional
(CC BY-NC-ND 4.0).



Introducción

En octubre de 2010 un grupo de estudiantes de la Universidad de Nariño propuso una jornada de vacunación contra de la Ley 100, ofreciendo información a la comunidad universitaria sobre la problemática asistencial en el momento, con la declaratoria de emergencia social en marzo de 2010 y la propuesta de una ley de reforma (después conocida como Ley 1438 de 2011). Si bien en la época, las fallas de la normatividad del sector médico se hacían palpables, como refieren Marín (2012) y Rivera (2013), a partir de la experiencia de 2010 se propuso un análisis de la política que permitiera entender su funcionamiento y, en caso de que existieran, sus falencias.

Aunque el sistema de salud vigente en Colombia se ha convertido en un tópico trabajado por diversas disciplinas, posiciones y enfoques, su análisis desde la Ciencia Política suele privilegiar la propuesta de las políticas públicas¹ sobre otras posibilidades. Con esto en mente, y siguiendo referentes como Gómez (2010), el estudio del presente artículo se proyectó como un recuento de la Ley 100 y su funcionamiento hasta el año 2013, para relacionarlo con la teoría de la biopolítica propuesta por Michel Foucault (1996, 1999, 2001, 2007) en específico. El objetivo principal del trabajo fue comprobar la existencia de control biopolítico (tal como se entiende desde la propuesta de este autor) en las estructuras del sistema de salud colombiano modificadas con la Ley 100 de 1993, entre 1994 y 2013.

Frente a la pregunta sobre si ha existido o no un control de tipo biopolítico (entendido desde la perspectiva propuesta por Foucault) al interior de las estructuras del sistema de salud colombiano modificadas con la Ley 100 de 1993, entre los años 1994 y 2013, se estableció la hipótesis de que los manejos dados al sector salud en Colombia muestran que las direcciones impartidas desde las estructuras de poder han permeado al sector asistencial, permitiendo obtener poder sobre la vida de los ciudadanos. La investigación propuesta fue transdisciplinar y los conceptos orientadores permitieron la comprensión de un fenómeno que supera las fronteras de las diferentes disciplinas y enfoques que lo analizan.

El estudio relacionó la teoría frente a la realidad del sistema de salud colombiano, con lo que se hizo visible que el control sobre la vida de los pacientes se ejerce al dejar de atender a quienes se debería; el estudio permitió concluir que el hecho de que los servicios asistenciales hayan sido adquiridos por

entidades privadas como medios para ejercer poder sobre la vida fue posible a gracias a la descentralización de la salud y la vinculación de la misma con intereses económicos.

De acuerdo con la investigación, si bien puede sonar poco consecuente con el humanismo² que debería caracterizar el tema del cuidado de la vida de las personas, gracias a la biopolítica puede contemplarse que el control sobre la vida se transforme en un medio de poder. Por otro lado, la necesidad de vincular la salud a los servicios públicos, así como las condiciones de alimentación y saneamiento que requiere la población, remiten a la observación del tema según una posición multifactorial, de acuerdo con la cual se determina que la salud de los individuos es afectada según sus condiciones sociales. Resulta poco práctico exigir al sistema de salud el mantenimiento de la calidad de vida de los ciudadanos si no se tienen mínimos vitales para promover y conservar la salubridad en todos los rincones del país. La importancia de manifestar estas problemáticas apunta a reformular un sistema asistencial que no considere la vida como un negocio y un instrumento de poder, sino como un derecho inalienable que debe proteger a toda costa, re-humanizando la concepción del paciente.

Así pues, las conclusiones obedecieron a la pretensión de acercar el estudio de la teoría de la biopolítica de Foucault a un campo de trabajo transdisciplinar, y en este asunto en particular, aportar a la construcción de un modelo de salud más amigable con la población, que entienda al paciente como un sujeto a quién cuidar, y no un sujeto a quién controlar.

Método

Para el desarrollo de la investigación se adoptaron las propuestas de Losada y Casas (2008), haciendo uso del paradigma crítico y los enfoques crítico contemporáneo³ y biopolítico⁴, debido a las implicaciones conceptuales acerca del poder y la dominación sobre la vida.

La metodología siguió un diseño de tipo cualitativo, privilegiando las fuentes documentales; posteriormente, a éstas se sumó la aplicación de algunas entrevistas para determinar mejor los puntos de encuentro entre la teoría de la biopolítica y el discurso del sistema de salud colombiano. Inicialmente, el análisis documental fue la base principal para la recolección de información, mediante revisión bibliográfica.

En principio, las fuentes citadas fueron libros, capítulos de libros o publicaciones de carácter científico en revistas especializadas que facilitaron la comprensión del componente teórico del estudio. Además, en conjunto con artículos de prensa, los documentos de tipo normativo tales como leyes y jurisprudencia, permitieron la contextualización institucional del referente empírico.

De manera complementaria se aplicaron tres entrevistas semiestructuradas con actores del sistema que ofrecieran una visión personal sobre diferentes perspectivas posibles acerca de él. A manera de contraste entre la propuesta de la norma y la vivencia de los pacientes, se entrevistó a dos mujeres: una perteneciente al régimen subsidiado y otra, al contributivo. Inicialmente se entrevistó a Janeth, casada, madre de dos hijos, estudiante de estética y perteneciente al régimen subsidiado. Para contrastar la información legal con la vivencia de un paciente del régimen contributivo, se entrevistó a Marcela, soltera y profesional en arqueología. Dado que la opinión de los pacientes puede diferir de la posición del personal que trabaja en las entidades que ofrecen los servicios de salud, se entrevistó a Carmen Alicia, enfermera jefe y especialista en epidemiología con experiencia en políticas en salud, para reconocer la posición de un trabajador asistencial de la salud.

El análisis de las tres entrevistas no fue de corte estadístico, más bien fue un sondeo que aspiraba a recolectar información de la vivencia del sistema, y correspondió con el relato propio de cada entrevistada sobre su experiencia con el sistema de salud. La selección de las entrevistadas se hizo de manera aleatoria, con personas que quisieron apoyar el desarrollo del estudio en espacios académicos o asistenciales.

En algún punto las entrevistas ofrecieron información contraria a la de los reportajes de prensa, develando que la percepción personal sobre el funcionamiento del sistema de salud parte de experiencias muy variables: para muchos, la normatividad ha resultado muy provechosa en comparación con sus vivencias previas a la Ley 100; para otros, el sistema dista de ser funcional y efectivo. Se reitera que, aunque la información principal partió de fuentes documentales, con las entrevistas se esperaba un acercamiento con la visión personal del sistema de salud, que de ninguna manera puede tomarse como una muestra o un marcador a nivel poblacional.

Las consideraciones finales del estudio obedecieron al análisis del modelo normativo y su ejercicio desde el concepto de biopolítica. Los hallazgos sobre las posibilidades del poder en el ámbito de la salud correspondieron con la perspectiva neoliberal en la que se inscribe el Estado colombiano desde la promulgación de la Constitución Política de 1991.

Contenido

Para iniciar, es preciso señalar que la reglamentación de la salud en Colombia, aun en la actualidad, parte de la Ley 100. Fue sentenciada a finales del año 1993 para reformar, tanto los temas de prestación de servicios de salud, como el aseguramiento de riesgos profesionales y los fondos de pensiones. Sin embargo, ha sido constantemente reformada y cuestionada por todas las legislaciones que la han visto en funcionamiento, lo que ha generado conflictos en el país y promovido pugnas por intereses particulares.

Un importante trabajo sobre la memoria de la salud en Colombia es *La OPS y el estado colombiano: cien años de historia* de Hernández y Obregón (2003). De acuerdo con los autores, y a manera de recuento, como punto de partida de la Ley 100 puede citarse la articulación entre salud y desarrollo propuesta por la Carta de Punta del Este (1967), en la que los objetivos en salud se trazan buscando la implementación de mejores condiciones sanitarias para la población. Debido a que, en ese entonces, la atención de salud en Colombia se encontraba muy fragmentada, su integración se materializó con la aparición del SNS (Sistema Nacional de Salud), en el que varios tipos de instituciones ofrecían servicios que esperaban unificarse. Aunado a lo anterior, en 1990 la Ley 10 reglamentó una descentralización que puso los servicios de salud en manos de los departamentos, si bien se planteó el derecho a la atención en salud como una responsabilidad del Estado. Con la descentralización se esperaba llevar la salud a los niveles más locales posibles.

Posteriormente, con la entrada en vigencia de la Constitución Política de 1991, se traza el camino hacia un sistema general de seguridad social en el marco de la descentralización estatal y un sistema de seguridad social más amplio. En este punto, movimientos tanto en el extranjero como en el interior del país hicieron parte de las motivaciones para la introducción de la Ley 100 a finales de 1993. Orozco (2006) menciona la aparición de una tendencia para la reforma estructural de las empresas

vinculadas al Estado, siguiendo los lineamientos del Consenso de Washington: la propuesta se dirigía hacia la privatización de las empresas del Estado, junto a “la creación de incentivos de mercado para la competencia en la prestación de servicios sociales como la salud”. Este modelo de atención se orientó con un sistema de aseguramiento y la prestación de servicios desde instituciones privadas, siguiendo el ejemplo de Chile.

En ese momento la política del Banco Mundial para el desarrollo de la salud tenía mucho que ver con la protección financiera de los usuarios que no tuvieran capacidad de pago, afianzando el aseguramiento como medio para acceder a los servicios de salud. Por su parte, las críticas neoliberales al Estado de Bienestar facilitaron el ingreso de la empresa privada a la conformación del sistema, la descentralización y la disminución de la intervención estatal. Hernández y Obregón (2003) aclaran que no se puede decir que la:

Ley 100 de 1993 fue una imposición del gobierno de César Gaviria, ni mucho menos, del BM (Banco Mundial). Pero, al examinar con detalle la estructura del nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS, componente de salud del Sistema Integral de Seguridad Social-SISS, se encuentran los ejes de una lógica de integración por la vía del mercado. Esto es, la concurrencia de agentes privados y públicos en un mercado regulado de aseguramiento (Régimen Contributivo), subsidio a la demanda para incorporar a los pobres a dicho mercado (Régimen Subsidiado) y recursos públicos destinados para la “nueva salud pública”. Los predominios y las hegemonías se producen también por vías indirectas, cuando una manera de entender los problemas se convierte en paradigmática y casi natural (p. 310).

Ante todo, la Ley 100 representó el afianzamiento final para la entrada de los actores privados con altos beneficios en un sistema que debía ser (según sus características normativas) manejado por el Estado. La paulatina privatización del entonces nuevo sistema de salud se reforzó con el establecimiento del aseguramiento como base del mismo.

Pese a que la reestructuración al sistema de salud colombiano se planteó como una alternativa de descongestión y ampliación de cobertura del servicio en lugares apartados del país, se efectuó en medio de una baja regulación de las actividades de las empresas privadas, lo que permitió el desarrollo de actividades poco éticas dentro de las institucio-

nes de servicio. De modo sucinto, Martínez (2013) describe algunos de los problemas de la puesta en marcha del proceso de reestructuración del sistema de salud con la Ley 100 de 1993, entre los que destaca la atención para la población dispersa, la baja demanda de servicios en las comunidades rurales, el bajo interés de las entidades por ahorrar recursos y la presión constante de parte de los prestadores de salud por aumentar los recursos que manejarían, mediante el aumento de la cuota que el Estado paga por cada ciudadano atendido.

Con esto en consideración y que la salud es indispensable para la generalidad de los individuos, es correcto asumirla como un servicio que requiere de altos niveles de vigilancia y control para el correcto funcionamiento de los protocolos con los que se lleva a cabo la atención a los pacientes. Sobre este particular, es preciso traer a la memoria que la participación de los entes privados en el sistema de salud se formuló como un medio para mejorar la prestación de los servicios, evitar la apropiación de los recursos destinados a la salud por parte de los funcionarios públicos e impedir las demoras y congestiones en la atención de la población (Ley 100 de 1993, Libro II, Título I); no obstante, los vacíos contenidos en la Ley 100 permitieron, a largo plazo, que la contratación con entes privados tuviera los mismos defectos por los que se propusieron las reformas.

Además, al liberar al Estado de la responsabilidad de prestar los servicios y convertirle solo en un garante de la atención a los usuarios, se dejaron de ejecutar con rigurosidad los controles sobre las instituciones prestadoras de salud. En ocasiones se dio espacio para la ejecución de múltiples inconsistencias en los manejos de los recursos, tanto en el establecimiento de tratamientos y protocolos para la atención a los pacientes, como en la destinación de dineros para fines totalmente alejados de los propuestos por las normas. Franco (2013) da cuenta de uno de los casos más representativos de corrupción en el sistema de salud colombiano en los últimos años, el cual, debido a su carácter paradigmático, se cita *in extenso*:

A partir de la expedición de la Ley 100, empezaron a crearse y a expandirse las nuevas EPS. Una de ellas, *Saludcoop*, llegó a ser la más grande, afilia 3,9 millones de personas, y logra un crecimiento económico exponencial. Fue registrada en 1994 con un capital de 2 500 millones de pesos (un poco

menos de 1,4 millones de dólares, al cambio actual). Al empezar el año 2010, su capital era ya de 439 391 millones de pesos (cerca de 244 millones de dólares al cambio actual). Es decir, solo en 16 años esta empresa de salud incrementó en 176 veces su capital y entre 2007 y 2008, la milagrosa *Saludcoop* logró aumentar su utilidad operacional en 184%. Todo debido a la conversión de la enfermedad en una mercancía rentable, a la conformación de una red completa de intermediación, a una compacta integración empresarial, al incremento desmesurado de recobros, en especial por medicamentos de alto costo, y al recorte de egresos mediante la reducción de servicios prestados a los pacientes y la subcontratación de personal. Debe haber muy pocas empresas legales que puedan lograr semejante ritmo de crecimiento y utilidades.

Las quejas frecuentes de los pacientes de la entidad, la revelación de los datos anteriores y otros indicios, condujeron a las entidades de control del Estado y del sistema de salud a investigar e intervenir a *Saludcoop*. Y se descubrieron datos impactantes, como que el salario mensual de su gerente en el año 2011 equivalía a cinco veces el salario del Presidente de la República y a 162 veces el salario mínimo mensual vigente en el país, que la institución tenía una escuela de golf, grandes inversiones en hoteles de lujo en el país y prósperas inversiones en otros países.

Siendo grave, el de *Saludcoop* no es el único caso entre las EPS, cuya existencia es en la actualidad uno de los núcleos de debate en el SSSS (p. 272).

Que los recursos de la salud se hayan convertido en una oportunidad de negocio tiene implicaciones, incluso, en el modo de concebir y tratar a los individuos en los ambientes de administración sanitaria. Paulatinamente se da un tránsito del paciente al usuario o al cliente, la atención en salud pasa a ser una oferta de servicios, y los trámites administrativos empiezan a copar gran parte del tiempo que los pacientes (o sus acompañantes) deben destinar a la salud. La búsqueda excesiva de utilidades financieras para los privados no se refleja en el buen estado de los espacios de atención pública en salud, que poco a poco decaen o se ven obligados al incremento de los costos y la venta de servicios. Fue así como gran parte del auge financiero de las EPS coincidió con la quiebra, el cierre o la reestructuración financiera de muchos de los hospitales públicos en el país, lo que limitó la posibilidad de atender la población con menores recursos (Suárez-Rozo, Puerto-García, Rodríguez-Moreno, Ramírez-Moreno, 2017).

Con esto en mente y recordando, como se mencionó previamente, que el sistema de salud colombiano ha sido estudiado desde las perspectivas de las políticas públicas y la administración pública, fue posible relacionar sus dinámicas y su discurso con otras corrientes teóricas pertenecientes a la Ciencia Política. La investigación puede verse como un acercamiento a la comprensión del poder que se podría obtener a partir del control de la vida de los ciudadanos y los manejos con ese poder y esas vidas.

Así, dentro de la variedad de teorías pertenecientes a la rama normativa de la teoría política, la propuesta de la biopolítica realizada por Michel Foucault —relativa a la dinámica del poder y el control sobre la vida de los individuos realizada desde múltiples esferas sociales— se perfiló como una interesante idea de trabajo en el campo de investigación de la Ciencia Política con respecto al análisis de las manifestaciones del poder en la sociedad. Según el concepto original de biopolítica, propuesto por Foucault, lo que se pretende es utilizar la vida como un medio para ejercer poder en la población, independientemente de las consecuencias que pueda tener este ejercicio; es el control sobre los aspectos de la vida lo que se considera importante, y así la percepción del valor de la vida *per se* se pierde, cambiando por el valor que tiene como fuente de poder (Pedraza, 2012).

Aunque el uso del concepto de biopolítica que se presentó en el proceso de la investigación no corresponde exactamente con el propuesto por Foucault, la aplicabilidad del mismo para analizar el sistema de salud colombiano es factible debido a las posibilidades de manejo de la vida de la población que ofrece a quienes son responsables de la atención de los ciudadanos; así, las acepciones de biopoder y biopolítica con las cuales se desarrolló la investigación se basan en las planteadas por Foucault, tal y como son expresadas por Guerra (2012):

Acercándose a una definición de Biopolítica, se podría afirmar que es la política de la vida. El biopoder es su brazo activo y en este sentido se puede afirmar que biopoder es un término [que explica,] según la perspectiva foucaultiana, [cómo] el poder se torna materialista y menos jurídico, ya que ahora debe tratar respectivamente, a través de las técnicas señaladas, con el cuerpo y la vida, el individuo y la especie.

La valoración que hace Foucault en torno al biopoder y sus técnicas es el hecho de que la vida ha sido gobernada, manipulada, controlada, vigilada

y medida por el poder, y este fenómeno ha facilitado la acumulación de capital como la expresión más evidente de la ideología del capitalismo en la sociedad contemporánea insertando a los cuerpos dentro del aparato productivo, cosificándolos y determinándolos como objetos económicos. En cuanto a la sociedad del miedo, se produce cuando [...] la biopolítica [logra] su objetivo de controlar y regir hasta el aspecto más íntimo de los individuos (pp. 70-71).

Al seguir esta línea de análisis se determinó que, en el contexto del sistema de salud colombiano, existe una posibilidad de ejercer poder puesto que, desde un inicio, el hablar de biopolítica se sitúa al interior del discurso que tiene como referentes obligatorios el poder arbitrario o legítimo, su ejercicio al interior del Estado y su implementación en relación con el conglomerado humano que lo constituye, sea de manera individual o en conjunto en los aspectos que ofrece la vida, a la manera como lo conciben, designan y garantizan las normas que rigen un territorio (Espósito, 2006 y 2009). Partiendo de este punto, se puede hablar del biopoder como una categoría propia del poder político, inherente a los entes gubernamentales en particular: estos estarían orientados a diseñar políticas que vinculen el ejercicio del poder político con definiciones y categorizaciones de actividades de los grupos humanos, además de permitirse organizar o, incluso, delimitar la existencia de los ciudadanos; al determinar la forma como ha de entenderse el sentido mismo de la vida en los múltiples ejercicios que en ella pueden presentarse, la institucionalidad del gobierno puede consentir en ratificarla como legítima, justa, adecuada o conveniente.

Es interesante considerar cómo el intervencionismo estatal se las ha arreglado para inmiscuirse en lo íntimo de la existencia humana, institucionalizando una serie de situaciones que tienen que ver con el ejercicio de la vida; es así como la salud pública se convierte en un fin del Estado que los titulares del poder político procederán a reglamentar, al tiempo, en procura de intereses económicos privados y bienestar social, muchos de ellos contrarios o incompatibles entre sí.

Siguiendo a Foucault (1996 y 2007), puede determinarse que la biopolítica se ocupa de la *vida biológica* de los seres, regulándolos por medio del poder y sus estructuras administrativas en todos sus aspectos. Abstraído, cosificado e insertado al interior de un aparato social donde no se es más que

un sujeto del rendimiento, el ser humano actual ha perdido su identidad, condenado a ser un constante explotador de sus propias posibilidades de libertad en la “sociedad del cansancio” de la que habla Han (2014), que le confunde hasta refundirle en la generalización, al tiempo en que lo desvincula de lo que le hace ser, sentir y pertenecer al colectivo general.

Se pudo concluir que, inmersos en esta dinámica, los límites, tanto del ejercicio de lo público como de lo privado, pierden su definición, de manera similar a como las políticas estatales chocan con el ejercicio autónomo de los individuos, o de las masas. Estos se constituyen en los temas fundamentales que enfrenta la biopolítica. No cabe duda de que, en ocasiones, el intervencionismo estatal, en busca del desarrollo de los fines propios del biopoder, entra en disonancia con las metas sanitarias que exige la salud pública, cuando quiera que se busquen propósitos vinculados con lucro privado, ganancia utilitarista, o fines semejantes.

Frente a la dicotomía que plantea la capacidad de poder manejar y reglamentar desde el Estado los fenómenos relativos a la vida del ser humano, al igual que a la población misma, al mismo tiempo en que se encuentra enfrentado con un imperativo ético que torna ese poder en arbitrario, injusto, inoportuno, es donde resulta cuestionable en profundidad el ejercicio de la biopolítica. En este punto resulta indudable que permitir la vida de unos puede implicar la negación de la vida de otros (Foucault, 2001; Agamben, 2006).

Finalmente, el estudio permitió reconocer que una ética política o una política ética⁵ constituirían un valioso fundamento cuando fuere menester referirse a una práctica biopolítica. Si se parte del hecho de que el poder es, en sí mismo, instrumento de dominación y consolidación, y que por el ejercicio suyo es posible hacer asequible cualquier tipo de metas, legales o ilegales, está claro el enorme peligro que encierra si se lo relaciona con un proceder arbitrario o alejado de nociones como justicia, equidad, universalidad, derecho y legalidad.

Resultados y discusión

Se verificó que la mayor parte de las interacciones humanas están mediadas por ejercicios de poder, aun cuando en ciertas ocasiones, la sola suposición de que el dominio sea permitido resulte cuestionable. La atención en salud de la población es uno de los escenarios donde se espera que no existan estas

actuaciones, aunque la dinámica actual hace pensar en los cuestionamientos de Foucault (1999):

¿Se podría afirmar, como hacen algunos, que la medicina moderna es individual porque penetró en el interior de las relaciones de mercado? ¿Se trata de una medicina individual o individualista que únicamente conoce la relación de mercado del médico con el enfermo, e ignora la dimensión global, colectiva de la sociedad? (p. 365)

De hecho, la investigación permitió observar cómo el cambio de las condiciones en la prestación de los servicios de salud en Colombia facilitó el tránsito en la concepción de la salud, de la acepción como derecho de la población que amerita un obligatorio cumplimiento por parte del Estado, hacia un servicio ofrecido por terceros, susceptible a las fallas en la prestación y con condicionamientos para el acceso. Franco (2013) propone que, con la entrada de la prestación de los servicios de salud al campo económico, el derecho a aquella cambia para transmutar hacia un bien de consumo. Este fue un punto que tuvo relevancia en las entrevistas de sondeo sobre la posición de los actores del sistema de salud. Si bien hay puntos frente a los que las entrevistas revelaron precisión en la aplicación de las leyes, otras situaciones denotaron deficiencias en la prestación de los servicios.

Durante el estudio pudieron detallarse dos tipos principales de control sobre el paciente, en el sistema de salud; el primero sería el control a partir del reconocimiento médico, como un medio para preservar su integridad y mantenerle con vida. Pudo identificarse con la investigación que, previo a la unificación del Plan Obligatorio de Salud – POS en 2012, el seguimiento médico se hacía con mayor rigurosidad en pacientes de régimen contributivo, mientras que los del régimen subsidiado debían llevar por su cuenta los registros de las atenciones, a fin de que en el tránsito entre los diferentes niveles de atención no se perdiera información vital para el tratamiento o el mismo diagnóstico. Por otro lado, el control de tipo financiero resultó aplicable a ambos sectores de la población, puesto que los balances de pago de cualquier persona debían permitirle costear la atención en salud para poder acceder a ella. Entre los costos no sólo se deben contar los que genera la atención por sí sola, como las cuotas moderadoras por citas, exámenes, medicamentos y procedimientos, sino también los traslados y la manutención en lugares diferentes al de origen.

Sin embargo, no solo los pacientes han sido contrariados por el sistema, también los profesionales asistenciales, quienes aspiran a ofrecer una atención de calidad y son constreñidos por los requerimientos económicos de quienes detentan el poder sobre las entidades de salud (Fernández y Perilla, 2007). Los hallazgos indican que los servicios se convirtieron en una fuente de ingresos para los administradores de las entidades de salud, y es con la vida de los pacientes con la que se transa y se especula en busca del mayor beneficio económico posible.

Debe tenerse en cuenta que la cercanía del ámbito económico a la prestación de los servicios permite generar utilidades a partir de administrar los mismos. Decidir sobre cuáles pacientes atender y en qué condiciones facilita la especulación al interior de las entidades de salud privadas. Con el estudio se observó que el marco de selección de las condiciones y los pacientes es el ejercicio claro del poder frente a la vida de la población, ya que existen condiciones específicas para la atención y, aun cuando se presta un servicio de emergencia a un individuo que no cumple con los requisitos establecidos por los privados, se hace un recobro al Estado por la atención ofrecida a la persona. Hay que aclarar aquí que quienes ejercen el poder no son los entes públicos gubernamentales, sino las entidades privadas que ofrecen los servicios de salud, amparadas por las políticas públicas que les resulten beneficiosas. De acuerdo con Molina, Ramírez y Ruiz (2014):

En el modelo neoliberal/biopolítico, la vida se gobierna a través de las prácticas de mercado de la salud, es decir como un objeto y un servicio que debe generar renta o prebendas de carácter político. De este modo se le quita valor a lo público y se lo somete a los intereses particulares [de modo que] el Estado neoliberal reconoce a los pobres su derecho de vivir con dignidad y de construir equidad pero, simultáneamente, adopta un modelo económico que agudiza la desigualdad y la exclusión (pp. 368 - 369).

Respecto a los depositarios del poder biopolítico, fue visible cómo la responsabilidad que pertenecía al Estado, en un inicio, fue descargada en los privados que actualmente se hacen cargo de la prestación de servicios asistenciales (Herrera, García y Herrera, 2016). Asimismo, la asunción de estas obligaciones conllevó a la obtención del poder sobre la vida de los pacientes y la capacidad de control sobre el modo en que funcionaría el sistema. Además, los entes privados operan bajo débiles regulaciones, lo que

permite que el beneficio económico prime sobre la atención que debería brindarse al paciente. Son las concepciones de mercado las que sirven de fundamento para asumir decisiones en salud pública y en las prácticas de cuidado del paciente, lo que implica que la atención sanitaria se “gerencia” como un servicio fuente de “renta”, y no como una garantía al derecho a la salud; lo que deriva en hacer prevalecer la rentabilidad económica como negocio frente a la obligación de garantizar el derecho reconocido por la Constitución (Suárez-Rozo *et al.*, 2017).

Ahora bien, aun cuando la política fiscal es importante para el correcto funcionamiento del Estado, y una buena administración es ideal para gastar lo necesario y mantener las finanzas en un nivel adecuado, no se puede poner la regulación de los gastos por encima del cuidado de la población, puesto que la institucionalidad gubernamental tiene su razón de ser en la sociedad que lo sustenta e, igualmente, de ella depende la estabilidad y la funcionalidad de las empresas privadas. No solo es cuestión de humanismo, sino de lógica, razonar que el descuido de las bases sociales a las que sirven las empresas públicas y privadas deriva siempre en un mal negocio.

Por otro lado, la concepción de la salud pública referida por Molina *et al.* (2014) “como un derecho subjetivo e individual, cuya satisfacción depende en exclusiva del mercado y la competencia de agentes económicos” (pp. 369-370), pone de manifiesto la prevalencia institucional del concepto de negocio sobre el de garantía de un derecho fundamental, lo que aleja cada vez más al ciudadano de la vida y el bienestar que le deberían ser garantizados en cualquier sociedad contemporánea. Hay además una tendencia hacia el desarrollo de una serie de requerimientos a la sociedad que en gran medida los individuos no pueden solventar, con lo que se espera poner la responsabilidad de la salud propia en manos de cada sujeto mediante el autocuidado. Estas políticas se promulgan aún con el conocimiento de las complejas condiciones sanitarias, económicas y alimentarias en que subsiste la población, desconociendo así la responsabilidad estatal de ofrecer un nivel de salubridad apropiado para cada ciudadano.

Siguiendo esta línea de ideas, pudo reconocerse el bajo nivel de articulación con los programas y servicios de saneamiento y salubridad. De acuerdo con una de las entrevistadas, resulta problemático pedir

a la población mejoras en el cuidado de sí misma, mejor consumo de alimentos y agua potable, mayor control en la disposición de residuos o alejamiento de los vectores de enfermedades transmisibles cuando muchos subsisten en condiciones de abandono por parte de la institucionalidad, manteniendo su salud del modo en que mejor les sea posible. La entrevistada enfatizó en la multiplicidad de factores que influyen en la salud, la responsabilidad de las políticas del gobierno y la importancia de la equidad en el manejo de los recursos destinados a mejorar las condiciones sociales del país. Finalmente concluyó que, aun con una población bien informada a quien se pueda ofrecer todos los tratamientos necesarios y las recomendaciones pertinentes, si no existen condiciones de vivienda, alimentación y saneamiento básicos, es casi seguro que los cuadros de enfermedad se prolonguen, se repitan o incluso se propaguen a otros sujetos de la misma comunidad.

Conclusiones

El análisis sobre la propuesta foucaultiana permitió comprobar que no solo hay una cercanía entre el manejo del sistema de salud en Colombia y la biopolítica, sino que es posible que esta concepción haga parte de las políticas mismas, de modo intrínseco. Aunque no se mencione la intención de desarrollar las propuestas de la teoría biopolítica, el estudio dio cuenta de que las políticas públicas sobre salud permiten administrar la vida de los pacientes a fin de que se obtengan las mayores ganancias económicas posibles; lo que mantiene al sistema en una posición financiera equilibrada y abre espacios para la competencia.

Puede observarse que el poder de manejar las vidas, determinar la atención, los plazos para la misma y las personas que pueden acceder a ella es algo a lo que se accede cuando se tiene la potestad de decidir sobre el sistema de salud. Y aunque, en principio, la teoría de la biopolítica se propone desde un manejo según bases institucionales, el desarrollo de la investigación determinó que, en este caso, quienes en realidad poseen el manejo sobre la vida de los pacientes son los entes privados, en quienes reposa el poder de administrar delegado desde el gobierno y sus funcionarios. De este modo se permiten manifestaciones de tipo económico por parte de las empresas privadas involucradas en el sistema de salud: la búsqueda de la mayor ganancia

posible, aún en detrimento de la calidad de los servicios prestados, la dilación en los tratamientos y la exclusión de los beneficios para sectores con capacidades de pago limitadas.

Con esa respuesta desde la administración de las empresas prestadoras de los servicios, es notorio cómo el poder de control sobre la vida de los pacientes se ejerce según una orientación economicista y sin vocación de servicio, lo que decae en la máxima clásica que dicta el poder de “hacer vivir y dejar morir” (Foucault, 2001, pág. 223): se permite y se ayuda a vivir a la población que tiene capacidades de pago suficientes, que trabaja para permitir la estabilidad de los sistemas económicos y de las propias empresas que prestan la atención en salud. Por otro lado, se deja sin cuidados médicos oportunos y en exclusión de los beneficios de salud a aquellos sectores de la sociedad que no representan beneficio económico significativo para quienes ofertan los servicios de salud. El abandono de esta población vulnerable, en condiciones socialmente complejas, es un modo de dejarlos morir.

Se espera que un día sea concebida una mejor manera de hacer llegar los servicios a la comunidad sin hacer caer a la población en la total dependencia del Estado y el aletargamiento social, manejando los recursos del mejor modo. De la misma manera, es primordial promover una re-humanización en el tratamiento a los pacientes que requieren de los cuidados médicos. La cooperación internacional puede llevar al país en ese rumbo, pero solo bajo la supervisión de una población conocedora de sus derechos y exigente frente a los deberes de los representantes en el gobierno que elige, período a período.

Agradecimientos

Al Doctor Julián Andrés Caicedo Ortiz por su orientación durante el desarrollo del trabajo de investigación, así como la cooperación del Doctor Juan Carlos Aguirre García en la construcción del documento.

Referencias

- Agamben, G. (2006). *Homo sacer. El poder soberano y la nuda vida*. Madrid, España: Pre-textos.
- Álvarez, L. (2005). El derecho a la salud en Colombia: una propuesta para su fundamentación moral. *Rev. Panam. Salud Pública*, 18(2), 129-135. doi: 10.1590/S1020-49892005000700008
- Baêta Neves, C., y Massaro, A. (2009). Biopolitics, healthcare production and another humanism. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 13(1), 615-626. doi: 10.1590/S1414-32832009000500003
- Bolívar, R. (2000). Ética política. *Estudios políticos*, 6(25), 135-146. doi: 10.22201/fcpys.24484903e.2000.25.37293
- Céspedes-Londoño, J., Jaramillo-Pérez, I., y Castaño-Yepes, R. (2002). Impacto de la reforma del sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(4), 1003-1024. doi: 10.1590/S0102-311X2002000400008
- Congreso de la República de Colombia. (1981). *Ley 23 de 1981 por la cual se dictan normas en materia de ética médica*. Bogotá, Colombia: Congreso de la República de Colombia.
- Congreso de la República de Colombia. (1993). *Ley 100 de 1993 por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. Bogotá, Colombia: Congreso de la República de Colombia.
- Corte Constitucional de Colombia. (2008). *Sentencia T-760/08 sobre derecho a la salud*. Bogotá: Corte Constitucional de Colombia.
- Congreso de la República de Colombia. (2011). *Ley 1438 de 2011 por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. Bogotá, Colombia: Congreso de la República de Colombia.
- Cortés, S. (2012). Poder discrecional de la Corte Constitucional en el estado de cosas inconstitucional. *VieI*, 7(2), 57-78. doi: 10.15332/s1909-0528.2012.0002.05
- Correa, M. (2016). La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Revista Cuidarte*, 7(1), 1227-1231. doi: 10.15649/cuidarte.v7i1.300
- Cunha da Silva, C. (2013). Informação em saúde: produção, consumo e biopoder. *Ciência y Saúde Coletiva*, 18 (10), 3083-3090. doi: 10.1590/S1413-81232013001000033
- Daza-Castillo, L. A. (2017). Poder en la política de salud colombiana: la sociedad civil y la reforma a la salud de 2013. *Papel Político*, 22(1), 77-103. doi: 10.11144/Javeriana.papo22-1.ladc
- Dinero. (2013, 21 de agosto). La Ley 100. *Dinero*. Recuperado de <https://www.dinero.com/edicion-impresa/caratula/articulo/la-ley-100/182427>
- Esposito, R. (2006). *Bios. Biopolítica y filosofía*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Esposito, R. (2009). *Comunidad, inmunidad, biopolítica*. Barcelona, España: Herder.
- Fernández, C., y Perilla, S. (25 de noviembre de 2007). Médicos solo recetan si no han llenado cupo que

- imponen EPS. *El Tiempo*. Recuperado de <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-2741983>
- Fortes, P. (2008). Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade social e a equidade. *Cad. Saúde Pública*, 24 (3), 696-701. doi: 10.1590/S0102-311X2008000300024
- Foucault, M. (1996). *Seguridad, territorio y población*. México D. F., México: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1999). Nacimiento de la medicina social (1974). En Foucault, M. (1999). *Estrategias de poder. Obras esenciales II*. Barcelona, España: Paidós.
- Foucault, M. (2001). *Defender la sociedad*. Curso en el Collège de France (1975-1976). México D. F., México: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2007). *Nacimiento de la biopolítica*. México D. F., México: Fondo de cultura económica.
- Franco, S. (2013). Entre los negocios y los derechos. *Revista cubana de salud pública*, 39(2), 268-284.
- Gañan, J. (2013). *Los muertos de la Ley 100: Prevalencia de la libertad económica sobre el derecho fundamental a la salud: una razón de su ineficacia. Caso del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo*. Medellín, Colombia: Facultad de Derecho y Ciencias Políticas Universidad de Antioquia.
- Gómez, F. (2007). La higiene: El mayor hito médico de los últimos 160 años. *Revista colombiana Salud Libre*, 2 (2), 77-78.
- Gómez, F. (2010). *Las condiciones para una biopolítica en Colombia, entre 1904 y 1948: una lectura a la luz foucaultiana* (tesis doctoral). Universidad Externado de Colombia, Bogotá.
- González, J. (2002). Salud y seguridad social entre la solidaridad y la equidad. *Gerencia y Políticas de Salud*, 1 (2), 18-24.
- Grisales, L., y Giraldo, L. (2008). Políticas públicas vigentes en Colombia que contribuyen al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio afines con el sector salud, 2006. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 26(1), 78-89.
- Guerra, Y. (2012). Medicina y Derecho: el control de la vida y la muerte del individuo, desde la norma. *Revista Prolegómenos - Derechos y Valores*, XV (29), 67-77. doi: 10.18359/prole.2369
- Han, B-C. (2014). *La agonía del eros*. Barcelona, España: Herder.
- Hernández, M., Obregón, D. (2003). *La OPS y el Estado colombiano: Cien años de historia*. Bogotá, Colombia: Organización Panamericana de la Salud.
- Herrera, J., García, R., Herrera, K. (2016). La encrucijada bioética del sistema de salud colombiano: entre el libre mercado y la regulación estatal. *Revista de bioética y derecho y perspectivas bioéticas*, 36(1), 67-84. doi: 10.1344/rbd2016.36.15377
- Junges, J. (2009). Direito à saúde, biopoder e bioética. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 13(29), 285-295. doi: 10.1590/S1414-32832009000200004
- Kottow, M. (2010). Salud pública y biopolítica. *Nuevos folios de bioética* 2, 3-28.
- Losada, R., Casas, A. (2008). *Enfoques para el análisis político. Historia, epistemología y perspectivas de la ciencia política*. Bogotá, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales.
- Marín, M. (2012). Crisis de la Salud en Colombia: ¿Un derecho fundamental o un espacio para el mercado? *Kavilando*, 3(1), 116-122.
- Marsh, D., Stoker, G. (Eds.). (1997). *Teoría y métodos de la ciencia política*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Martínez, F. (2013). *La crisis de la seguridad social en salud en Colombia ¿Efectos inesperados del arreglo institucional?* Bogotá, Colombia: Estudios FEDES-ALUD.
- Mattio, A. (2002). *Ética y política. Necesidad de los códigos de ética: su cumplimiento y aplicación*. En V. Martín. (Coordinador), *Ética política de la responsabilidad y pertinencia de los códigos éticos como plataforma anticorrupción de la gestión pública*. Panel llevado a cabo en el VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Lisboa.
- Ministerio de Salud de la República de Colombia. (1994). *Resolución número 5261 de 1994 por la cual se establece el manual de actividades, intervenciones y procedimientos del plan obligatorio de salud en el sistema general de seguridad social en salud*. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud de la República de Colombia.
- Ministerio de Salud de la República de Colombia. (2000). *Resolución 03374 de 2000 por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados*. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud de la República de Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia. (2012). *Boletín de Prensa No 186 de 2012. ABC de la Unificación del POS*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/ABC%20de%20la%20Unificaci%C3%b3n%20del%20POS.aspx>
- Molina, G., Ramírez, A., y Ruiz, A. (2014). *Tensiones en las decisiones en Salud Pública en el sistema de salud colombiano: el bien común en confrontaciones con los intereses y prácticas particulares*. Mede-

llín, Colombia: Pulso y letra editores, Universidad de Antioquia, Colciencias.

Orozco, J. (2006). *Caracterización del Mercado del aseguramiento en salud para el régimen contributivo en Colombia*. Cartagena, Colombia: Universidad de Cartagena.

Pedraza, Z. (2012). La disposición del gobierno de la vida: acercamiento a la práctica biopolítica en Colombia. *Revista de Estudios Sociales* (43), 94-107. doi: 10.7440/res43.2012.08

Redacción El Tiempo. (22 de enero de 2010). Puntos clave de los 10 decretos de la Emergencia Social. *El Tiempo*. Recuperado de <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-7019867>

Restrepo, M. (2012). Biopolítica: elementos para un análisis crítico sobre la salud mental pública en la Colombia contemporánea. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*, 11(23), 39-55.

Reunión de jefes de estado americanos. (1967). *Declaración de los presidentes de América. Punta del Este, Uruguay, 12 al 14 de abril de 1967*. Recuperado de <https://www.summit-americas.org/declaracion%20presidentes-1967-span.htm>

Rivera, A. (2013). Coyuntura del sistema de salud en Colombia: caracterización de una crisis, desde las particularidades financieras de las EPS. *Gestión y Desarrollo*, 10(1), 103-116.

Santa María, M. (17 de agosto de 2008). Los 15 años de la Ley 100. *El Espectador*. Recuperado de <https://www.elespectador.com/impreso/negocios/articuloimpreso-los-15-anos-de-ley-100>

Suárez-Rozo, L., Puerto-García, S., Rodríguez-Moreno, L., y Ramírez-Moreno, J. (2017) La crisis del sistema de salud colombiano: una aproximación desde la legitimidad y la regulación. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*, 16(32), 34-50. doi: 10.11144/Javeriana.rgps16-32.cssc

Ventura, M., Simas, L., Pepe, V. L., y Schramm, R. (2010). Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. *Physis, Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*, 20(1), 77-100. doi: 10.1590/S0103-73312010000100006

Villar, L. (2009). La ley 100: el fracaso estatal en la salud pública. *Revista Deslinde*, 36, 6-9.

Villoro, L. (2012). *El poder y el valor: fundamentos de una ética política*. México D. F., México: Fondo de cultura económica., El Colegio Nacional.

Notas

- ¹ Sobre estudios de políticas públicas relacionados con el sistema de salud colombiano pueden consultarse Céspedes-Londoño, Jaramillo-Pérez y Castaño-Yepes (2002), Álvarez (2005), Grisales y Giraldo (2007), Gañan (2013) y Daza-Castillo (2017).
- ² La noción de humanismo referida en todo el documento tiene que ver con “el reconocimiento de la dignidad exclusiva del paciente, que logre sentirse valorado como persona con todos sus derechos, cuando se le deje de ver como un número y cuando la salud deje de percibirse como un negocio” (Correa, 2016, pág. 1229).
- ³ Enfoque de la ciencia política que adelanta una crítica a los sistemas sociopolíticos contemporáneos con avances conceptuales posteriores a la teoría crítica marxista. El interés principal es el estudio del sujeto en su contexto, y las posibilidades de transformación de los mismos (Losada y Casas, 2008).
- ⁴ Enfoque de la rama normativa de la ciencia política que propone la administración de la vida desde la racionalización de la existencia en el sistema capitalista. Favorece los estudios interdisciplinarios (Losada y Casas, 2008).
- ⁵ En este apartado se considera que la ética política está relacionada con la formulación de principios que propendan por el bien común en el ámbito político. La política ética sería el ejercicio político efectivo basado en dichos principios orientadores, al servicio de la comunidad. Sobre la relación entre ética y política pueden consultarse Villoro (2012), Bolívar (2000) y Mattio (2002).