

# LINEAS DE FUGA 9

ISSN 2745-2484  
Agosto 2021  
Bogotá, Colombia

Revista de teoría y  
filosofía política



**Dossier: Neoliberalismo, salud y pandemia**

FUNDACIÓN



WALTER BENJAMIN



GRUPO DE ESTUDIOS DE  
FILOSOFÍA POLÍTICA  
ESPECTROS

# LÍNEAS DE FUGA

Revista de teoría y filosofía política  
Agosto 2021/ N° 9  
Bogotá, Colombia

**Director**

Giovanni Alexander Libreros Jiménez

**Subdirector**

Sergio De Zubiría Samper

**Edición**

Yebrail Ramírez Chaves

**Comité Editorial**

Luis Andrés Botero

Mary Cruz Ortega

Victor Valdivieso

Nancy de la Hoz

Jerson Arias

Ximena Cortés

William Monsalve

Fernando Solano

Alejandra Ortiz

Rubiel Vargas Quintero

Camilo Pérez Riveros

**Diseño y diagramación**

Daymer Rios Cifuentes

**Ilustrador**

Luis Andrés de Jesús Botero

“Líneas de Fuga es una revista trimestral editada por la Fundación Walter Benjamin y el Grupo Espectros”.

E-mail: [revistalineasdefuga2020@gmail.com](mailto:revistalineasdefuga2020@gmail.com)

[revistalineasdefuga.blogspot.com](http://revistalineasdefuga.blogspot.com)

[www.fundacionwalterbenjamin.org.co](http://www.fundacionwalterbenjamin.org.co)

Tel:3174299222 / 3204458613

Bogotá–Colombia

# TABLA DE CONTENIDO

3

## **EDITORIAL**

---

NEOLIBERALISMO Y CRISIS DEL SISTEMA  
FETICHIZADO DE LA SALUD

*Nancy de la Hoz*

---

11

SISTEMAS DE SALUD EN COLOMBIA

*Sergio Isaza Villa*

---

39

ANÁLISIS DE CONTEXTO DEL SISTEMA DE SALUD EN  
COLOMBIA PARA SITUAR LA COYUNTURA

*Ximena Cortés Castillo*

---

57

MERCANTILIZACIÓN DE LA SALUD

*Jerson Arias Acevedo*

---

71

ORGANIZAR Y FORTALECER LA ORGANIZACIÓN DE  
LOS TRABAJADORES DE LA SALUD PARA LA ACCIÓN Y  
MOVILIZACIÓN POR UN NUEVO MODELO DE SALUD

*Alfonso Franco*

---

79

## **HOMENAJE**

---

EN MEMORIA DEL CAMARADA RAFA VÁSQUEZ

*Juan Carlos Rojas Fernández*

---

83

RAFAEL VÁSQUEZ: MÉDICO, COMPAÑERO, AMIGO

*Sergio Isaza Villa*

---



**EDITORIAL****NEOLIBERALISMO Y CRISIS DEL SISTEMA  
FETICHIZADO DE LA SALUD**

*Nancy de la Hoz. M.D Psiquiatra. \**

**L**a dinámica del capitalismo como sistema político y económico ha dejado de ser ondulante, con crisis recurrentes que se auto limitan armónicamente, pues ha mutado a movimiento circular que se propulsa a sí mismo de forma permanente hacia la acumulación ilimitada. Se instaló así el neoliberalismo destructivo. Coherente con esto, el sistema de salud que rige en la actualidad respeta devotamente la ganancia del capital desde una estructura de monopolio. La salud deviene mercancía, ahora con mayor énfasis en la cooptación y desarrollo del capital financiarizado, con el esquema de cartel o ilegalidad que, en su acepción más cruel, afecta a la población en su mayoría empobrecida y al personal de salud degradado a insumo. La pandemia profundiza la desigualdad, la ineficacia y la violencia abusiva, ya asentada y operante en las políticas de salud desde por lo menos los años noventa del siglo XX.

El mundo empresarial que se ha globalizado opera como un ciclón, es una más de las formas de organización de la producción. La propiedad privada mundial es realmente la institución que está por encima de los gobiernos y tiene un baluarte en nuestro país, por ello, el Estado no tiene ninguna respuesta para la situación de la salud; tampoco le es dado plantearse ninguna pregunta, tempranamente erradicó el anterior sistema que tenía alguna función proteccionista. La seguridad social quedó convertida en “servicio” a partir de la Constitución del 1991. El sistema de salud se mueve de acuerdo a una estratificación de los enfermos, en pobres, más pobres y en aquellos pocos no pobres; el mercado impone una lógica de mercancía a lo que antes fueron personas, entramos en el terreno de la “fetichización” de la salud: los

---

\* *Integrante de la Fundación Walter Benjamin.*

**El mercado impone una lógica de mercancía a lo que antes fueron personas, entramos en el terreno de la “fetichización” de la salud: los aparatos, la infraestructura hospitalaria, los medicamentos, la quimioterapia, una cirugía, una resonancia magnética, una vacuna, se personifican, y las personas médico y paciente quedan convertidas en “cosas-objeto” para el mercado.**

aparatos, la infraestructura hospitalaria, los medicamentos, la quimioterapia, una cirugía, una resonancia magnética, una vacuna, se personifican, mientras que las personas médico y paciente quedan convertidas en “cosas-objeto” para el mercado. Un tipo de medicalización que transmuta los seres humanos en cosas y los aparatos tecnológicos en la representación de la “medicina”.

Las Empresas Prestadoras de Servicios (EPS) como entidades privadas son financiadas y enriquecidas por el Estado, que es un Estado endeudado sin capacidad de ejecución de ninguna política social, que se ha visto descarnadamente más inútil y fallido durante la pandemia. Estas entidades (EPS) han sido llamadas a administrar tratamientos y prevención, y se les ha permitido asumir la política de vacunación en la pandemia. Rigen así las lógicas del capital que se conciben como oportunidad de negocio. Estas empresas aliadas naturales de los bancos y las políticas de estos imponen el modelo de consumo en salud, permiten y estimulan los cobros sobre cobros, a la manera de intereses sobre intereses y copagos, y al mismo tiempo, niegan reiterada y arbitrariamente los servicios, desgastando a los “clientes” en autorizaciones y al personal de salud lo precarizan en sus condiciones laborales. El Estado, manifestando su carácter de clase, no presenta una mínima política de protección a los sectores populares y mucho menos al medioambiente. En este sentido, la pandemia en términos de contagio ha tenido en nuestro país la misma curva hacia el infinito o hacia la meseta que caracteriza al neoliberalismo en su necesidad de crecimiento y acumulación de capital, y está a la espera de que sea el tiempo, el que, con el paso de los años y la inmunidad natural de la población, ofrezca la aparente solución en términos de salud.

En el neoliberalismo, convergen los mercados y los sujetos, los primeros con exigencias de acumulación ilimitada y los segundos con el papel de renuncia que implica el sacrificio proporcional a la pretensión de acumulación ilimitada. Se crea así un interjuego que resulta infinito y mortal, pero larvado y silencioso. La pandemia develó ese interjuego y causó su desequilibrio, aparecieron así los reclamos de la protesta social, la cual ha tenido la contraparte de la represión con rasgos nazi-fascistas y su sello de racismo, misoginia y odio político. La variedad de síntomas que se han reconocido muestra también los rasgos hipertrofiados que imprimen el narcotráfico, la corrupción y el papel de servicio y apego a las políticas estadounidenses en el hemisferio. El Estado neoliberal no puede salir del modelo actual de salud y cede la comunicación sobre la pandemia a la prensa privada monopólica. Los esquemas de tratamiento y política de vacunas los manipulan las farmacéuticas, dando por resultado desinformación, una altísima mortalidad, incremento del número de contagios y víctimas, entre las que se encuentran los médicos y personal de salud completamente desprotegidos. Este estado de cosas puede retroalimentar al neoliberalismo o puede poner límites al mismo dependiendo de la respuesta popular.

La pobreza y carencias se han exacerbado en este escenario y han dado un gran impulso a la insubordinación social, la cual ha mostrado características inéditas, que están aún siendo objeto de análisis. Particularmente en Colombia cualquier protesta, e incluso cualquier opinión disímil, es tenida como una amenaza y es atacada violentamente; existe un temor a la transformación democrática del Estado y de lo colectivo. Un gobierno proclive por configurar en la práctica un régimen

permanente de excepción; los gobiernos nacionales y locales están desesperados por el retorno a la “normalidad” neoliberal: los centros comerciales que asfixian, el transporte masivo inhumano y la informalidad galopante. Todo lo anterior incompatible con el distanciamiento social y las medidas de bioseguridad, mientras profundiza la persecución y el terrorismo de Estado; como lo hace actualmente con las “primeras líneas”. La pandemia nos ofrece un horizonte de permanencia en una meseta o cresta de contagio y mortalidad, con variantes virales nuevas y posiblemente nuevos virus, donde la clase media continúa su empobrecimiento por exposición a fuertes vulnerabilidades, y la muerte recae más firme y fuerte sobre las clases populares.

El efecto más nefasto y característico del neoliberalismo y su sujeto es el ataque al vínculo. El neoliberalismo no necesita de los lazos sociales porque estos entrañan el límite, por eso en el neoliberalismo desaparecen elementos centrales de la medicina social: la relación médico-paciente; la enseñanza-aprendizaje de forma personal y tutorial de la medicina en el marco del valor de la vida y la muerte y la historia; conceptos evolutivos en la salud; la búsqueda de la armonía biopsicosocial; y los estrechos nexos entre medicina y el medio ambiente. Nada de esto encuentra realización en el neoliberalismo porque su horizonte no es otro que el crecimiento ilimitado. El sujeto neoliberal, además de ser singular-individualista, no prestado al colectivismo, es exigido más que nunca a la renuncia del goce y alejado de la acción.

En este mismo sentido la red pública de hospitales, que creaba relaciones entre institución y pacientes basadas en los derechos, la satisfacción de necesidades de salud de acuerdo a cada entorno, la prevención colectiva,

como la vacunación y el saneamiento ambiental y la medicina comunitaria ya no tienen sentido. Sus modos de operar no engranan con la ganancia, que sí plantea la política de las aseguradoras y los monopolios del sistema de salud. Los hospitales públicos en este mundo neoliberal están llamados a correr la misma suerte del San Juan de Dios, el descarte por obsolescencia programada.

La medicina como ciencia y arte implica un vínculo con el paciente como ser receptor de cuidados, un deseo de devolver bienestar y perfila al médico como trabajador con estabilidad, derechos y dignidad. Esto ya no existe, la ley 100 ha destruido el carácter científico, estético y ético de la medicina. Cualquier proyecto de reforma sustancial para mejorar este estado de cosas en la salud ha sido desnaturalizado y engullido por las lógicas de los bancos y su aparataje financiero. Nada sobrevive a la homogenización del neoliberalismo.

En este contexto el sujeto neoliberal quiere restablecer el límite perdido, esperando la oportunidad de que su sufrimiento acumulado lo logre, pero lo que logra es la imbricación profunda con el sistema, él y el sistema resultan ser profundamente interdependientes. La renuncia al goce a favor de la adaptación a la cultura, como lo demuestra Freud en su obra *El Malestar en la Cultura*, ha rebajado las pretensiones de felicidad, del individuo en busca de la aceptación social, aplicado a nuestra época y coyuntura de las dinámicas neoliberales. Podría decirse que ese deber ser, esa exigencia, resulta especialmente cruel, no facilita la adaptación y da como resultado contrario la destrucción del lazo social. El sujeto de la renuncia se asume feliz por el mero hecho de haber escapado a la desgracia, así engrana en la dinámica renuncia - acumulación, todo aquello a lo que el “cliente” en el sistema de salud ha renunciado, se ha acumulado en las empresas. Es necesaria la renuncia a la salud, a la vacuna, a la oportunidad de tratamientos, para la continuidad del actual sistema de salud. No es por ello de poca importancia que se haya denunciado y aparentemente derrotado, por ahora, la reforma a la salud presentada al congreso en estos últimos meses.

**La medicina como ciencia y arte implica un vínculo con el paciente como ser receptor de cuidados, un deseo de devolver bienestar y perfila al médico como trabajador con estabilidad, derechos y dignidad. Esto ya no existe, la ley 100 ha destruido el carácter científico, estético y ético de la medicina.**

La pandemia también rompe el lazo social tal como lo conocemos, rompe con la adaptación a la vida que se tenía en el neoliberalismo. Constantes de la vida cotidiana como las rutinas de movilidad, los espacios de la oficina y la escuela han colapsado; por un momento se permitió respirar al planeta y se nos empujó a cuestionar el discurso del amo: ¿esto fue solo un momento o puede haber algún tipo de ruptura? Preguntas que esperan ser resueltas o siguen abiertas. Con cierto “realismo” reconocer cómo la reacción del sistema ha sido consistente y a pesar del aumento de la pobreza, la anomia y la violencia, el neoliberalismo ha realizado de cierta manera su voluntad. Ha pedido más renunciadas, ha impulsado la voracidad, los sobrevivientes no tienen nada que relatar, la mayoría solo ha sobrevivido por sus propias fortalezas biológicas y no pueden decir nada. La experiencia se torna fútil, al haberse negado la historia de los vínculos, ha naturalizado la operación del abandono del Estado de sus obligaciones, y sin embargo, nos seguimos interrogando por nuevas subjetividades disruptivas que puedan abrir horizontes en este interregno.

Este “cliente” neoliberal, muy bien imbricado con el sistema, cree firmemente que ya dilapidamos toda comodidad al gastar más allá de nuestros recursos, como una familia que gasta más de lo que gana. Este sujeto similar a la mujer maltratada que no denuncia ni se aparta de su maltratador en la secreta esperanza de que, si aguanta un poco más, él cambiara, se impone a sí mismo una especie de servidumbre voluntaria. Por ello, los feminismos que están surgiendo y los jóvenes antisistema, así como los movimientos sociales en resistencia, tendrían la clave de un cambio que puede ser posible pero que no acabamos de abrazar.

Los análisis que se generan en los artículos de este número y que muestran las contradicciones de la época que atravesamos como sociedad, nos plantean como estas, por sí mismas, no entrañan un cambio espontáneo e inexorable, sino que tendríamos que pensar en lo emancipatorio y lo político, allí donde emerge la configuración de nuevas subjetividades insurrectas.

Lo que tenemos que poder comprender de forma profunda, no es la pandemia en sí misma, ni el comportamiento del virus y las vacunas, sino la relación asimétrica entre una persona y su “prestador de servicios”, el interjuego entre el dominio de los imaginarios ligados al poder físico y económico, para lograr salir del estado de excepción, en el que nos sumergimos con la triada neoliberalismo, pandemia y sistema de salud.

El sujeto de la post-pandemia sería aquel que pueda superar la contradicción entre el aplazamiento y la renuncia a la satisfacción y al movimiento en espiral de la voracidad del neoliberalismo. La contradicción en sí misma no lleva a una solución espontánea o cambio deseable, por ello nos compete de fondo conocer los enfoques terapéuticos existentes, las lógicas del consumo, las políticas y lógicas de las transnacionales, la ética médica entre otros, ya que representan la relación, el lazo, entre instituciones, enfermos, el sistema de salud y la gran Política.

Aspiramos que los artículos e ideas que se acopian en este noveno número de la *Revista de Líneas de Fuga*, brinden elementos valiosos para conocer las relaciones entre pandemia, neoliberalismo y salud, develando el dogmatismo, las polémicas y el fanatismo que contiene el neoliberalismo en el campo de la salud y la vida social. También pretendemos fomentar la apropiación social del conocimiento sobre estos complejos temas, contribuir al pensamiento crítico en una época con tantas falencias teóricas y consolidar comunidades preocupadas por el buen vivir colectivo y de la humanidad.



## SISTEMAS DE SALUD EN COLOMBIA

*Sergio Isaza Villa, M.D. Pediatra\* .*

Colombia ha tenido cuatro etapas en sus sistemas de salud. La primera inició con la Constitución de 1886 (1) que sentó las bases para la creación de un sistema que funcionó hasta mediados de los años 50 bajo el «modelo higienista», cuyas acciones de salud pública eran de carácter sanitario mientras que la prevención y curación de enfermedades corrían por cuenta de los ciudadanos e instituciones religiosas de caridad y departamentales de beneficencia. Este modelo avanzó buscando desarrollar el concepto de la Seguridad Social y con la Ley 6a. de 1945 creó la Caja Nacional de Previsión (CNP) (2) para atender a los empleados públicos (fue transformada en Empresa Industrial y Comercial del Estado mediante la Ley 490 del 30 de diciembre de 1998) y en 1946 la ley 90 (3) creó el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS, luego ISS) que atendía en enfermedades no profesionales y maternidad, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, pensión, invalidez y muerte a las personas vinculadas formalmente al trabajo en el sector privado; fue transformado por la Ley 100 de 1993 en EPS Seguro Social. El mismo año de 1946 (4), se creó el ministerio de Higiene, que había sido sólo una oficina del Ministerio del Trabajo que atendía la higiene y sanidad públicas (5).

La segunda etapa corrió desde finales de la década de los 60s hasta 1989 y el Sistema Nacional de Salud creó los subsidios a la oferta financiados con el Fondo Nacional Hospitalario (FNH), fundado mediante el Decreto 687 del 20 de abril de 1967 (6). El FNH administraba y distribuía los recursos del gobierno central transfiriéndolos directamente a la red de hospitales públicos del país (6).

---

\* *Presidente Federación Médica Colombiana- FMC*

La tercera etapa se inició en 1990 con la expedición de la Ley 10 y duró hasta diciembre de 1993. Ésta, en su Artículo 1o. declaró a la salud como un Servicio público y su prestación en todos los niveles estaba a cargo de la Nación; el servicio básico era gratuito para los habitantes del territorio nacional y se administraba en asocio con las entidades territoriales, sus entes descentralizados y el sector privado autorizado para el efecto (7).

La Constitución de 1991 le abrió el paso a la cuarta etapa (8): fusión de pensiones, salud y seguridad social y riesgos laborales en la ley 100/93 (9). Con ella se inició la privatización paulatina pero firme del sistema mediante un mercado regulado inicialmente por la participación de entidades estatales sin ánimo de lucro (CNP y EPS Seguro Social en el Régimen Contributivo y CAPRECOM en el Régimen Subsidiado) que mantenían estables los precios de los planes de aseguramiento y de prestación de servicios en medio de casi un centenar de EPS privadas. Fue necesario excluirlos del mercado mediante sendos procesos de marchitamiento y posterior liquidación a manos de funcionarios y directivas nombradas por el ejecutivo (10), (11), (12), (13), (14), (15), (16), (17), (18), (19). Hecho esto, los costos de funcionamiento del sistema se dispararon y empezó la crisis, mantenida endémica y crónicamente hasta hoy.

Así continuó la lucha entre el reconocimiento de la salud como derecho vs. la salud como mercancía (23), (24) hasta llegar al Proyecto de Ley 010 Senado/425 Cámara, que pretendió cerrar el ciclo de privatización total, pero terminó archivado gracias a la presión ciudadana en las calles durante el Gran Paro Nacional. Sin embargo, el complejo médico industrial intentará ganar en el legislativo las veces que sea necesario con sus congresistas cooptados para sacar adelante un proyecto de ley que privatice por completo la salud en Colombia.

## **Tendencias económicas internacionales**

Desde la postguerra los EE. UU. y sus aliados idearon políticas económicas de expansión capitalista para competir con las economías socialistas, según lo acordado en Bretton Woods bajo 3 grandes premisas: desarrollo, estabilidad financiera internacional y liberalización del comercio (20), (22). Tras la caída de la URSS desapareció la economía bipolar y el capitalismo avanzó en su objetivo de abarcar la economía mundial. Sin la competencia de economías planificadas el mercado copó rápidamente el orbe alcanzando la Globalización o Mundialización de la economía capitalista.

En 1989 el economista John Williamson compiló en Washington una serie de documentos con propuestas de políticas diversas, principalmente del Banco Mundial (BM), del Fondo Monetario Internacional (FMI) y del Departamento del Tesoro de los EE. UU., para “impulsar el desarrollo económico” de los “países en desarrollo” dirigidas especialmente a América Latina. Son los 10 puntos del Consenso de Washington (20), (21), (22):

1. Disciplina en la política fiscal.
2. Redirección del gasto público en subsidios.
3. Reforma tributaria, ampliando la base de contribuyentes y adoptando tipos impositivos marginales.
4. Tasas de interés determinadas por el mercado y positivas en términos reales
5. Tipos de cambio competitivos.
6. Liberalización del comercio: liberación de las importaciones, con eliminación de las restricciones cuantitativas y aranceles bajos.
7. Liberalización de las barreras a la inversión extranjera directa.
8. Privatización de las empresas estatales.
9. Desregulación: abolición de regulaciones que impidan acceso al mercado o restrinjan la competencia.

**Muchos ensayos clínicos no se publican cuando sus resultados no son los esperados o se utilizan para cambiar medicamentos de baja rentabilidad por otros de mayor rendimiento. A algunos médicos participantes de las investigaciones, los laboratorios farmacéuticos los convierten en “líderes de opinión” e inductores de formulación y consumo de fármacos y demás tecnologías que deseen introducir al mercado.**

#### 10. Seguridad jurídica para los derechos de propiedad.

La aplicación de estas normas se convirtió en condición para que el BM y el FMI prestaran dinero a aquellos países que lo solicitaran entrando así a la era de los chantajes para obtener créditos internacionales. La mano reguladora del mercado no funcionó porque los Estados fueron suplantados por las estructuras supraestatales (BM, FMI) que lo regulan a conveniencia (22), (23).

#### **El Complejo Médico Industrial – CMI**

Los sistemas de salud basados en el modelo de mercado consideran la atención médica – que en este modelo llaman servicios de salud – artículo de consumo. Para proveerla son necesarios:

1. Centros de educación, formación e investigación y asistencia médica.
2. Empresas creadas por personal sanitario o por negociantes no sanitarios que emplean personal (sanitario) para vender atención médica.
3. Industria trasnacional productora de *dispositivos médicos* como equipos, medicamentos y demás insumos necesarios para resolver aspectos diagnósticos, terapéuticos, de rehabilitación y de paliación en diversos niveles de complejidad.
4. Infraestructura física como Hospitales Universitarios y Clínicas de diversos niveles de complejidad con unidades de negocio que funcionan independientemente.
5. Planes de aseguramiento (pólizas) vendidos por empresas privadas (EPS, Medicina Prepagada ‘MP’, compañías de seguros) para financiar los servicios ya sean privados (UPC del régimen contributivo, planes complementarios, ‘MP’ y otros planes

vendidos a mayor precio), o financiados por el Estado (UPC del régimen subsidiado, vinculados, regímenes especiales y medicamentos no contemplados en las pólizas).

6. Ingreso a bancos privados de los dineros y aportes provenientes de cotizaciones y venta de “Planes de Beneficios” del sistema de salud (modelo de aseguramiento privado: EPS de los regímenes Contributivo -RC- y Subsidiado -RS-) y de los impuestos generales destinados a la salud.
7. Integración vertical, redes propias de los intermediarios financieros para la prestación de servicios médicos.

La relación capital – trabajo del CMI en Colombia la constituye:

1. Una materia prima: *el paciente*.
2. Una mercancía: *Servicios Atención Médica*.
3. Un transformador de la materia prima y creador del producto terminado a partir de esa mercancía: *médicos y demás profesionales de la salud*. Sin ellos NO hay proceso ni negocio ni ganancia (plusvalía).
4. Un sistema de salud con su estructura e infraestructura operativas.
5. Compradores individuales al detalle (paciente, cliente o usuario privados) y compradores colectivos a gran escala (EPS del régimen contributivo y del subsidiado).
6. Un capital proveniente de los aportes privados y públicos (contribución -RC- y subsidio -RS- e impuestos generales) que es captado por el sistema bancario privado, donde se acumula y amplía.
7. El dinero obtenido en el proceso no se reinvierte en el sistema de salud, pero el intermediario financiero (EPS) que se apropia de los intereses producidos por los dineros del sistema o ilícitamente privatiza parte de ellos a pesar de ser públicos con destinación específica para salud (24).

La denominación de CMI proviene del “Complejo Militar Industrial”, el cual se dio a conocer por el presidente Eisenhower quien llamó la atención sobre el asombroso poder adquirido como consecuencia de la articulación entre la política armamentista y el aparato militar (25). En los años 70, el sector sanitario empezó a diversificarse y crecer por las grandes inversiones de capital de las industrias que lo desarrollaron rápidamente (26). El Dr. Arnold Relman, médico internista, profesor de Medicina Social de la Universidad de Harvard y editor de la revista médica científica *The New England Journal of Medicine* (N. E. J. M.), propuso la reforma del sistema de salud de su país abogando que no tuviera ánimo de lucro y existiera un solo pagador; fue así como acuñó el nombre de “Complejo Médico Industrial” por su similitud al mencionado origen militar y en relación con su comportamiento, estructura y funcionamiento (27). En consecuencia, el CMI tiene conflictos de interés con los sistemas de salud, pues, los ensayos clínicos son hoy en día el respaldo científico al mercadeo de productos nuevos para inducir su consumo.

La actividad investigativa es la principal metodología que identifica al CMI. Por ella se dejó atrás al empirismo para reemplazarlo por la “Medicina Basada en la Evidencia” con la que algunos colegas descalifican estudios que no sean aleatorizados, doble ciego, comparados contra otros medicamentos o tecnologías existentes o contra placebo, y tiende a supeditar la receta médica a la previa demostración de su eficacia. No estoy descartando su validez y utilidad. Llamo la atención sobre dos cosas: una es la posibilidad y necesidad de realizar otros tipos de estudios, menos complejos pero útiles para hacer preguntas y proponer hipótesis que originen nuevas investigaciones portadoras de mejor evidencia; la otra se basa sobre un elemento esencial

e imprescindible en la medicina que interroga sobre el relato de la enfermedad llamada “Medicina Basada en el Relato” y que constituye la anamnesis de la cual, en mi experiencia clínica de más de 45 años, obtengo no menos del 70% de las pistas e información necesarias para hacer un buen diagnóstico clínico que me permite utilizar los procedimientos y tecnologías soportados con mejor evidencia.

El diseño y realización de un ensayo clínico exigen una importante inversión durante períodos que pueden tomar mucho tiempo. En Colombia y otros países esa inversión la provee en parte la industria farmacéutica y en otra el Estado. La red hospitalaria pública y privada aporta los pacientes en quienes se prueban nuevos medicamentos y procedimientos diagnósticos o terapéuticos incorporándolos a los ensayos mediante consentimiento informado y teniendo en cuenta criterios de inclusión y exclusión del estudio, cuyos resultados son analizados mediante métodos estadísticos. No cumplir con la metodología puede generar daños a los participantes identificados a corto, mediano o largo plazo. Por ejemplo, aún no sabemos qué va a ocurrir con las vacunas contra COVID-19. Muchos ensayos clínicos no se publican cuando sus resultados no son los esperados o se utilizan para cambiar medicamentos de baja rentabilidad por otros de mayor rendimiento. A algunos médicos participantes de las investigaciones, los laboratorios farmacéuticos los convierten en “líderes de opinión” e inductores de formulación y consumo de fármacos y demás tecnologías que deseen introducir al mercado; son promovidos como invitados especiales o “speakers” pagados en congresos y reuniones médicas, financiadas por ellos, verdaderos centros de promoción comercial de medicamentos y demás tecnologías. Este proceso rompe la autonomía médica y plantea conflictos de interés (28).

En educación y formación médica, los representantes de ventas de la industria farmacéutica suplen la deficiente o inexistente cátedra de farmacología y terapéutica, y existen grupos financieros dueños de empresas aseguradoras e instituciones hospitalarias que fundan sus propias facultades de medicina a pesar del conflicto de interés que

**Los grandes medios de comunicación masiva juegan un papel determinante como activistas publicitarios y de mercadeo para generar opinión favorable a determinada vacuna entre sus futuros compradores que, en este caso, son los gobiernos.**

significa ser al mismo tiempo fabricante y educador. Hasta han sido contaminadas por ese conflicto las agencias estatales de control y regulación de medicamentos y alimentos (29), así como prestigiosas revistas científicas e importantes órganos del poder ejecutivo en varios países. En Colombia existe la ley de Ética Médica o Ley 23 de 1981 que sanciona las faltas a la ética en el comportamiento profesional y promueve la autorregulación y autonomía. La industria trasnacional farmacéutica publicó un “código de ética” para una correcta promoción de medicamentos con enunciados elocuentes, pero cuya aplicación no ha sido medida.

### **Tecnologías médicas**

Un destacado papel juega la industria trasnacional farmacéutica seguida por la de dispositivos médicos e insumos necesarios para atender los aspectos diagnósticos, terapéuticos, de rehabilitación y de paliación en diversos niveles de complejidad, con precios que les garantizan jugosas ganancias. Gracias al desarrollo científico y tecnológico, su crecimiento y poderío han sido exorbitantes en los últimos 25 años. Su táctica de invertir preferiblemente en investigación, desarrollo e innovación (I+D+I) tiene como objetivo garantizar la venta de medicamentos con la mayor ganancia posible, compitiendo por monopolizar el mercado gracias a leyes y acuerdos internacionales de propiedad intelectual que, mediante el sistema de patentes, otorgan tiempos de exclusividad en producción y ventas que les aseguran la captación de enormes sumas de dinero durante más tiempo del necesario para recuperar la inversión en investigación, desarrollo, publicidad y mercadeo que es el rubro más costoso porque, entre otras cosas, contempla el soborno (29).

Los fondos invertidos no provienen exclusivamente de sus propios patrimonios, pues, hay importante participación de los gobiernos con dinero, infraestructura y procesos. Así, los avances tecnológicos continúan no necesariamente para el mejoramiento de resultados diagnósticos o terapéuticos en beneficio de la salud de las personas, sino para monopolizar espacios de mercado y especulación con mayor poder para imponer precios. Cuando los tiempos de patente caducan se permite la producción de medicamentos genéricos que al no haber pasado por las etapas de investigación, desarrollo y mercadeo, son menos costosos y se venden a bajos precios para competir con los de marca original, mucho más caros.

La industria farmacéutica transnacional neutralizó durante largos años esa competencia y garantizó sus ganancias mediante una guerra de desprestigio contra los genéricos, pero ante la resistencia de la industria nacional y la sociedad civil organizada para defender el acceso a los mismos, ha optado por comprar los laboratorios nacionales que los producen, para continuar fabricándolos usando la marca y prestigio del laboratorio transnacional con publicidad engañosa que anuncia que los genéricos ahora sí son buenos porque ya son producidos por industrias extranjeras (30), (31), a pesar de que se elaboren con la misma materia prima y la misma tecnología. Desafortunadamente, esa guerra cobra entre sus víctimas la conciencia de buena parte de médicos que se creen el cuento de la mala calidad de los genéricos e influyen sobre sus colegas para que no los formulen y, en muchos pacientes, para que los rechacen y en su lugar exijan los de “marca original” llamados por la industria transnacional – engañosa y habilidosamente – “medicamentos éticos”.

En los últimos años, la industria farmacéutica se ha fortalecido en medicamentos biotecnológicos utilizados contra el cáncer y otras enfermedades hasta ahora muy difíciles o imposibles de

tratar y curar con las sustancias convencionales. Como parte de su actividad comercial dicta cursos de actualización a sus médicos, “líderes de opinión”, para que formulen los productos nuevos e induzcan a médicos generales y especialistas a hacerlo. Producir estos medicamentos requiere procedimientos diferentes con infraestructura diferente y costosa; salen al mercado a precios altísimos que los hace inasequibles si no se consiguen a través del sistema de salud.

La pobre regulación de precios y la adquisición de estos medicamentos por el sistema a costos abominables pone en riesgo su estabilidad financiera. Su regulación se hace difícil por tratarse de medicamentos únicos, sin competencia en el mercado por su carácter monopólico, cuyos fabricantes tienen a su favor la normatividad internacional impuesta por organismos donde tienen presencia mayoritaria y poder decisorio suficiente (Organización Mundial del Comercio – OMC, Acuerdo sobre los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio – ADPIC, los Tratados de Libre Comercio – TLC), como también la capacidad de presionar y extorsionar a los gobiernos compradores. En el escenario mundial la autonomía sanitaria del país está en riesgo y con ella la autonomía médica (32).

El grupo de medicamentos biológicos (vacunas y sueros) dejaron de ser producidos en Colombia tras la apertura económica del presidente Gaviria en 1990 y las nuevas políticas de “buenas prácticas de manufactura” impuestas por los fabricantes de sustancias originales patentadas y los organismos internacionales de control de calidad, en donde el poder dominante lo tiene la industria farmacéutica transnacional. Así, vacunas y sueros que nuestro país producía y exportaba desaparecieron de la industria nacional para ser reemplazados por aquellos provenientes de otros países a precios y condiciones impuestas por el mercado internacional.

Hoy, todas las vacunas con que se inmuniza a la población colombiana son importadas de los centros productores y, desde la emergencia causada por la influenza H1 N1, su vacuna se aplica anualmente a la población infantil hasta los 5 años y a la población adulta en riesgo.

El capítulo de las vacunas contra el SARS-CoV-2 es un excelente ejemplo de la competencia entre grandes productores industriales y poderosos grupos financieros que analizan cada propuesta y le apuestan invirtiendo en la que más y mejores ventajas ofrezca desde el punto de vista de la eficacia y seguridad que es, finalmente, lo que atrapa al público y garantiza las ventas (28). En ese momento, los grandes medios de comunicación masiva juegan un papel determinante como activistas publicitarios y de mercadeo para generar opinión favorable a determinada vacuna entre sus futuros compradores que, en este caso, son los gobiernos. Gracias a estas campañas las gentes perciben a las vacunas como artículos de consumo y buscan la que, en su opinión prefabricada, creen mejor. Las piden igual que los zapatos que más le gusten y las farmacéuticas obtienen rápidamente permiso para venderlas en botica como cualquier remedio. El hecho es que se vacunen rápido para vender más y otra vez el negocio suplanta a la salud pública.

Esa es la razón por la que la gran mayoría de información incipiente sobre la eficacia de las vacunas no la dieron las revistas científicas sino la prensa hablada y escrita que no está sometida al control de pares científicos. Además, por el temor a la COVID-19, existe una severa presión social que ha conducido a que los gobiernos reserven muchas dosis de vacunas y a que la industria farmacéutica los obligue a mantener en secreto las negociaciones y exija la creación de leyes que las exoneren de responsabilidad por efectos adversos. Es decir, otra vez el chantaje del poseedor prevalece sobre la necesidad de la población. No importa que por excesiva demanda e insuficiente oferta no se cumplan las entregas ni se completen todas las etapas o fases de investigación, aunque sean estas las que establecen a mediano y largo plazo la seguridad y el tiempo útil de protección eficaz de cada vacuna.

**Gracias a estas campañas las gentes perciben a las vacunas como artículos de consumo y buscan la que, en su opinión prefabricada, creen mejor. Las piden igual que los zapatos que más le gusten y las farmacéuticas obtienen rápidamente permiso para venderlas en botica como cualquier remedio.**

Para resolver el déficit de producción, a finales del año pasado India y Suráfrica propusieron en la Organización Mundial del Comercio (OMC) que se liberaran las patentes de las vacunas durante dos años de la pandemia para producirlas a mayor escala en otros países, venderlas a bajo precio a los gobiernos y lograr la mayor cantidad de vacunación en el menor tiempo posible sin afectar las arcas de los sistemas sanitarios. La propuesta no fue aceptada y Colombia se negó a manifestar su voto (33). Hoy estamos expuestos a fluctuaciones en la cantidad de vacunas aplicadas, al riesgo de mayor exposición de la población no protegida y a nuevas variantes más agresivas del virus. Es muy probable que a futuro COVID-19 sea una endemia y tengamos que lidiar con su vacunación anual, como sucede con H1 N1, y que el gobierno permita a empresas privadas la compra y venta de las vacunas, abriendo de esta manera su mercado local, como ocurre en EE. UU. y como parece que va a ocurrir en Colombia cuando retorne a su época productora de vacunas, solo que esta vez bajo la tutela y restricción de la propiedad intelectual de la tecnología y del músculo financiero de la industria farmacéutica trasnacional. Las vacunas contra SRAS-CoV-2 importadas o producidas y vendidas por empresas privadas dejarán de ser un bien público e ingresarán al mundo del comercio y el lucro, como ya ocurre con muchas de ellas.

### **Hospitales**

En Colombia existen abundantes normas de habilitación, acreditación, calidad, etc., para las instituciones prestadoras de atención médica que contemplan desde los requisitos para la construcción

de puestos y centros de salud, hospitales y clínicas, hasta la restauración y reestructuración de edificaciones antiguas dedicadas a salud. En su elaboración deberían participar los prestadores, sin embargo, ni el sector hospitalario ni los médicos o demás prestadores de salud han sido sus autores principales, pues se han hecho en los escritorios gubernamentales con asesorías de terceros privados con intereses propios y contienen exigencias, muchas veces absurdas e irrelevantes, para cuya comprobación de cumplimiento las autoridades delegan a otro o los mismos contratistas privados, quienes casi nunca son pares profesionales y no asesoran ni acompañan al profesional o a la institución para que logre la exigencia normativa sino que se dedican a hacer cumplir la norma al pie de la letra, sin posibilidad de interpretación o argumentación correctiva, lo que ha llevado a muchos profesionales e instituciones a cerrar.

Un ejemplo de este absurdo es que a un consultorio psiquiátrico le exijan las mismas condiciones que a uno de un cirujano donde practica pequeños procedimientos quirúrgicos. Otro ejemplo es que a una pequeña IPS se la mida con el rasero máximo de los grandes hospitales en minucias que no son pertinentes ¿Será que esas exigencias son gratuitas? Se ve en las noticias a instituciones internacionales que han comprado EE PP SS y están interesadas en invertir en II PP SS y, curiosamente, tienen toda la capacidad de cumplir con las normas vigentes, sin ningún problema. La homologación de la norma por lo alto les permite apropiarse de la infraestructura prestadora de servicios grande o pequeña, pública y privada. Y los abogados de las compañías de seguros y las universidades extranjeras "que hacen lobby" asesoran al gobierno de turno a través de los ministerios de salud, de educación y de turismo, industria y comercio para redactar y actualizar dichas normas.

## Medicina de consumo

En cuestión de equipos diagnósticos e insumos hospitalarios *hay una competencia* entre compradores bajo la llamada “presión tecnológica” que en realidad es *presión publicitaria para vender nuevas tecnologías médicas*. Así, una clínica u hospital que quiera captar más clientes será el primero en comprar un producto de última generación. En el proceso de ventas de planes de atención, también el aspecto hospitalario ultramoderno deslumbra al cliente que va a comprar un “plan de salud”, igual que cuando busca un producto de marca. Se crean nichos de consumidores en “centros de excelencia” que son hospitales dedicados a atender a pacientes con enfermedades crónicas y de alto costo como diabetes, cáncer, autoinmunes, cirugía cardíaca, trasplante de órganos, etc. El objetivo es vender la mayor cantidad de procedimientos y medicamentos más costosos que irán reemplazando a medicamentos clásicos útiles, pero poco rentables.

En los hospitales generales que más usan tecnologías de punta, la práctica médica ha virado hacia la captación de enfermos con nosologías específicas utilizando guías de práctica clínica basadas en la evidencia y el estado del arte. Sin embargo, en relación con el estado del arte, el problema está en que las guías no se actualizan a la misma velocidad con que avanza la ciencia y están supeditadas a la aprobación oficial, con lo que realmente se limita la calidad de la atención pues, por un lado, si un tratamiento novedoso y con demostrada evidencia científica de su eficacia clínica no está incluido en las guías, se priva al paciente de beneficiarse de él ya que los pagadores glosan las cuentas que no correspondan a lo indicado en ellas. Por otro lado, el médico tratante queda expuesto a posibles sanciones éticas o judiciales por salirse de las guías y la lentitud en su aprobación, lo obliga a la prescripción especial de estos medicamentos en la plataforma MIPRES a través de la cual el sistema de salud autoriza el pago de productos de alto costo no contenidos en el POS y el médico prescriptor queda señalado como ordenador del gasto con su respectiva corresponsabilidad.

Esta actividad se potencia con campañas publicitarias a la comunidad, cursos de “educación en salud”, ofertas y rebajas. Se induce al consumo de servicios médicos con la lógica de la rentabilidad monetaria en contra de la rentabilidad social. Se privilegia el asistencialismo, que extrae dinero al sistema y desplaza a la prevención que disminuye la aparición de esas enfermedades y lo ahorra.

### **Trabajadores de salud**

En hospitales y centros ambulatorios públicos y privados, el trabajo del personal de salud produce la riqueza del sistema bajo un régimen de medicina gerenciada que atenta contra su autonomía y en condiciones laborales y formas de contratación que contravienen las leyes. Hay normas restrictivas y controles electrónicos en la atención ambulatoria que coartan la libertad del ejercicio médico y evitan su vinculación con el paciente por el corto tiempo de cada consulta, limitan los exámenes para ayudas diagnósticas, interconsultas y prescripción de medicamentos y premian a quien lo cumple. En urgencias, un semáforo obliga a que cada paciente tenga resuelta la decisión de hospitalización o alta en sólo seis horas, cuando médicamente está establecido que son 24; así se obliga a ver más pacientes en menos tiempo.

El resultado son hospitalizaciones innecesarias que aumentan el riesgo de errores médicos, pero facturan todo procedimiento cobrando los medicamentos e insumos y el uso de la infraestructura medido por tiempo. El incumplimiento de estas normas acarrea sanciones. De este modo, se va generando en los profesionales insensibilización sobre desperdicio de materiales, costos al sistema y vinculación con sus pacientes que ahora son sólo usuarios, vistos como simples consumidores. Este grado de sumisión lo garantiza la inestabilidad laboral inherente a prácticas ilegales como la tercerización, el pago por evento, la contratación temporal directa mediante “Contrato de Prestación de Servicios” en el que el profesional es su propio patrón y asume todos los riesgos para poder contratar con la institución hospitalaria, corre con los costos de aseguramiento en salud, pensión y riesgos laborales y libera de esta obligación al empleador. Esta modalidad enterró la vinculación

**El Nuevo Sistema Nacional de Salud será público, descentralizado, con prestación de servicios a cargo de entidades públicas, mixtas y privadas, sin intermediación financiera ni administración privada del sistema. Su pilar principal será una fuerte “Estrategia de Atención Primaria Integral en Salud”, con acceso universal, igualitario y no contemplará la capacidad de pago ni será necesaria la afiliación.**

laboral y los derechos adquiridos en el contrato formal de trabajo. Sin embargo, los derechos siguen vigentes en las leyes que los empleadores violan. La legitimidad del contrato laboral sigue, pero no se cumple. No debemos permitir que sigan desligadas las políticas de empleo de lo ordenado por las leyes del trabajo y la LES; por eso debe ser reglamentada. Allí está la respuesta a este problema. Para resolverlo es necesario señalar ese rumbo y lograr la organización gremial de todo el personal sanitario.

### **Aseguramiento**

Este componente del CMI se encarga de diseñar las pólizas de cobertura y calcular el riesgo de enfermedad para establecer, gestionar y administrar los costos de atención de la siniestralidad u ocurrencia de enfermedades. El capital financiero es hegemónico en los fondos de pensión y en los seguros. El aseguramiento tiene en cuenta la incidencia y prevalencia de enfermedades y, supuestamente, al financiar los sistemas de salud, debería buscar disminuirlas. Sin embargo, los indicadores de salud no lo demuestran. La ley 1122 de 2007 define el aseguramiento en salud como “la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario”.

La ley 100 obliga a la afiliación en el artículo 157 ya sea a través del régimen contributivo a quienes tienen capacidad de pago, del régimen subsidiado a la población pobre y vulnerable sin capacidad de pago y de los participantes vinculados que “son aquellas personas que por motivos de incapacidad de pago y, mientras logran ser beneficiarios

del Régimen Subsidiado, tendrán derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado a través de subsidios a la oferta”. Hoy, todas las EE PP SS son privadas y con ánimo de lucro que prestan servicios públicos en un sistema de mercado, sin competencia regulatoria y con exigua actividad de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud y demás entes regulatorios. El Gobierno Nacional pretendió la privatización total del sistema de salud mediante el proyecto de ley 010 que fue rechazado por el movimiento social, sindical y de sectores políticos de oposición en el Congreso de la República gracias al Paro Nacional y el estallido social.

### **Si lo anterior es negocio y lucro, entonces, ¿Qué es “Salud”?**

El concepto de “Salud” ha evolucionado desde mediados del siglo XIX cuando se consideraba que era simplemente la ausencia de enfermedad (34). En 1941, Sigerist estableció que “la salud no es simplemente la ausencia de enfermedad; es algo positivo, una actitud gozosa y aceptación alegre de las responsabilidades que la vida impone al individuo” (35). En 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS) introdujo en el punto uno de su carta fundacional (36) que “La salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedades o invalideces” (sic), definición aportada por Stampar en 1945 (35). La definición vigente de la OMS es el “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (36). Hay propuestas definitorias de salud, como de Gregorio Piédrola Gil según la cual “La salud es algo que todo el mundo sabe lo que es, hasta el momento en que la pierde, o cuando intenta definirla” (37) y, en todas ellas, se aprecia el aspecto conceptual en abstracto. Puesto que, la “Salud” es algo inherente al ciclo vital y a la vida en sí misma, su definición debe contemplar: 1) las consecuencias que genera su disfrute; 2) lo que se necesita en una sociedad para mantenerla o recuperarla y; 3) lo que garantiza que así sea. Por eso, los artículos de la propuesta de proyecto de ley ordinaria para desarrollar la Ley Estatutaria de Salud que derogue la Ley 100 de 1993, definen la “Salud” en los siguientes términos:

Es la capacidad y la potencialidad física y mental de las personas para desarrollar sus proyectos de vida en las condiciones materiales y sociales más favorables, cuyo resultado es el bienestar y buen vivir individual y colectivo. Los bienes y servicios de atención integral aportan a la salud de las personas, en la medida en que contribuyen a preservar, recuperar y mejorar esa capacidad, propiciando el ejercicio de su autonomía y el logro del mejor nivel de bienestar y calidad de vida posible. La salud es un derecho humano fundamental y autónomo e irrenunciable, con una dimensión de servicio público esencial y su garantía es deber del Estado en su responsabilidad social.

### **Los trabajadores de la salud organizados**

Hay que dar entonces varios pasos para avanzar en el necesario cambio de paradigma:

1. Desmedicalizar el concepto de salud e incorporarlo transversalmente a las políticas de Estado, introduciéndolo en cada rama del poder ejecutivo y tratar los determinantes de salud.
2. Lograr la unidad orgánica de los trabajadores sanitarios en una organización sindical de carácter nacional por cada profesión (medicina, enfermería, bacteriología, etc).
3. Recuperar la enseñanza de la farmacología para garantizar el derecho al acceso de medicamentos.
4. Desarrollar un proyecto de ley para reformar estructuralmente el sistema de salud y respaldarlo con un amplio movimiento social, aliado con la mayor participación posible de parlamentarios para aprobarlo como ley de la República.
5. Crear un sistema único de información en salud a lo largo y ancho del territorio nacional.

## **El nuevo “Sistema de Salud” que queremos**

Desde que se aprobó la Ley 100, el movimiento del sector salud buscó derogarla hasta que optó por tener una ley estatutaria que declare la salud como derecho fundamental y lo garantice, pues lo era solo por conexidad con la vida. En 2008, la Corte Constitucional sentenció que la salud es un derecho fundamental y el movimiento social creó la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 por una Reforma Estructural del Sistema de Salud, y los médicos y otros trabajadores del sector redactaron el proyecto de Ley Estatutaria de Salud (LES).

Siete organizaciones médicas de carácter nacional a saber: Academia Nacional de Medicina (ANM), Asociación Médica Sindical (ASMEDAS Nacional), Asociación Colombiana de Sociedades Científicas (ACSC), Asociación Colombiana Médica Estudiantil (ACOME), Asociación Nacional de Internos y Residentes (ANIR), Colegio Médico Colombiano (CMC) y Federación Médica Colombiana (FMC) se constituyeron en la Gran Junta Médica Nacional que se alió con la “Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760” y acordaron los 15 puntos fundamentales e inamovibles de lo que debía ser la LES. La Gran Junta Médica Nacional redactó el proyecto inicial que en 2013 se entregó al presidente Santos quien lo radicó en el Senado con mensaje de urgencia. La LES fue rechazada por el entonces ministro de salud y seguridad social Alejandro Gaviria, pero el movimiento popular la respaldó durante su trámite de dos años en el Congreso de la República hasta ser la Ley 1751 de 2015, revisada, corregida y aceptada por la Corte Constitucional. La LES es prolongación de la Carta Política, es parte del bloque de constitucionalidad, máxima norma vigente en materia de regulación del derecho a la salud y sienta los principios y criterios esenciales para el Nuevo Sistema de Salud y Seguridad Social. Sin embargo, desde su nacimiento ha sido ignorada y desvirtuada por los gobiernos de turno con normas engañosas que la invocan para atropellarla.

Con la LES diversas organizaciones trabajan en un proyecto de ley ordinaria por un cambio estructural del actual sistema de salud y seguridad social con base en un proyecto de ley que la Alianza Nacional por un Nuevo Modelo de Salud (ANSA), de la que la FMC<sup>1</sup> y la “Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760” hacían parte, presentó en 2012 al Congreso de la República, pero que no fue aprobado.

---

1 Federación Médica Colombiana

En este propósito se mantienen solo cuatro organizaciones de la Gran Junta Médica Nacional (FMC, ASMEDAS Nacional, ANIR y ACOME) pues las otras tres se alindaron con el gobierno desde el principio de la pandemia. El ministro Ruiz, representando al partido Cambio Radical, propuso privatizar totalmente lo poco público que queda del actual sistema de salud con el proyecto de ley 010 Senado y 425 Cámara de Representantes que terminó archivado por la presión de organizaciones de la sociedad civil del sector salud (incluidos los ex miembros de la Gran Junta Médica Nacional) y de la ciudadanía movilizada en las calles para protestar y resistir desde el 28 de abril del 2021 en el Paro Nacional. El hecho de estar en época preelectoral incidió en la decisión de los parlamentarios para archivarlo, poniendo de manifiesto el resquebrajamiento del bloque de poder en el Congreso.

La siguiente propuesta es materia prima para construir colectivamente los cimientos del cambio Estructural al Sistema de Salud y Seguridad Social en desarrollo de la LES 1751/2015.

El Nuevo Sistema Nacional de Salud será público, descentralizado, con prestación de servicios a cargo de entidades públicas, mixtas y privadas, sin intermediación financiera ni administración privada del sistema. Su pilar principal será una fuerte “Estrategia de Atención Primaria Integral en Salud”, con acceso universal, igualitario y no contemplará la capacidad de pago ni será necesaria la afiliación, pues solo hay que vivir o estar en territorio colombiano para disfrutar el goce efectivo del derecho a la salud. La aprobación de la ley que cree el Nuevo Sistema de Salud y Seguridad Social derogará toda normatividad y legislación vigentes que le sean contrarias a ella y a la LES.

1. La orientación del nuevo Sistema de Salud y Seguridad Social contempla la participación ciudadana para el diseño de políticas saludables, prestación integral de servicios, control de riesgos en salud y gestión de los determinantes sociales mediante la ejecución una política pública transectorial, pues la salud depende no solo

de factores biológicos sino también socioeconómicos. Son entonces determinantes de salud los siguientes criterios:

- a) Medio ambiente sano.
- b) Condiciones de vida digna.
- c) Acceso a agua potable y a buenas condiciones sanitarias.
- d) Derecho a vivienda digna, energía eléctrica y disposición de excretas.
- e) Disponibilidad de alimentos sanos para una buena y adecuada nutrición.
- f) Condiciones de trabajo dignas, seguras y sanas.
- g) Acceso al transporte.
- h) Acceso a la educación y recreación.
- i) No discriminación.
- j) Paz.
- k) Acceso a la información en salud, incluida la salud sexual y reproductiva.
- l) Participación ciudadana en la toma de decisiones sobre cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional.
- m) Diferencias y enfoques basadas en la perspectiva de género.
- n) Distribución de los recursos.

El Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social tendrá una Comisión Intersectorial nacional y territorial que estudiará por qué, dónde y cómo inciden los determinantes de la salud en las comunidades y los individuos e incluirá acciones y metas específicas en las políticas públicas nacionales y locales para afectar positivamente estos determinantes y avanzar en el mejoramiento de la salud de la población, según lo establecido en la Observación General 14 del año 2000, la Sentencia C-313 de 2014 y el artículo 9 de LES. Sus decisiones serán vinculantes.

2. El Gobierno del Nuevo Sistema de Salud y Seguridad Social es responsabilidad indelegable del Estado a través del Ministerio de Salud y Protección Social; la Rectoría del Nuevo Sistema estará a cargo del Consejo Nacional de Salud y Seguridad Social, del cual son miembros indelegables el ministro de Salud y Protección Social y el ministro de Hacienda; también hacen parte de él los representantes de entes descentralizados y organizaciones representativas de la sociedad civil. El Consejo Nacional de Salud y Seguridad Social definirá las políticas públicas en el ámbito nacional.
3. El mapa sanitario del país tendrá los Territorios Saludables establecidos según sus características epidemiológicas, sociodemográficas, económicas, geográficas y de servicios públicos. Cada Territorio Saludable constituirá su propio Consejo Territorial de Salud y Seguridad Social que ejercerá las funciones de rectoría. Un Territorio Saludable puede estar compuesto por segmentos de divisiones político-administrativas distintas que comparten esencialmente características epidemiológicas, culturales, geográficas, de cercanía entre sí y lejanía de sus centros administrativos departamentales (Ejemplo: Girardot, Ricaurte, Flandes, Melgar, donde confluyen Cundinamarca y Tolima; Cravo Norte, Mochuelo, La Culebra, donde confluyen Arauca, Casanare y Vichada) y creará alianzas operativas entre los entes departamentales, distritales y municipales de salud y las organizaciones de la sociedad civil presentes en el territorio.
4. Para hacer continua, integral, oportuna y eficiente la atención a las comunidades e individuos, la organización y funcionamiento del nuevo Sistema de Salud y Seguridad Social se hará articulando las Redes Integrales de Servicios, el Sistema de Referencia y Contrarreferencia y los Territorios de Salud, que contarán con unidades técnico-administrativas.
5. El nuevo sistema garantizará a todos los trabajadores de la salud condiciones laborales justas, dignas y estables, respetará sus derechos adquiridos y desarrollará su política de formación, capacitación y actualización del Recurso Humano, imprescindibles para su cualificación y para garantizar la calidad y seguridad de la atención. Serán cubiertos los trabajadores de las entidades públicas, mixtas y privadas.
6. Fuentes de financiación:

- a. El presupuesto general de la nación que, aparte de las ya existentes, contemplará nuevas fuentes de ingresos por impuestos a actividades que contaminen el ambiente y generen enfermedades en la población
  - b. Los aportes a la salud y seguridad social por parte del Estado, los empleadores y los trabajadores
  - c. El ahorro por la supresión de la intermediación financiera y de los sobrecostos, como resultado del control de precios de medicamentos y demás tecnologías médicas.
7. El recaudo lo hará un fondo diseñado para tal efecto, autónomo e independiente con representación ciudadana en su dirección y con presencia en los territorios; la administración de los dineros será descentralizada con manejo técnico y transparente de los recursos.
  8. El Nuevo Sistema Salud y Seguridad Social tendrá un Sistema Público de Información único, de cobertura nacional y transparente que se actualizará permanentemente, y será desarrollado con tecnología de última generación y permanecerá disponible en línea y en tiempo real para desmontar la ventaja de los intermediarios financieros que se apropian de la información para manipular datos, negar servicios y extraerle recursos bajo la actitud omisiva de los entes de control.
  9. El Sistema Público de Información incluirá la Historia Clínica de cada persona, portable en una tarjeta electrónica, encriptada con un código personal para cada paciente y con códigos específicos de acceso pertinente para los profesionales, tecnólogos, técnicos y auxiliares, limitado al campo de su actividad con el paciente en cada acto médico específico para preservar el derecho fundamental a la privacidad e intimidad. El manejo de la Historia Clínica seguirá siendo regulado en lo pertinente por la Ley General de Archivos.
  10. Los medicamentos y demás tecnologías médicas son indispensables para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de quienes sufren o han sufrido enfermedades y sus secuelas. El Nuevo Sistema elaborará desarrollará la Política Nacional Farmacéutica y de Evaluación de Tecnologías e Innovaciones en Salud (medicamentos, dispositivos médicos y demás insumos) que actualizará bienalmente. La aceptación o rechazo de todas las tecnologías de

salud serán decididas por una institución creada para tal efecto, idónea e independiente, luego de hacer las respectivas evaluaciones científico-técnicas y económicas a cada una.

11. Todos los profesionales de la salud ejercerán con autonomía su trabajo cumpliendo rigurosamente con la ética y la autorregulación y durante los siguientes seis meses a la aprobación de la ley diseñarán con las organizaciones científicas, académicas y gremiales los mecanismos para prescribir medicamentos y tecnologías de salud; cuando sea necesario actuarán según lo establecido en el artículo 16 de la ley estatutaria: “Los conflictos o discrepancias en diagnósticos y/o alternativas terapéuticas generadas a partir de la atención, serán dirimidos por las juntas médicas de los prestadores de servicios de salud o por las juntas médicas de la red de prestadores de servicios de salud, utilizando criterios de razonabilidad científica, de acuerdo con el procedimiento que determine la ley”. Esta discusión colectiva, basada en la evidencia científica y el estado del arte conduce al uso racional de medicamentos y equipos y a no sucumbir ante la presión de las industrias para inducir al consumo de novedades tecnológicas que aún no hayan sido suficientemente estudiadas en su eficacia y seguridad. Así se ejerce la autorregulación desde el principio de autonomía profesional.
12. Para salvaguardar la soberanía nacional y como fuente de trabajo y creación de conocimiento se creará un sistema público de producción y transferencia de tecnologías en salud con participación en las cadenas de suministro.
13. En el Nuevo Sistema de Salud y Seguridad Social la Supersalud será una instancia autónoma e independiente con fuerte capacidad sancionatoria, presupuesto propio, presencia y funcionamiento en todo el territorio nacional como máximo órgano de inspección, vigilancia y control del Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud. Su misión es garantizar que se cumpla lo establecido en el Artículo 5° de la LES: “El Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud”. Responderá por su gestión ante la Procuraduría

General de la Nación, las Personerías Municipales, el Ministerio de Salud y Seguridad Social, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y los Consejos Territoriales de Seguridad Social y Salud

La amplia participación social en el impulso y respaldo al proyecto de ley resultante y su aprobación significaría una importante transformación en materia política y de derechos humanos, sociales, económicos y culturales en la lucha por la democracia que exige profundos cambios en el ejercicio del poder político y el modo de gobernar para garantizar los derechos fundamentales y el derecho a la vida como valor supremo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. *Ley 30 de 1886 “Por la cual se crea la Junta Central de Higiene”.*
2. *Ley 6 de 1945 “Por la cual se dictan algunas disposiciones sobre convenciones de trabajo...art. 18. El gobierno procederá a organizar la Caja Nacional de Previsión Social (CNP) de los empleados y obreros nacionales”*
3. *Ley 90 de 1946 “Por la cual se establece el seguro social obligatorio y se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS)”*
4. *Ley 27 de 1946 “Por la cual se crea el Ministerio de Higiene”*
5. *Ley 96 de 1938 “Por la cual se crean los Ministerios de Trabajo, Higiene y Previsión Social y de la Economía Nacional”*

6. Decreto 687 de 1967 “Por el cual se determina la inversión de reservas del ICSS, se crea el Bono de Valor Constante para Seguridad Social y se solicitan otras disposiciones. Art. 1, literal e) Ampliar y mejorar los servicios de asistencia social... con destino a la construcción y dotación de hospitales y otros establecimientos similares. Art. 2, literal c. Art. 22, 23, 24, 25”
7. Ley 10 de 1990 “Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones”
8. Constitución Política de Colombia, Capítulo 5 “De la finalidad del Estado y los Servicios Públicos. Art. 365”
9. Ley 100 de 1993 “Por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social Integral (SGSSI) y se dictan otras disposiciones; Capítulo II, Sistema de Seguridad Social Integral (SSSI), Art. 5, 6, 7, 8, 9; Libro I, Sistema General de Pensiones (SGP); Libro II, El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS); Libro III, Sistema General de Riesgos Profesionales (SGRP)”
10. Decreto 2196 de 2009 “Por el cual se suprime la CNP... y se dictan otras disposiciones”
11. Decreto 2013 de 2012 “Por el cual se suprime el ISS...”
12. Decreto 2519 de 2015 “Por el cual se suprime la Caja de Previsión de Comunicaciones (CAPRECOM)... “
13. Palacio-Acosta C. *Editorial*. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2013; 42 (4): 303.
14. Suárez-Rozo LF y otros. *La crisis del Sistema de Salud Colombiano: una aproximación desde la legitimidad y la regulación*. Rev. Gerenc. Polít. Salud. 2017; 16 (32): 34-50
15. Alvarez-Salazar GJ y otros. *Crisis de la salud en Colombia: límites del acceso al derecho fundamental a la salud de los adultos mayores*. Revista CES Derecho; vol. 7, N° 2, jul.-Dic./2016
16. Garcés-Correa S. *Crisis del Sistema de Salud y COVID-19: una mirada a la subcontratación laboral*. Revista 100 días. Edición 98/99, Ene. – Jun./2020
17. Revista Semana. *Crisis del Sistema de Salud en Colombia*. Ediciones desde feb. / 2020 hasta ago. / 2020
18. *Acuerdo de punto final*. <https://www.adres.gov.co/inicio/acuerdo-de-punto-final>
19. Ley 1955 de 2019 “Por la cual se establece el Plan Nacional de Desarrollo (PND), Art. 235
20. Martínez-Rangel y otros. *El Consenso de Washington: la instauración de políticas neoliberales en América Latina*. Política y Cultura, primavera. 2012; núm. 37, pp 35-64

21. Castañeda-Ortiz VM y otro. *El Consenso de Washington: algunas implicaciones para América Latina*. Apuntes del CENES, Vol. 36, N° 63, pp 15-41; enero-junio de 2017
22. Isaza-Villa S. *Sistema General de Seguridad Social en Salud: la historia oculta*. Revista Razón Pública. Mayo 30 de 2011
23. Isaza-Villa S. *¿La salud-mercancía o el derecho a la salud? Análisis de los decretos de Emergencia Social*. Revista Razón Pública. Feb. 8 de 2010
24. Isaza-Villa S. *Las reformas en salud, simples retoques*. Revista Razón Pública, feb. 20 de 2012
25. *The Military-Industrial Complex; The Farewell Address of president Eisenhower*. Basament publications, 2006
26. Iriarte C. *Capital financiero versus complejo médico industrial: los desafíos de las agencias regulatorias*. Ciencia e saúde coletiva, 13(5); oct. 2008
27. [www.es.wikiquibe.net/wiki/Arnold\\_S.\\_Relman](http://www.es.wikiquibe.net/wiki/Arnold_S._Relman)
28. Villarreal A. *Sancionadas con miles de millones de euros. Del soborno al fraude masivo: las 196 multas a las farmacéuticas que combaten el virus*. [https://elconfidencial.com/tecnologia/ciencia/2020-11-17/COVID-19-farmacenticas-multas-ilegales\\_28350351](https://elconfidencial.com/tecnologia/ciencia/2020-11-17/COVID-19-farmacenticas-multas-ilegales_28350351)
29. New York Times. *Sentencian a muerte al director de la FDA de China por corrupción*. 9 de julio 2007
30. Observatorio del Medicamento de la FMC. *Medicamentos Genéricos. Lo que dice la FDA y lo que pasa en Colombia*. [www.federacionmedicacolombiana.com/Medinformatica.com](http://www.federacionmedicacolombiana.com/Medinformatica.com)
31. Téllez-Vallejo A. *Genfar: genéricos con calidad de multinacional*. <https://consumo sentido.co/2014/04/10/genfar-genericos-con calidad de multinacional/>
32. Gaviria A y otros. *El debate de la regulación de medicamentos biotecnológicos: Colombia en el contexto internacional*. Revista Panamericana de Salud Pública; 40(1) jul 2016
33. Vaca CP y otra. *Levantar las patentes de las vacunas contra COVID-19: por qué sí*. Revista Razón Pública. Abril 12 de 2021
34. Real Academia Española. *Salud(definición)*. Diccionario de la lengua española (23ª. Edición)
35. Vega-Franco L. *Creencias y percepciones acerca de la salud. Reseña histórica*. Salud Pública Mex. Vol. 44, N° 3 Cuernavaca, may./jun.2002
36. Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS). *Salud(definición)*. [who\\_constitution\\_sp.pdf](http://who_constitution_sp.pdf)
37. Medina H. El concepto de salud. <https://es.calameo.com>



## ANÁLISIS DE CONTEXTO DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA PARA SITUAR LA COYUNTURA

*Ximena Cortés Castillo, M.D. Psiquiatra\* .*

¿De qué sistema de salud estamos hablando? De un sistema de salud por inercia narrativa, porque no está claro que exista en Colombia un sistema tal que atienda las enfermedades de sus habitantes y que mejore la salud de su población. Para conocer el estado del arte del tema salud, de cara a una interpretación política de la coyuntura, el presente artículo se apoya en el documento investigativo y diagnóstico que presentó en 2018 la Gran Junta Médica Nacional (conformada por varias organizaciones médicas de la sociedad civil), a los aspirantes presidenciales de ese año. Sobre esta base, el texto propone seis tendencias de efectos de la Ley 100 para configurar un panorama situacional en salud.

La Constitución Política de Colombia de 1991 dejó incrustadas en los artículos 48 y 49 las puertas abiertas a particulares para operar la salud, entonces concebida como un servicio. Nuestro actual sistema de salud fue creado dos años después, en 1993 por la Ley 100 y desde entonces lleva 27 años de vigencia manteniéndose fiel a un modelo neoliberal de financiamiento por aseguramiento comercial.

En palabras simples, el esquema del sistema de salud es el siguiente: cada uno tiene que aportar mensualmente un dinero fijo para que se haga un gran recaudo nacional. Las personas que laboran, contribuyen con un porcentaje de la remuneración y subsidian a quienes no trabajan. Tanto contribuyentes como subsidiados deben inscribirse al sistema de salud como a un nuevo catastro y así pasan a ser **afiliados asegurados**. La **unidad de pago por capitación (UPC)** corresponde al costo anual calculado por cada persona asegurada de forma que

---

\* *Fundación Walter Benjamin para la Investigación Social.*

**El perverso mecanismo de administración del dinero de las EPS, que paga por tarifas en la baja complejidad y cobra por evento en la alta complejidad, sobre la base de un recaudo fijo anual, exprime la renta en los periodos de ausencia de enfermedad de la gente y se lava las manos cuando tiene que pagar la enfermedad grave.**

cada año la **ADRES (Administradora de Recursos de la Salud)** transfiere a la cuenta de compensación de cada **EPS (Entidades Promotoras de Salud o aseguradoras intermediarias)** esta cantidad multiplicada por el número de afiliados.

Para el año 2021 la UPC quedó en \$938.826. Entonces, por ejemplo, a la Nueva EPS (la más grande, antiguo ISS) que tiene ocho millones de afiliados, le corresponden este año \$7'510.608.000.000; de esto la EPS se cobra por administración el 10%, es decir \$751.608.000.000. Se paga del 8% al 10% de todo el recaudo por administrar los recursos, eso supone de 4 a 5 billones de pesos al año por intermediación. El remanente queda para hacer funcionar el modelo de atención en salud. De este gran recaudo anual fijo que se traslada a las EPS, ellas deben disponer para cubrir las necesidades de atención a la enfermedad. Lo hacen contratando con **IPS (Instituciones Prestadoras de Salud)** para que éstas atiendan directamente a los enfermos que figuran en sus bases de datos de afiliados.

Muchas EPS tienen sus propias IPS en forma de centros racimo de consulta clínica ambulatoria, lo que reduce los costos de contratación por un factor endogámico. Se pagan los servicios prestados a *posteriori* mediante un detallado inventario de los eventos. Cada vez que se hace una atención en salud, la IPS le cobra por evento a la EPS. Si la atención en cuestión está en el **Plan Obligatorio de Salud (POS)**, la EPS debe pagar por lo ya hecho, y si no lo está, la EPS debe pagar igual a la IPS pero recobra el evento a un fondo distinto recuperando el pago de alto costo.

La salud pública, es decir, las acciones que no son atenciones a la enfermedad -y que antes estaban a cargo operativo y financiero del Estado-, tiene unos rubros específicos del fisco público que también van a parar a las EPS para que hagan realidad la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud para sus grupos de afiliados. En la práctica lo segundo se hace como lo primero, por lo que el sistema no diferencia la salud pública de la atención individual.

La divulgación popular que se le ha dado al tema de la salud no supera las lógicas circunstanciales, el amarillismo mediático o la indignación reactiva y fugaz frente al rosario de hechos de vulneración del derecho fundamental a la salud, que se concibió como tal en Colombia a partir del año 2000.

No obstante, actualmente ya existe un consenso nacional alrededor de la crisis financiera y estructural del sistema de salud y también de la crisis humanitaria que vive la población colombiana. Crisis global que se ha cronificado. Es decir, que un sistema que nació con un mal congénito y que se ha mantenido crónicamente enfermo, debe atender una pandemia viral que teóricamente contagia al 83%, enferma al 25%, envía a la unidad de cuidado intensivo al 5% y mata al 3% de su población. Un dinosaurio en una jaula.

Es menester conocer el detalle de la evolución histórica del sistema de salud para entrar en contacto con la realidad que ha sido tan difícil de ver. Las estrategias principales del **Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)** han sido: la tercerización laboral, la privatización del recaudo público, la no regulación de un Estado amparado en el equilibrio de un supuesto mercado y la burocratización. El resultado ha sido una privatización *sui generis* de los servicios de salud a conveniencia de las EPS plenas de poder económico, donde se atrapó al Estado con tres mecanismos:

1. Puerta giratoria del personal profesional en todos los niveles del sistema. Es decir, que nadie se queda un buen tiempo haciendo una labor como para construir procesos en salud.
2. Cooptación privada de funcionarios públicos responsables de la regulación, control o definición de la política pública de salud.
3. Control y uso privativo de la información en salud por parte de las EPS, para la toma de decisiones esencialmente administrativas.

<b>EJEMPLOS</b>	
2009	Asesores pagos por EPS participan en la redacción de la declaratoria gubernamental de emergencia social.
2011	Eduardo Montealegre, asesor jurídico de Saludcoop EPS fue luego Fiscal General de la Nación.
2017	El congresista Holger Horacio Díaz recibió dinero de Saludcoop EPS para condicionar el articulado de una reforma a la salud.
Funcionarios de EPS transitan libremente a cargos públicos ministeriales y del Consejo Nacional del Sistema General de Seguridad Social en Salud (CNSSS).	
Las EPS presentan la información que tienen de la atención en salud a sus afiliados, para decidir sobre el incremento anual de la UPC (unidad de pago por capitación).	

Fuente: Elaboración propia.

La gran promesa de la Ley 100 era la de superar la considerada mala administración pública de la salud que subsidiaba a la oferta, con su alegada limitación para la cobertura universal. Así, el subsidio a la demanda conseguiría el acceso masivo y sin discriminación. Según el Ministerio de Salud (MSPS 2016), la anhelada cobertura no se logró. La cobertura de afiliación o carnetización se extendió sí a casi todo el territorio nacional, pero un carné no es un medicamento, un formulario no es una cirugía y un conmutador no hace diagnósticos.

La Ley 100 entregó la administración financiera a las EPS y les delegó la asignación del gasto en salud que era una de las herramientas que tenía el Estado Colombiano para orientar la política de salud del país. Esta libertad

de asignación recibió aval para incrementar la rentabilidad a través de incentivos económicos y de luz verde a la contención de gastos. En virtud de que se entregó la planificación de los servicios de salud al mercado de los nuevos consorcios, motivó el cierre de servicios no rentables (hospitales públicos y centros de atención primaria) mientras que promovió la multiplicación de otros que generan rentabilidad (alta complejidad e imágenes diagnósticas).

La ley 100 debilitó la red de hospitales públicos que fueron transformados en **ESES (Entidades Sociales del Estado)** y que debían competir entre sí y con los prestadores privados en condiciones de inequidad porque los primeros debían mantener abiertos servicios no rentables como urgencias, atención de partos y hospitalización. No obstante, el 75% de los municipios con menos de 15.000 habitantes dependen del sistema de hospitales públicos. Los hospitales de estos municipios no tienen hoy día cómo financiar la nómina. Disminuyó así la oferta de los servicios de primeros niveles de atención y fijó agudamente en la tarea misional, una mira de explotación. Hizo entrar en obsolescencia tecnológica los niveles de atención básica y produjo deficiencias en personal e infraestructura. Chatarrizó la salud mental porque minimizó el gasto, también el tiempo de la consulta, negó el consumo de sustancias psicoactivas como un problema de salud y extinguió los hospitales día. Anuló la vigilancia de los entes territoriales sobre las entidades de salud centralizando este control en la **Supersalud**. Despreció la participación y la movilización social. Finalmente entregó a particulares el direccionamiento formal que le correspondía al Ministerio de Salud, reduciendo este último a un escritorio de expedición de normas ambiguas en cabeza de una jefatura de línea burocrática al servicio del desarrollo de las EPS; dejó a este Ministerio sin músculos y sin dientes para obrar técnicamente pero también lo decorticó en su función de autoridad sanitaria.

Planteo ahora seis tendencias específicas para el análisis de los efectos de esta Ley 100:

## **1. Tendencia económica del sistema: el saqueo voraz o la extracción depredadora de rentas públicas**

La Ley 100 garantizó lucros exorbitantes en la cadena de prestación de servicios. Abrió la posibilidad del despilfarro de recursos por el poder total que le dio a las EPS en la asignación del gasto y que ellas tomaron para definir sus esfuerzos por las cuentas de alto costo. Permitted el enriquecimiento de la empresa privada con dineros del erario porque el capital de la mayoría de las EPS se conformó con el dinero público de las UPC más un porcentaje fiscal, y porque permitió una confusión entre los recursos propios de las EPS y los recursos públicos de salud de destinación específica.

Las EPS tomaron estos dineros como propios, se comportaron como aseguradores comerciales, maximizaron la restricción del gasto, hicieron inversiones económicas de alto nivel, generaron especulación y armaron una red endogámica de empresas. Al mismo dueño o grupo empresarial pertenecen tanto IPS como laboratorios de medicamentos, ambulancias, lavanderías, celadurías, centros de imágenes diagnósticas, alimentación y abastecimiento. Se generaron negocios articulados verticalmente a modo de pequeños consorcios ubicados fuera del mercado y sin competencia real de precios. Estas comarcas comerciales de salud tipo emporio introdujeron un sinnúmero de intermediarios que obtienen margen de ganancia sin agregar mayor valor.

Negando servicios obligatorios a destajo, contienen gastos y se apropian ilegítimamente de los recursos. El perverso mecanismo de administración del dinero de las EPS, que paga por tarifas en la baja complejidad y cobra por evento en la alta complejidad, sobre la base de un recaudo fijo anual, exprime la renta en los periodos de ausencia de enfermedad de la gente y se lava las manos cuando tiene que pagar la enfermedad grave.

EJEMPLOS	
2014	Sandra Morelli, ex Contralora General de la Nación, demostró el desvío del erario que hizo Saludcoop al financiar torneos, canchas de golf, construcciones y negocios transnacionales. La Contraloría General de la República dictó el fallo de responsabilidad fiscal por 1.4 billones de pesos. No han respondido por el fraude.

Fuente: Elaboración propia.

El gasto en salud es del 6,81% del PIB. Anualmente se destinan entre 40 y 50 billones de pesos para salud del bolsillo directo de la nación y de la contribución directa de la gente. No obstante, la **ACESI (agremiación de hospitales públicos)** reportó a 2017, una deuda por 7,5 billones.

Se permite en este particular mercado, el no pago de las facturas y el no cobro de intereses por moras. Mejor dicho, se trabaja pero no se paga por lo trabajado. Se han roto las normas más elementales relativas a las obligaciones monetarias y se ha normalizado una “cartera prolongada”.

No obstante, frente a la reconocida deuda de las EPS, el Estado viene girando de cuando en vez, dineros directos a las IPS pagando la deuda adquirida por las EPS al tiempo que les compra su cartera.

EJEMPLOS	
De junio/2016 a mayo /2017	15.1 billones de pesos girados a las IPS.
A diciembre de 2016	El Estado ha comprado las carteras de deudas a las EPS por 1.62 billones.

Fuente: Elaboración propia.

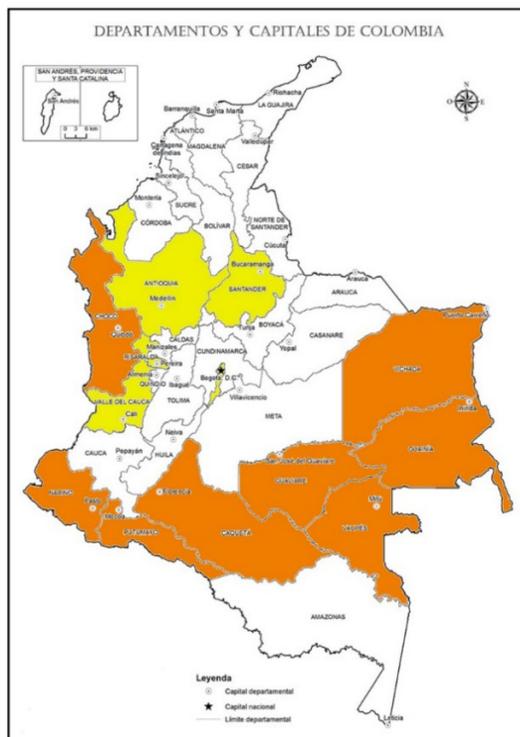
La Supersalud no solo protege a las EPS con grandes concesiones normativas para habilitación y funcionamiento, sino que apela contra el Estado, litigando platos de déficit a favor de las EPS. Por si fuese poca la exacción a la corriente privada de capital, la ADRES tiene 13 cuentas corrientes y una de ahorros en el Banco BBVA, cuatro cuentas corrientes en Bancolombia y otras seis en el Banco de Occidente. Ya no tiene ninguna cuenta en el Banco Agrario, todo este dinero fluye hoy día boyante en la banca privada.

## 2. Tendencia social del sistema: descomposición social por desarraigo y destrucción del territorio

Hablemos de coberturas. El régimen subsidiado es el 48% de la población y el contributivo es el 43,6%. Es decir, más de la mitad es régimen subsidiado. Los regímenes especiales representan el 5% y están formados por las personas adscritas a las fuerzas militares, la Policía, Ecopetrol, Magisterio y las universidades públicas. El 4% de la población está sin afiliación al sistema.

Las coberturas difieren de un departamento a otro. En zonas dispersas -que corresponden a la mitad del territorio nacional-, la cobertura es insuficiente y no garantiza la atención en salud.

Miremos algo que nos muestre la situación de la gente. Un dato alarmante es que la Comisión Interamericana de Derechos Humanos dictó medidas cautelares al Estado Colombiano por la alta mortalidad infantil por desnutrición y exigió la protección de 9000 mujeres gestantes en riesgo por falta de atención médica y desnutrición por ausencia de agua y alimentos. Con respecto a la discapacidad, del 2002 al 2016 se contaron 1.296.870 personas en esta condición de quienes sólo el 9.45 % recibía beneficios de programas específicos.



*En Bogotá, Antioquia, Santander, Risaralda y Valle del Cauca (porción amarilla), el régimen contributivo supera el 50%. Pero en Nariño, Caquetá, Putumayo, Guaviare, Guainía, Chocó, Vichada y Vaupés (porción naranja), el régimen contributivo es menos del 15%.*

Fuente: Elaboración propia.

El aumento de la brecha rural-urbana es la constante. Acceder a la atención médica supone una movilización interna de gente a modo de desplazamiento obligado. El sistema produjo un reordenamiento geográfico de la distribución poblacional sobre un mapa sanitario de 20 nodos que centraliza el flujo de atención en salud para pacientes de los 1,101 municipios del país. Diez de estos nodos son de atención especializada y en seis nodos se concentran los procedimientos hospitalarios. El 57% de las IPS se ubican en Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca y Santander. Como las EPS pueden contratar las IPS que gusten o prefieran para la atención de sus afiliados, en procura de mejores tarifas, pueden contratar IPS en otros departamentos lejos de donde vive la gente, o pueden contratar por ejemplo atención del parto en una ciudad y esterilización intraparto por ligadura de trompas en otra, imponiendo dos cirugías a cambio de una, o trasportando a la mujer de un lugar a otro con el abdomen abierto. Esta dinámica desbarató la organización territorial del pueblo, despedazó rutinas y tiempos que el colectivo tenía para desenvolver la vida y radicalizó la fragmentación anatómica en el abordaje de la enfermedad.

El reconocido ciudadano de a pie se convirtió en un paciente que debe, a pie, realizar la gestión ante su propio asegurador. A este ciudadano se le han trasladado los requisitos para el goce efectivo del derecho a la salud. Debe tener un trabajo para pagar la salud, pero debe pagar la salud para recibir el salario por su trabajo. Debe también superar las barreras de acceso a servicios y las negaciones a la prestación, perfeccionando su habilidad burocrática. A la postre, él debe ser su propia EPS.

### **3. Tendencia en salud poblacional del sistema: la miserabilización de la vida**

Miremos las cifras de morbimortalidad (enfermedad y muerte) general. Los datos muestran un aumento de la brecha social. En el 2013 la mortalidad materna en indígenas fue 6,8 veces mayor que en afrocolombianas y en estas últimas fue 2 veces mayor que el promedio general. La mortalidad materna persiste muy alta en franjas de pobreza

**El reconocido ciudadano de a pie se convirtió en un paciente que debe, a pie, realizar la gestión ante su propio asegurador. A este ciudadano se le han trasladado los requisitos para el goce efectivo del derecho a la salud. Debe tener un trabajo para pagar la salud, pero debe pagar la salud para recibir el salario por su trabajo.**

y en el área rural dispersa. La prevalencia del embarazo adolescente es de 27,2% en el grupo de mayor pobreza y 4,7% en el de mayor riqueza.

En 2013 la mortalidad infantil indígena fue 2,6 veces más que la general y en afrocolombianos 1,3 veces más que la general. La mortalidad infantil bajó: en 16 años (1998 a 2014) bajó un 41,87%, aunque persiste altísima (70% o más) en los grupos de mayor pobreza. El bajo peso al nacer y la desnutrición crónica en menores de 5 años se mantienen y traducen problemas de seguridad alimentaria. La desnutrición crónica en menores de 5 años no se ha superado, es 43% mayor en los grupos afro.

La mortalidad bajó: en 24 años (1990-2014) pasó de 7.4 a 4.44 por 1000 habitantes. Sin embargo, en estos mismos 24 años, el 53% de las muertes pudieron evitarse (1.300.000 colombianos). La mitad por enfermedades respiratorias. Del total de atenciones en salud (2016), el 61,26% se han dado en el régimen contributivo y 32,05% se han dado para el régimen subsidiado que ya vimos que tiene más afiliados.

Se produjo una migración misional hacia la atención especializada de alta complejidad. Veamos el caso de partos y del cáncer de seno para ilustrar la transformación misional que se dio en el sistema. En el 2007, el 48% de los partos se remitía desde el primer nivel a centros de mayor complejidad. En el 2012, se remitía el 88%. Se produjo un crecimiento de la cesárea que pasó del 25% en 1998 al 46% en 2013. La OMS dice que las tasas de cesárea superiores al 10% no se asocian a reducción de la mortalidad materna y neonatal. En el caso del cáncer se incentiva a que la enfermedad evolucione hacia estadios

más graves para atenderla. Para el cáncer de seno, entre la primera consulta y el inicio del tratamiento, pasan 137 días. El 29,1% se diagnostica en estadio localizado (no invasivo) en Colombia vs. 64% en USA, mientras que el 57,2% se diagnostica en estadio invasivo en Colombia vs. 27% en USA.

La puerta de entrada al sistema son las urgencias especializadas. Se desprecia la puerta de entrada de los servicios básicos en donde se podría hacer detección temprana de la enfermedad. Para un empresario de la salud es mejor atender dos pacientes con hemofilia que dos mil afiliados para atención básica en un centro de salud. Esto señala la ambición del sistema por inducir la demanda de alta complejidad.

Las cifras nos hablan de una población marcada por el hambre en la gestación y en la infancia en los territorios rurales, amenazada por enfermedades prevenibles y no detectadas, obligada a desplazarse a las ciudades para nacer, obligada a esperar el crecimiento tumoral por cáncer y objeto de interés en salud en la medida de su máxima enfermedad.

#### **4. Personal de salud: desnaturalización de la relación médico-paciente como tesoro del vínculo social**

La tradicional, respetada y mística relación médico-paciente que sustenta el acto médico y favorece cualquier tratamiento dirigido hacia el alivio o la cura, se transformó en el sistema en una relación de combate o de confrontación. Mediante la plataforma MIPRES del Ministerio de Salud, el médico se convierte en un ordenador del gasto porque debe entrar en el radar si se vuelve un médico “costoso”. El médico se autocensura en la prescripción de insumos no obligatorios que le exigen mayor trámite y el paciente no puede tener un soporte de la censura para exigir el tratamiento en la tutela.

La Ley 100 echó abajo la autonomía médica y el juicio clínico porque reemplazó gran parte del hacer por guías y protocolos de obligatorio cumplimiento que obran como procesos susceptibles de vigilar pero sobre todo de no pagar.

El nivel de ocupación se volvió el derrotero, con el famoso indicador giro-cama. Así, el primer nivel se ocupa en un 40%, el segundo nivel en un 97% y el tercer nivel en un 91%.

Finalmente, esta ley obligó a que el tiempo de la consulta fuera de 20 minutos, destinados casi todos al diligenciamiento de documentación para facilitar el proceso de auditoría. Tanto la formulación del problema clínico como la concertación de un plan de tratamiento usualmente sobrevienen al minuto 25, por lo que la esencia misional quedó por fuera del dispositivo clínico con lo que se instaló un fenómeno de reconsulta que genera aún más renta. Es decir, máxima rentabilidad cobrando varias veces un objeto ausente, cargando la plusvalía a la compulsión de repetición.

### **5. Tendencia en educación: la destrucción del saber y la desprofesionalización de la medicina y de carreras de la salud**

La Ley 100 extinguió el servicio social obligatorio o rural en el que la comunidad invertía a su personal de salud con la competencia para el ejercicio. Contrario a la formación de profesionales competentes en el conocimiento de las necesidades básicas en salud, el sistema ha hecho crecer la demanda de profesionales especializados sin ninguna planeación organizada del talento humano sobre bases epidemiológicas y necesidades de atención de la población. En el país hay 1,8/1,1 médicos/ enfermeras por cada 1000 habitantes (peores lugares en el ranking mundial). No se sabe (fuera de censos de urgencia) cuántos especialistas hay y cómo están distribuidos en el territorio nacional.

Han proliferado las facultades de medicina, que suman ya 60, regidas por las dinámicas propias del mercado en instituciones desarraigadas de la universidad. Los profesionales deben pagar altísimos costos para adelantar una especialidad médico-quirúrgica.

Esta tendencia en la educación médica desincentivó la formación en áreas como salud pública, comunicación, comprensión del contexto, telemedicina y saberes humanos,

atención primaria en salud, programas familiares y comunitarios. Desechó el enfoque intercultural. Finalmente amplió la brecha entre la formación y las necesidades de desempeño, lo que descalifica y vuelve incompetente a los profesionales para resolver problemas. Se entró en amnesia formativa de 25 años en la preparación del recurso humano para el abordaje de la salud pública.

Adicionalmente se produjo lo que se ha llamado masacre laboral en el reemplazo de las plantas misionales por la contratación individual de servicios en ausencia de un régimen de contratación laboral específico. Para el sector salud esto es ilegal.

La modalidad de emporios en salud por integración vertical del negocio de la prestación de los servicios alcanza su máxima expresión en las grandes marcas como Sánitas, quienes lograron integrar a la verticalidad, las propias facultades de medicina, sacándolas de la universidad tal como la conocíamos. Juez y parte, tienen todos los recursos para perpetuar el sistema, redoblar el control el gasto y transformar a su conveniencia tanto los planes académicos de estudios como el perfil del profesional.

El objeto del saber y del quehacer se volvió aquel ofrecido por la facturación: medicamentos, insumos, exámenes clínicos y consultas individuales (mercancías de rápida circulación). Quedó descartado el trabajo médico en equipo, los programas multidisciplinarios, la rehabilitación, los procesos de los pacientes crónicos, el hospital día, las reuniones y juntas médicas y las autopsias, estas últimas bastión por excelencia de la integración del conocimiento fisiopatológico.

El talento humano misional no está financiado. El dinero para pagarlo depende del sistema de pagos que erráticamente se le haga a la IPS. El personal en salud se convirtió en la profesión a doblegar y a perseguir.

El aseguramiento cambió el sentido de la medicina familiar y del primer nivel de atención, dejando de ser la puerta principal al sistema en una vital función de prevención y detección temprana de la enfermedad para pasar a ser un interventor en el control de siniestros. Para la lógica del aseguramiento comercial de la atención en salud, el evento deseable es

la enfermedad grave que se considera un siniestro y el trabajo de la financiación debita de éste en un discurso de gestión del riesgo que sabe que la población es sana a gran escala.

### **6. Tendencia jurídica: el burladero**

El sistema se ha edificado desconociendo y negando el Legislativo y el Ejecutivo bajo la consigna de que la regulación y la supervisión espantan la inversión privada.

El Gobierno Nacional ha ganado experticia para las normas ambiguas que hoy día suman 2.200. La tutela se erigió como el gran logro de la participación ciudadana para conseguir de las EPS la atención obligatoria. La jurisprudencia en materia de salud, la cátedra y el conocimiento nuevo versó sobre este asunto. En el fondo una burla. Desde 1993 las tutelas de salud superan los tres millones, se interpone una tutela cada cuatro minutos y hoy día representan el 23,7% del total de las acciones jurídicas interpuestas. El 70% son de tratamientos y tecnologías incluidas en el POS. Hoy día se procesan de 300.000 a 350.000 de estas tutelas al año.

La Ley 100 ha sido retocada en varias oportunidades para atornillar el modelo de atención. En 2007 el decreto 1122 y en 2011 el decreto 1438. En el 2008 salió la sentencia T-760 en la que la Corte Constitucional compiló las sentencias de tutela para concluir que se vulneraba el derecho a la salud con la práctica sistemática de las EPS de negar los servicios. En 2015 se hizo la Ley Estatutaria 1715 originada en la Sentencia Constitucional 313/14, que incorporó la noción de salud como un derecho fundamental y removió las raíces de la Ley 100 para un cambio del modelo sobre todo aclarando el origen y destino del dinero público que financia el sistema. Esta

Ley fue rebanada y contra reformada a través de decretos y resoluciones lideradas por el Ministerio de Salud. Todo parece indicar que la Ley 100 es inconstitucional.

EJEMPLOS	
1997	Sentencia SU 480. "... Ni mucho menos las EPS pueden considerar esos recursos parafiscales como parte de su patrimonio...".
2008	Sentencia T-760 de la Corte Constitucional, sobre la Reforma Estructural del Sistema de Salud del 2008. Rescata la salud como derecho fundamental. De esta sentencia, el Ejecutivo solo ha cumplido 1/16 órdenes al Gobierno Nacional.
2014	Sentencia C-313 de 2014. Derecho prestacional que anularía un tal plan de beneficios. Todo lo necesario para la atención menos exclusiones. Impone principios de universalidad e igualdad en el acceso a servicios.
2015	La sociedad civil presentó una iniciativa de Ley Estatutaria que dio origen a la Ley 1751. Plazo para ponerla en marcha venció en el 2017. El Gobierno Nacional desconoció esta ley.

Fuente: Elaboración propia.

## Conclusiones

En materia de salud, los colombianos hemos terminado por confundir sistema y ley. El espíritu de la ley 100 es la auto asignación del erario. Esta ley hace de biopsia del modus operandi del partido político en el poder desde hace 30 años: un programa rizomático -el mismo en cualquier campo-, para la expropiación basada en la administración de la muerte. Para el caso, al servicio de las familias-empresas de riqueza, habilitadas para crear y mantener pequeñas comarcas hospitalarias en los barrios de alto poder adquisitivo de las ciudades, alejadas de la zona rural y de los territorios apartados. Estos conglomerados se asemejan más a un centro comercial que a una empresa productiva, lo que introduce nuevas representaciones sociales del proceso salud-enfermedad, convierte el espacio clínico en una oficina y toma el territorio como una caja de individuos donde ocurren casos.

**Hay un sistema sofisticado para la explotación financiera del sufrimiento de la población por la vulnerabilidad específica de la enfermedad.**

El modelo de salud no es compatible con el ordenamiento territorial actual, no atiende el principio de realidad geográfico, genera un desplazamiento obligado por la centralización de la atención en las grandes ciudades e ignora el perfil epidemiológico de las comunidades. Ya está visto que el sistema no engloba un mercado ni un negocio, pero una nueva versión del modelo extractivista, rentista y saqueador que ha conocido el territorio colombiano en las vendimias depredadoras del caucho, el carbón, el oro y la hoja de coca.

Hay un sistema sofisticado para la explotación financiera del sufrimiento de la población por la vulnerabilidad específica de la enfermedad. Existe un aparato *hospitalocéntrico* que privilegia la atención de la enfermedad grave porque a la postre no la paga ni la financia, debita de ella como los peajes en una concesión de carreteras.

El sistema aquí desbrozado, permite que se generen bloques informáticos de usuarios (pacientes) que pueden ser tomados como bloques de extracción de renta vinculados a intereses transnacionales. En una vista a largo alcance, este sistema permite pensar al paciente a gran escala, como una moneda de cambio en su valor de muerto, que puede pagarse a modo de prenda de recursos que van a requerirse en el futuro como agua, tierra, minerales, etc.

El sujeto de ciudadanía que promueve el sistema de salud es obsesivo. El par dialéctico médico-paciente deviene persecutorio y parasitado por un tercero que los supervisa. El burócrata duda permanentemente entre cobertura, autorización y facturación. No corre riesgos, invierte la energía en verificar la duda. El sistema trata al paciente como un niño en una relación de dominio que

solo se calma o suaviza, profundizado el paternalismo, animando al paciente a demandar autorizaciones y exigir tutelas.

El estamento judicial ha sido el burladero que ha configurado una nueva modalidad de impunidad al servicio de la expropiación voraz y descomunal de los recursos nacionales. No hay reforma posible que no entre en la lógica de la complicidad y el perfeccionamiento del rizoma programático del partido político que está en el poder y que vive de un pseudosistema de salud que opera en emergencia sanitaria permanente. Un pseudosistema de salud que es propio de la necropolítica.

## Referencias bibliográficas

Gran Junta Médica Nacional *et. al.* (2018). *Propuesta de política pública para la reforma al sistema de salud en Colombia*.

Padilla, J. (2019). *¿A quién vamos a dejar morir? Sanidad pública, crisis y la importancia de lo político*. Madrid: Editorial Capitán Swing.

Svampa, M., & otros. (2020). *La fiebre. Pensamiento contemporáneo en tiempos de pandemia*. Buenos Aires: ASPO.

Estévez, A. (2018). Biopolítica y necropolítica: ¿constitutivos u opuestos?. *Espiral Estudios Sobre Estado y Sociedad. Universidad de Guadalajara*. (eISSN: 2594-021X), 25(73), 9-43. <https://doi.org/10.32870/espiral.v25i73.7017>



## MERCANTILIZACIÓN DE LA SALUD

*Jerson Arias Acevedo\* .*

**A**sistimos al tercer pico de la pandemia del coronavirus en Colombia. El alto nivel de infección desbordó el sistema de salud. Muchos pacientes contagiados mueren esperando la debida atención médica, incluso en sus casas. La ocupación de las camas UCI, según algunos registros, sube al trescientos por ciento y el personal escasea ante la crisis hospitalaria.

Lo cierto, en todo caso, es que esta situación ha prendido las alarmas. Tanto así que diversos entes trabajan para “normalizar” la cotidianidad. Mientras unos gobiernos y grandes corporaciones implementaron algunas mejoras en la atención a la pandemia; otros, simplemente, nos arrojaron al sálvese quien pueda, bajo el sofisma del autocuidado.

En tanto algunos sectores están más enfocados en sacar a flote la economía, otros proponen alternativas para mejorar el servicio de salud. Estos últimos, pensando en garantizar un derecho, aún en contra del negocio privado. Sin embargo, muchas de estas aspiraciones altruistas son irrealizables porque, desde la ley 100 de 1993, la salud funciona bajo los principios empresariales de eficiencia, rentabilidad privada, y extracción de rentas públicas territorial y nacional y las cotizaciones que realizan los afiliados.

Ahora bien, esta racionalidad neoliberal no es gratuita, obedece a la esencia misma de la Constitución política del 91. Por esta razón, las enmiendas a la ley 100 serían insuficientes para desmercantilizar la salud. A modo de hipótesis, *si queremos un acceso digno, y no una simple reforma, debemos cambiar la Constitución.*

---

\* *Economista e investigador.*

**Se puede evidenciar el carácter neoliberal implícito en la Constitución Nacional que hace de la salud una mercancía donde las empresas privadas pueden participar, no sólo en la prestación de servicios de salud, sino en el aseguramiento a través de las EPS, más exactamente como intermediadoras financieras que administran recursos públicos.**

Para intentar sustentar esta idea, se desarrollarán los siguientes elementos. Primero, la esencia neoliberal contenida en nuestra Carta magna y normas relacionadas con la salud. Segundo, una aproximación al Proyecto de ley 010. Tercero, un análisis sobre el impacto de las multinacionales de la salud en Colombia. Y quinto, proponer un debate sobre la mercantilización y sus efectos sociales.

### I. Constitución y ley 100

La pandemia del covid-19 ha permitido, en mayor medida, visibilizar las condiciones económicas y sociales del sistema de salud. Ha develado una crisis que venía agudizándose desde hace tiempo. Incluso, si miramos bien, fue la misma Constitución Nacional de Colombia la responsable de abrirle la puerta al capital privado. Esto se lee claramente en su artículo 48 cuando dice que:

(...) El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social<sup>2</sup> que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley. La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley (...)

Así las cosas, se puede evidenciar el carácter neoliberal implícito en la Constitución Nacional que hace de la salud una mercancía donde las empresas privadas pueden participar, no sólo en la prestación de servicios de salud, sino en el aseguramiento a través de las EPS, más exactamente como intermediadoras financieras

<sup>2</sup> La seguridad social es el conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos y está conformado por los regímenes generales establecidos para pensiones, salud, riesgos laborales, subsidio familiar y los servicios sociales complementarios que se definen en la ley (Ley 100 de 1993, artículo 8).

que administran recursos públicos. Por tanto, podemos ver que la mercantilización del sistema de salud y la administración de sus dineros públicos por particulares ajenos al Estado es un problema de orden constitucional y no sólo de normas menores como la ley 100. Es más, en el artículo 5 de la ley 100 de 1993 se explicita que esta es resultado del desarrollo del artículo 48 de la Constitución Nacional, por lo cual, no se puede afirmar que esta ley esté en contravía de la *norma de normas* en este aspecto, todo lo contrario, hay concordancia entre ambos niveles normativos.

Como la ley 100 se caracteriza por delegar en entes privados como las EPS la prestación y el aseguramiento del servicio de salud, sería ingenuo exigirle el derecho de la asistencia médica al capital, máxime cuando su lógica es la ampliación de la ganancia. Luego entonces, persiguiendo este objetivo, la empresa privada buscará reducir costos afectando la calidad y oportunidad del servicio.

Otro elemento para el análisis es que el crecimiento de los afiliados por EPS no es proporcional a la infraestructura para atender sus necesidades médicas. Por ello, las citas con especialistas y procesos quirúrgicos son pésimas, pueden demorar meses, y en esa espera se agrava y fallece el paciente.

A nivel administrativo, es probable que la presentación de información contable no sea muy transparente. Las habituales prácticas indebidas<sup>3</sup>, para negar o dilatar pagos y las glosas<sup>4</sup> a la facturación de las clínicas externas a la EPS y la red hospitalaria estatal, se convierten en deudas a estas entidades. Sin olvidar la desviación y apropiación de recursos destinados a la salud por parte de las Entidades territoriales. Tal es el caso que la procuraduría general de la nación informa que, al cierre

---

<sup>3</sup> Entre las prácticas indebidas que utilizan las EPS para no pagar a los hospitales y clínicas privadas tenemos: No cumplimiento de pago según la norma, devolución de facturas de forma extemporánea, no atender procesos de conciliación para cobro de cartera, no realización de pagos en las fechas acordadas, entre otras (Viáfara, 2021).

<sup>4</sup> Entre las glosas más comunes tenemos: La diferencia de precio de los medicamentos e insumos pactados y los que se les suministran a los pacientes, la valoración de pertinencia que realiza la EPS sobre la atención médica, los servicios y medicamentos no incluidos en los convenios entre EPS y Hospital, entre otras (Viáfara, 2021).

del año fiscal 2019, las EPS le adeudan a la red pública hospitalaria y clínicas privadas la suma de 28 Billones de pesos, y otros 11 Billones de pesos son adeudados por parte de las Entidades Territoriales y la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud-Adres (El Tiempo, 2020).

## II. Proyecto de ley 010

El proyecto de ley 010, que fue archivado en el congreso por la presión popular en las calles, planteaba en uno de sus artículos eliminar la obligatoriedad del régimen subsidiado para que contrate el 60% de su facturación con la red pública hospitalaria, situación que profundizaría aún más la crisis de los hospitales. De forma similar, en otro artículo proponía la conversión de las EPS de administradoras de recursos públicos a administradoras comerciales, este cambio en la función social de la EPS generaría un tránsito en la administración de los dineros públicos para ser considerados como ingresos empresariales y no de destinación específica para la salud, como hasta ahora está contenido en la norma, otro estímulo más al capital privado (Hernández, 2021).

En otros apartes del archivado proyecto de ley 010 se trata el tema de la verticalización<sup>5</sup> y conglomerados<sup>6</sup> en salud, que no es otra cosa que la participación de grupos económicos en las EPS con sus propias redes de prestación de servicios hospitalarios, consulta médica, laboratorio clínico, etc. No obstante, ya existe en la actualidad esta integración entre aseguradores y prestadores bajo un mismo grupo empresarial, sólo que esta norma posibilitaba en mayor medida llegar a todo el territorio nacional a través de la regionalización de la salud con aseguradores únicos e integrando departamentos, municipios y áreas rurales con población dispersa, es decir, una mayor cuota

<sup>5</sup> La verticalización es cuando se concentra bajo un solo grupo empresarial las funciones de proveedor y cliente, es decir, EPS y red prestadora de servicios de médicos de salud.

<sup>6</sup> El conglomerado es un conjunto de firmas pertenecientes al mismo grupo empresarial, no necesariamente las actividades de estas empresas se relacionan entre sí, por ejemplo, en Colombia existen EPS que tienen su propia red hospitalaria, consultorios médicos, farmacias y otras actividades relacionadas, sin embargo, este grupo empresarial también tiene firmas en el sector inmobiliario, supermercados, complejos recreacionales, sector educativo, etc.

estable de mercado al conformar monopolios regionales que concentran toda su población y canalizan más dinero al sumar más afiliados a la EPS (Hernández, 2021).

Otra de sus propuestas planteaba la creación de los llamados centros de excelencia para atender patologías de enfermedades crónicas como cáncer, renales, enfermedades huérfanas, rehabilitación y similares. De esta forma se perseguía generar un ambiente jurídico y económico acorde a un mayor desarrollo del complejo médico industrial en Colombia, y su concentración por especialidades en algunas ciudades y regiones específicas, articulando de forma simultánea las capacidades de asistencia médica, alta complejidad tecnológica, investigación, docencia y canalización de fondos públicos y pólizas de seguros médicos individuales para la financiación de este enfoque de la salud soportado en la enfermedad. Además de ser un gran negocio para el desarrollo de la industria farmacéutica de alto costo complementaria a las enfermedades crónicas (Martínez, 2021).

Este proyecto de ley 010 impactaría aún más la debilitada red pública hospitalaria, los hospitales universitarios dedicados a la investigación quedarían bajo las directrices del capital privado a través de figuras administrativas conocidas como alianzas público-privadas. Sin embargo, estas modalidades de alianzas privatizadoras ya están legalizadas en el país. Esto no es algo nuevo, por ejemplo, los hospitales de Apartadó, Puerto Berrio y Barranquilla, están administrados por empresas privadas. Lo novedoso en este proyecto sería la creación de un fondo público con dineros del Estado (Martínez, 2021). La intención se enfocaba en continuar la tendencia de concentración de las redes de prestación de servicios de alta complejidad y especialización en las grandes ciudades.

### **III. Multinacionales negociando con la salud**

Sin embargo, el archivo de este proyecto de ley es un triunfo temporal del pueblo en las calles, ya que los grupos económicos, que dominan gran parte del mercado de la salud, tienen representación en las instituciones, el ejecutivo y el parlamento. Por ende, los oligopolios compuestos por capital nacional y multinacional van a continuar mercantilizando al máximo la atención médica.

De tal suerte que, si les queda muy difícil realizarlo a través de leyes que deben pasar por discusión en el congreso, lo realizarán por partes a través de resoluciones y decretos, como ya lo han hecho antes (Vega, 2021). El objeto: profundizar el neoliberalismo, monopolizar el mercado de la salud reduciendo la red hospitalaria estatal a su mínima expresión, liquidar y privatizar hospitales, generar condiciones de rentabilidad para el capital privado internacional, comprar a bajo precio o alquilar la infraestructura pública hospitalaria y reorganizar geográficamente la prestación de servicios médicos de salud.



**Fuente:** Periódico La República, 2020.

Un dato importante: Actualmente hacen presencia en Colombia multinacionales españolas, norteamericanas, danesas, mexicanas, peruanas, entre otras, y vienen adquiriendo y construyendo infraestructura médica, farmacias, servicios de ambulancias y capacidad instalada que se concentra en las ciudades de Bogotá, Medellín, Barranquilla y Cali.

El conglomerado español Quironsalud, subsidiaria de la multinacional alemana Fresenius, especializada en nefrología, adquirió el complejo médico Las Américas, la clínica de obstetricia y ginecología El Prado, CediMed, el Centro Médico

Imbanaco, la Clínica de la Mujer, 7 clínicas renales en todo el territorio nacional, 12 centros de nefroprotección. Además de ser fabricante de equipos tecnológicos para diálisis (CCB, 2020).

Igualmente, el grupo español Keralty adquirió la EPS Sanitas con su red prestadora de servicios sanitarios y de medicina prepagada, la Fundación Universitaria Sanitas que ofrece programas de medicina y enfermería, la Clínica Reina Sofía; y construyeron la Clínica Universitaria Colombia, la Clínica Infantil Santa María del Lago, la Clínica de Chía, además de centrales de urgencias y centros de servicios médicos; en Cali construyeron la Clínica Sebastián de Belalcázar; en Barranquilla la Clínica Iberoamérica y varios centros médicos en Medellín (Arcila, 2020).

La multinacional norteamericana UnitedHealth adquirió en el 2018 la Clínica del Country, la Clínica Colina en Bogotá, la Clínica Portoazul en Barranquilla, Colmédica Medicina Prepagada y la EPS Aliansalud, además de cotizar sus acciones en la bolsa de valores de los EE. UU y ofrecer seguros de salud a 75 millones de personas en el mundo (Arcila, 2020). El también grupo empresarial norteamericano, Steward Health Care International adquirió el hospital San Rafael y Centenario en Bogotá en el 2020, y los Nevados de Pereira (CCB, 2020). También, la multinacional norteamericana Christus Health adquirió en el 2016 la EPS Coomeva (Archila, 2020)

Por otro lado, el grupo empresarial peruano AUNA adquirió la Clínica del Sur de Las Américas en Envigado y construye otra. Y adquirió el Laboratorio Médico Las Américas. Cabe resaltar, la especialización en la rama del tratamiento contra el cáncer de este grupo empresarial que en el 2008 adquirió el Centro Oncológico privado más antiguo de Perú que cuenta con 6 clínicas en ese país, 30 años de experiencia, investigación y docencia (Arcila, 2020).

#### **IV. Mercantilización y efectos sociales.**

Por consiguiente, en Colombia se viene consolidando un mercado de la salud donde el sector privado, con la administración directa de recursos públicos para su financiamiento, alcanza al día de hoy una participación del 60%, y continúa en expansión con nuevas clínicas, centros de imágenes

**En Colombia se viene consolidando un mercado de la salud donde el sector privado, con la administración directa de recursos públicos para su financiamiento, alcanza al día de hoy una participación del 60%, y continúa en expansión con nuevas clínicas, centros de imágenes diagnósticas, laboratorios, centros de urgencias, investigación, docencia, entre otros.**

diagnósticas, laboratorios, centros de urgencias, investigación, docencia, entre otros. Al punto que cada vez ingresan más multinacionales de la salud al país.

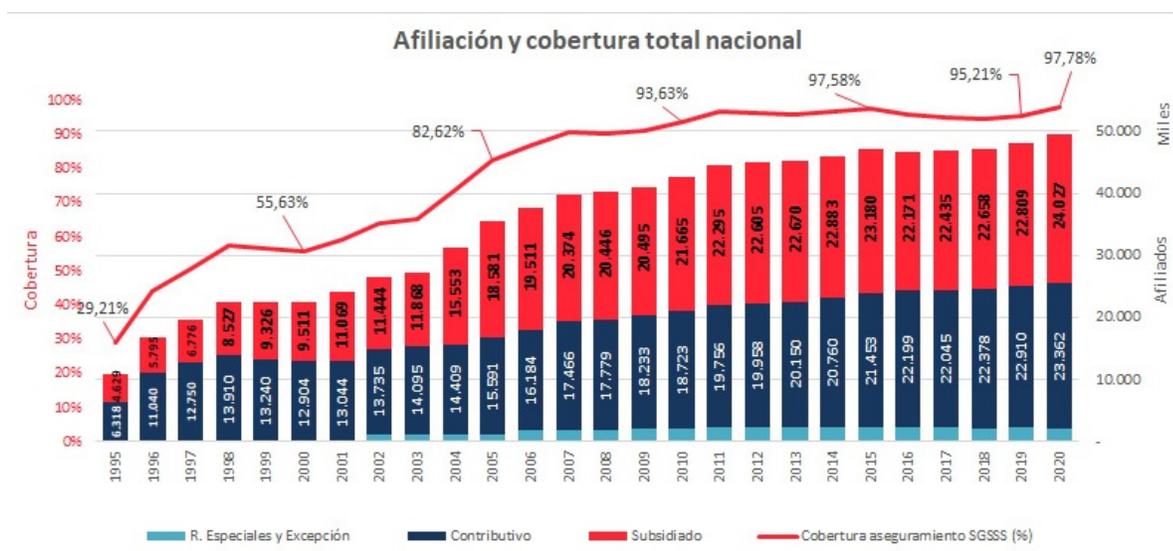
Ahora, los grupos económicos nacionales y extranjeros, vinculados al negocio de la salud, financian la compra y construcción de infraestructura hospitalaria y oficinas administrativas con los mismos dineros públicos que son transferidos por parte del Estado, es decir, no provienen de inversión privada como se ha querido mostrar. Inicialmente solicitan créditos bancarios o con dineros de los inversionistas de su compañía adelantan los procesos de adquisición o construcción de capacidad instalada, y posteriormente recuperan ese dinero con la extracción de rentas públicas transferidas desde el Estado hacia su EPS (Corcho, 2021).

De esta forma las empresas privadas logran, en corto tiempo, construir, mejorar y ampliar su capacidad clínica de baja, mediana y alta complejidad. Todas con tecnología de punta que les permite reducir costos y avasallar la red hospitalaria estatal. Como la red pública está desfinanciada y cada vez recibe menos presupuesto de la nación, no tiene las mismas posibilidades para ampliar e innovar su capacidad médica. Sin recursos, no logran reemplazar la tecnología de los equipos biomédicos que quedan obsoletos con los años. Por ello, está en desventaja para competir con la empresa privada. De hecho, los presupuestos asignados a los hospitales no alcanzan ni para cubrir la nómina de los trabajadores, muchos de ellos tercerizados con contratos de prestación de servicios. Lo peor del caso, como resultado de los dineros adeudados por parte de las EPS y las entidades territoriales, es que se llega al extremo de no tener recursos para adquirir insumos y medicamentos.

En este contexto se instala el discurso de la eficiencia y la autosostenibilidad de los hospitales como estrategia ideológica del Estado para evadir su responsabilidad. No obstante, los hospitales públicos<sup>7</sup> no pueden ser autosostenibles porque esto significaría vender servicios de salud y negarlos a quien no tenga dinero para pagar. Significaría, funcionar como una empresa privada, negando el derecho a la salud. En suma, significaría dejar morir a los más vulnerables.

Como efectos sociales de este sistema de salud tenemos: Primero, los usuarios no pueden elegir ni siquiera la EPS a la que se quieren afiliar, porque ello depende del lugar de residencia, su capacidad económica y de las EPS que tengan presencia en el territorio, municipio o departamento, mucho menos pueden escoger la clínica u hospital donde quieran ser atendidos, pues depende de los convenios y red propia de la aseguradora. Segundo, producto de la concentración de la medicina de alta complejidad y especialización en las grandes ciudades, obliga a que los pacientes y sus familias realicen enormes proezas para desplazarse hacia estos centros urbanos que permitan aliviar sus padecimientos y salvar sus vidas.

## Comportamiento histórico de la afiliación al Sistema de Salud



**Fuente:** Ministerio de la salud y la protección social, 2021.

<sup>7</sup> Vale aclarar que la función de un hospital no es mercantil, su objeto es el bienestar de la población y atender a los pacientes tengan o no dinero para pagar. Por ello, necesita destinación presupuestal de nuestros impuestos para sostener y garantizar en el tiempo la prestación de servicios sanitarios.

Tercero, los promotores de la ley 100 insisten en sostener que esta norma ha permitido ampliar la cobertura de los servicios de salud al 97% de la población colombiana, pero, el hecho de estar afiliado no garantiza en la práctica un acceso oportuno y de calidad a la asistencia médica. Es decir, la disparidad de los dineros destinados hacia los regímenes contributivo y subsidiado es tangible y alarmante. Permítame explicar, de los 50 Billones de pesos anuales presupuestados para el sistema de salud, el 43% de estos recursos se direccionan a las EPS del régimen contributivo que atienden a 23 millones de personas, mientras que las EPS del régimen subsidiado reciben el 16% de estos dineros para atender a una población de 24 millones. Cuarto, los dineros adeudados a la red pública hospitalaria por parte de las EPS de ambos regímenes, afectan en mayor medida a la población de menores ingresos (Naranjo, 2021).

Quinto, la informalidad precarizada y la pobreza agudizan aún más el acceso a la asistencia médica en salud. Según el DANE, la informalidad laboral al cierre del 2020 alcanza el 49% a nivel nacional. Además, de la escandalosa cifra de la pobreza que asciende al 42%, hay personas que reciben ingresos iguales e inferiores a 621.892 pesos al mes. Esta situación afecta aún más el acceso a servicios médicos de salud, ya que en muchas ocasiones los pacientes deben pagar de su bolsillo las consultas médicas, medicamentos y exámenes que las EPS niegan o demoran utilizando barreras<sup>8</sup> de acceso que ellos mismos crean para aumentar su rentabilidad, al punto que anualmente se registran alrededor de 350.000

---

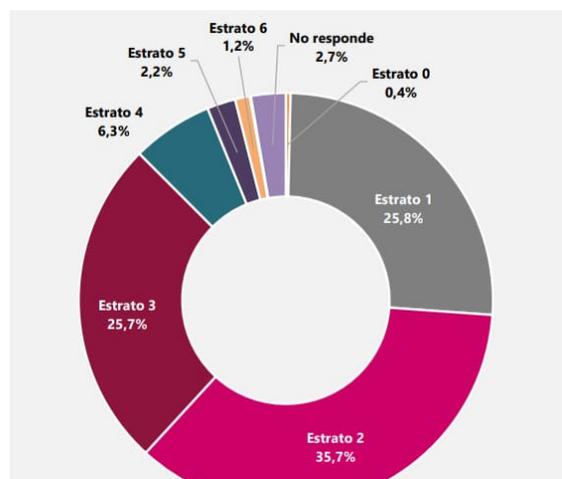
<sup>8</sup> *Dificultades técnico administrativas para el acceso oportuno y de calidad a la asistencia médica, tienen que ver con requerimientos que piden las EPS para autorizar un servicio, como también, a la falta de disponibilidad local de servicios sanitarios de mediana y alta complejidad.*

tutelas exigiendo asistencia médica de servicios que se encuentran en el Plan Obligatorio de Salud (Castro, 2021). Sexto, pobreza multidimensional, que es mucho más amplia que la carencia sólo de ingresos, se relaciona con la falta de agua potable, electricidad, alimentación, vivienda digna, ambiente sano, en fin, factores que conducen a una mayor probabilidad de enfermarse. Y séptimo, las mismas cifras de muertes por Covid-19 nos muestran la perversidad del sistema de salud, según el DANE, los estratos 1, 2 y 3 concentran el 87% de las muertes en esta pandemia.

### Distribución de las defunciones por COVID-19 total, según estrato socioeconómico

**Total nacional**  
2 de marzo 2020pr al 9 de mayo 2021pr

- Los estratos socioeconómicos 1, 2 y 3 concentran el 87,1% de las defunciones relacionadas con COVID-19 en el país. Los estratos 1 y 2 concentran el 61,5% del total nacional.



A modo de conclusión, como he intentado demostrar, el problema del sistema de salud es mucho más difícil de superar que tan solo hablando de una modificación de la ley 100. Todo el orden constitucional y su mismo funcionamiento está permeado por el neoliberalismo. El negocio privado de la salud va en contradicción con el acceso oportuno, universal y de calidad. Incluso, los llamados determinantes sociales en salud también se encuentran dominados por la lógica mercantil del capital. Estos son: vivienda digna, trabajo bien remunerado y estable, pensión de vejez, alimentación saludable, sistema educativo, entre otros. Porque la salud no se reduce a la asistencia médica, es integral, también tiene que ver con la prevención de la enfermedad.

## Bibliografía

Agudelo, M. U. (15 de Abril de 2020). *Los efectos de la mercantilización de la salud en Colombia*. Obtenido de UN-periodico digital: <http://unperiodico.unal.edu.co/pages/detail/los-efectos-de-la-mercantilizacion-de-la-salud-en-colombia/>

Arcila, A. (1 de Marzo de 2020). *La salud de los colombianos en manos de extranjeros*. Obtenido de Las dos orillas: <https://www.las2orillas.co/la-salud-de-los-colombianos-en-manos-de-extranjeros/#.XlxpdZUDems.whatsapp>

Colombia, U. N. (13 de Mayo de 2021). *UN-Televisión*. Obtenido de Youtube: <https://www.youtube.com/watch?v=J2WlwWZ79uE>

Mesa, L. V. (11 de Febrero de 2021). *El Dane informó que diciembre de 2020 cerró con una tasa de informalidad de 49%*. Obtenido de La República: <https://www.larepublica.co/economia/el-dane-informo-que-diciembre-de-2020-cerro-con-una-tasa-de-informalidad-de-49-3124018>

profes, N. M.-L. (13 de Mayo de 2021). *Reunión informativa en el marco del paro nacional*. Obtenido de Youtube: <https://www.youtube.com/watch?v=By6NWFrsrbU>

Salud, M. d. (Marzo de 2021). *Comportamiento del aseguramiento*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsidiado/Paginas/coberturas-del-regimen-subsidiado.aspx>

Salud, U. d. (19 de Agosto de 2020). *Deudas a hospitales y clínicas superan los \$ 40 billones: Procuraduría*. Obtenido de El Tiempo: <https://www.eltiempo.com/salud/informe-de-la-procuraduria-revela-deudas-de-las-eps-a-hospitales-y-clinicas-530946>

Valle, U. d. (14 de Mayo de 2021). *Escuela de salud pública*. Obtenido de Facebook: [https://www.facebook.com/SaludPublicaUnivalle/live\\_videos/?ref=page\\_internal](https://www.facebook.com/SaludPublicaUnivalle/live_videos/?ref=page_internal)

Vega, L. V. (30 de Noviembre de 2020). *Los centros de salud colombianos están en la mira de la inversión extranjera privada*. Obtenido de La República: <https://www.larepublica.co/empresas/los-centros-de-salud-colombianos-estan-en-la-mira-de-la-inversion-extranjera-privada-3094928>



[http://2.bp.blogspot.com/-U07\\_0a-TqwE/UQb2hyM33dI/AAAAAAAAABvo/sjxuMtMFAjI/s1600/ciencia\\_caridad.jpg](http://2.bp.blogspot.com/-U07_0a-TqwE/UQb2hyM33dI/AAAAAAAAABvo/sjxuMtMFAjI/s1600/ciencia_caridad.jpg)

## ORGANIZAR Y FORTALECER LA ORGANIZACIÓN DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD PARA LA ACCIÓN Y MOVILIZACIÓN POR UN NUEVO MODELO DE SALUD

Alfonso Franco\*

Los más de catorce meses de la presencia del COVID -19 en nuestro país, con más de 4'471.622<sup>1</sup> colombianos (as) contagiados, generando la muerte de 111.731 hombres y mujeres, entre ellos, cerca de 350<sup>2</sup> trabajadores de la salud de todos los niveles de empleos: profesionales, técnicos, tecnólogos, y asistenciales asignados a las áreas médico-asistencial, administrativas y apoyo de la red de prestadores de servicios de salud públicos y privados, develaron la precariedad del modelo mercantilista de salud que en la década de los noventa los agentes del neoliberalismo le impusieron a los colombianos a través de la Ley 100 de 1993, durante sus 28 años de vigencia ha causado más víctimas que el conflicto social y armado en el país.

Los trabajadores de la salud sobrevivientes de los programas de ajuste institucional *-planes pilotos, programas de reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestadores de servicios de salud*, reestructuraciones, fusiones, y liquidación de *hospitales*-impulsados por los gobernantes de turno a partir de la promulgación de la Constitución de 1991 para adecuar el sistema de salud a la lógica mercantilista del modelo neoliberal, que expulsó a más de 30 millares de trabajadores y trabajadoras de la salud a los cinturones de miseria de las grandes y pequeñas urbes; reemplazados por otros trabajadores, sin estabilidad, ni garantías laborales, salariales y prestacionales a través de las más variadas formas de tercerización y flexibilización laboral **-OPS, CPS, CTA- SAS, ETS, contratos sindicales, entre**

• *Dirigente de la Asociación Nacional Sindical de Trabajadores y Servidores Públicos de la Salud y Seguridad Social Integral y Servicios Complementarios de Colombia- ANTHOC y Líder social.*

<sup>1</sup> *Reporte Instituto Nacional de Salud, julio 9 de 2021.*

<sup>2</sup> *Base datos ANE- ANTHOC.*

**La precarización laboral -el 80% de los trabajadores de la salud están tercerizados y solo el 20% de ellos, se hallan vinculados a las plantas de personal- limita las libertades y garantías sindicales, por ende, los derechos de asociación, negociación y contratación colectiva.**

*otros-*, se aprestan a confrontar una nueva etapa de la privatización de la red pública hospitalaria tal como se avizoraba con el proyecto de Ley 010 de 2020 Senado y 245 de 2020 Cámara.

Igualmente, evidencio que la precarización laboral *-el 80% de los trabajadores de la salud están tercerizados y solo el 20% de ellos, se hallan vinculados a las plantas de personal-* limita las libertades y garantías sindicales, por ende, los derechos de asociación, negociación y contratación colectiva, ya que el grado de sindicalización en el sector es muy reducido. Según la Dirección de Talento Humano del Ministerio de Salud y Protección Social para el año 2018 el país contaba con **717.455**<sup>3</sup> trabajadores de la salud, de los cuales el 47% son profesionales y especialistas, en tanto, el 52% son Auxiliares, Técnicos y Tecnólogos, vinculados a hospitales o clínicas de naturaleza privada y pública, que constituyen el plato predilecto de los intermediarios laborales que se lucran con los principios cooperativos y sindicales. A su turno, el Ministerio del Trabajo, establece que para la misma época la ocupación relacionada con la actividad de salud correspondía a 453.465 en el sector privado, 44.447 en el sector público, 161.656 por cuenta propia, 10.898 son patrones o empleadores, 1.529 clasificados como otros, para un total **671.994**<sup>4</sup> personas ocupadas en actividades de salud. De los **46.567**<sup>5</sup> trabajadores del sector público vinculados a las plantas de personal de las Empresas Sociales del Estado, 15.042 se encuentran registrados en carrera administrativa y gozaba estabilidad laboral relativa, 2.662 son de libre nombramiento y remoción,

<sup>3</sup> Fuente: Dirección del Desarrollo Talento Humano Minsalud.

<sup>4</sup> Fuente: GEIH - DANE. Cálculos SAMPL - DGPESEF - Min Trabajo.

<sup>5</sup> Fuente: información reportada por 928 empresas sociales del estado Minsalud.

1.459 son de periodo fijo, 14.760 en provisionalidad, 5.031 vinculados a empleos temporales, 3.581 de Servicio Social Obligatorio y 3.993 en calidad de trabajadores oficiales.

Solo el 5% por ciento de los trabajadores sanitarios del país ejercitan de manera positiva el derecho de asociación afiliándose a los sindicatos, a su vez, éstos atomizados y fragmentados en sindicatos de rama de industria o actividad económica de carácter nacionales o regionales, gremiales y más de dos centenares de sindicatos de base, afiliados a las siete centrales obreras existentes en el país -**CUT, CGT, CTC, UTC, CTU-USCTRAB, CNT, CSPC**-, por lo que urge trabajar de manera táctica, pero persistente en la unidad de acción y orgánica de los trabajadores de la salud a través de un sindicato de rama de industria que aglutine al conjunto de los trabajadores, que les permita contar con la correlación de fuerzas necesarias para confrontar las lesivas políticas gubernamentales para mejorar sus condiciones laborales, salariales y prestacionales con plenos derechos de asociación.

No obstante, en las diferentes acciones de masas implementadas durante la pandemia, así como en el marco de los paros nacionales convocados por las Centrales Obreras y el Comando Nacional de Paro, el personal sanitario agrupados en los sindicatos existentes a través de las más variadas expresiones lograron alzar su voz de manera virtual y presencialmente a través de procesos de unidad de acción con sectores académicos, usuarios, pacientes y sindicatos, llamando la atención de la población de la fragilidad de las entidades hospitalarias, los grandes negocios de los grupos financieros y económicos que manejan el aseguramiento privado en salud por intermedio de las EPS, las precarias condiciones laborales, salariales y prestacionales del personal sanitario, logrando el respaldo de la población y

en particular de los jóvenes que resisten en las calles y puntos de resistencia las medidas gubernamentales para favorecer la voracidad y mezquindad de los partidos políticos de la coalición gobernante, empresarios, grupos económicos y financieros que representa el gobierno de **IVÁN DUQUE MÁRQUEZ**.

La movilización y la protesta social del último periodo reprimidas violentamente por el régimen *-fuerza pública y civiles armados-*, que logró el retiro de la reforma tributaria, la reforma a la salud, la salida de dos ministros, y debe ser el escenario propicio para alcanzar las transformaciones sociales, económicas y políticas que necesita el pueblo colombiano para alcanzar una paz estable y duradera, con plena paz y justicia social.

Desde el inicio de las masivas movilizaciones, el pasado 28 de abril, la respuesta gubernamental fue una fuerte represión policial que ha dejado lesionados, desaparecidos y asesinados, y el retraso para dar soluciones a la problemática que originó el estallido social. No negocia el Pliego Nacional, ni el Pliego de Emergencia y menos aún cumple los acuerdos alcanzados. Ni si quiera firmó un preacuerdo de garantías para la protesta que se había acordado el 24 de mayo. Como parte de la burla, los representantes del Gobierno en la mesa de diálogo aseguraban que lo exigido en el pliego de emergencia ya hacía parte del Plan Nacional de Desarrollo.

### **Vamos por un nuevo modelo de salud**

Los sectores académicos, agremiaciones médicas, profesionales de las diferentes disciplinas de la salud, sindicatos, usuarios y organizaciones sociales discuten y construyeron una propuesta de Reforma Estructural al Sistema de salud, que empezaron a difundir a través del decálogo que contiene las bases de la reforma en desarrollo de la Ley Estatutaria de Salud 1751/2015, con el objetivo de generar un debate público.

**1. Generalidades del Nuevo Sistema de Salud y Seguridad Social, 2. Gobierno del Nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud por parte del Estado; Rectoría del mismo por parte del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (Artículo 20 LES, Política Pública de Salud), 3. Dignidad de los Médicos, Profesionales y Trabajadores de la Salud: Garantías Laborales Justas, Dignas y Estables (Artículo 18-LES), 4. La Política de Formación, Capacitación y Actualización del Recurso Humano en Salud, 5. Financiación del Sistema de Salud, 6. Red de Hospitales Públicos, 7. Sistema Público de Información en Salud, 8. Política Farmacéutica e Innovaciones Tecnológicas en Salud (Artículo 23 LES), 9. Sistema Integrado de Inspección, Vigilancia, 10. Derogatoria de toda normatividad contraria a la Ley Estatutaria de Salud.**

Posteriormente se presentará a la sociedad colombiana el primer borrador del articulado del proyecto de ley para que sea discutido ampliamente como un aporte a la construcción de una de las reformas más importantes que requiere Colombia en materia de derechos humanos, sociales, económicos y culturales, en el contexto de una transición política y democrática que reclama cambios profundos para garantizar los derechos fundamentales, encabezados por el derecho a la vida como valor supremo.

### **Garantías para la salud rural**

Las comunidades rurales han carecido de servicios públicos, protección social y de salud suficientes para satisfacer sus necesidades. Los pocos que lograron conseguir fueron fruto de sus esfuerzos y luchas. En el caso de los servicios médicos, desde finales de los años noventa del siglo XX, los negociantes que se tomaron el Sistema General de Seguridad Social en Salud los cerraron y desmontaron, y se han negado a reabrirlos y a construir otros nuevos. Ello porque, según sus cálculos económicos, esos servicios son costosos y “financieramente insostenibles”. Por eso someten a las comunidades a insufribles barreras para acceder a los cuidados que necesitan, y les impiden desarrollar iniciativas propias, tradicionales y ancestrales, de prevención y curación de sus enfermedades.

**Es necesario un nuevo sistema público único de salud, con una visión intercultural y de buen vivir, para desarrollar acciones integrales que ayuden a cuidar la salud y la vida humana y no humana en los territorios. El sistema deberá ser de acceso universal, gratuito, equitativo, con un enfoque preventivo basado en la Atención Primaria Integral de Salud (APIS).**

A pesar de que la Ley Estatutaria 1751 del 2015 declaró la salud un derecho humano fundamental, no tienen garantías de su goce efectivo. Tampoco las hay para implementar el Plan Nacional de Salud Rural acordado en el punto 1 del Acuerdo Final de Paz del 2016, que prometió entregar infraestructura, equipamiento, nuevas tecnologías y personal de salud, así como un nuevo modelo de atención integral con enfoque diferencial y de género. A pesar de que la salud forma parte integral de los planes de desarrollo con enfoque territorial (PDET) y de los planes de desarrollo sostenible y de vida de las comunidades, el Estado tampoco les provee los recursos para hacerlos realidad.

Por ello es necesario un nuevo sistema público único de salud, con una visión intercultural y de buen vivir, para desarrollar acciones integrales que ayuden a cuidar la salud y la vida humana y no humana en los territorios. El sistema deberá ser de acceso universal, gratuito, equitativo, con un enfoque preventivo basado en la Atención Primaria Integral de Salud (APIS). La APIS será organizada con equipos transdisciplinarios de salud y gestionada por territorios de salud siguiendo la lógica de territorialización por veredas, núcleos de veredas, zonas de reserva campesina, resguardos y territorios colectivos, entre otros. Reconocerá, incluirá e implementará los sistemas indígenas, campesinos y afros de salud propios e interculturales.

Para afectar los determinantes sociales de la salud, a las comunidades rurales se les garantizará cobertura pública universal de educación y pensión; programas de protección social a las familias, especialmente de los niños; inversión pública suficiente en programas de mejoramiento de vivienda, construcción de acueductos

comunitarios, saneamiento básico y acceso a alimentación adecuada. Así mismo, se les garantizarán los recursos, el apoyo técnico y la construcción de las capacidades necesarias para proteger y potabilizar el agua y armonizarse con la naturaleza; desarrollar dinámicas productivas agroecológicas para identificar, cultivar, acopiar, procesar y usar las plantas medicinales de que disponen; y favorecer la soberanía alimentaria recogiendo las enseñanzas de las “dietas de la resistencia” que construyeron las comunidades desde los cercos militares que les hicieron padecer y que los forzaron a identificar y aprovechar sus alimentos propios.

Finalmente, es preciso reseñar la importancia de la unidad de los trabajadores, los campesinos, indígenas, estudiantiles, plataformas y procesos, para confrontar las políticas gubernamentales y la lucha por plenos y efectivos derechos humanos, económicos, sociales, políticos y culturales para el conjunto de la población colombiana, por eso la protesta social no se detiene, por el contrario, se mantiene y se fortalece de manera persistente.

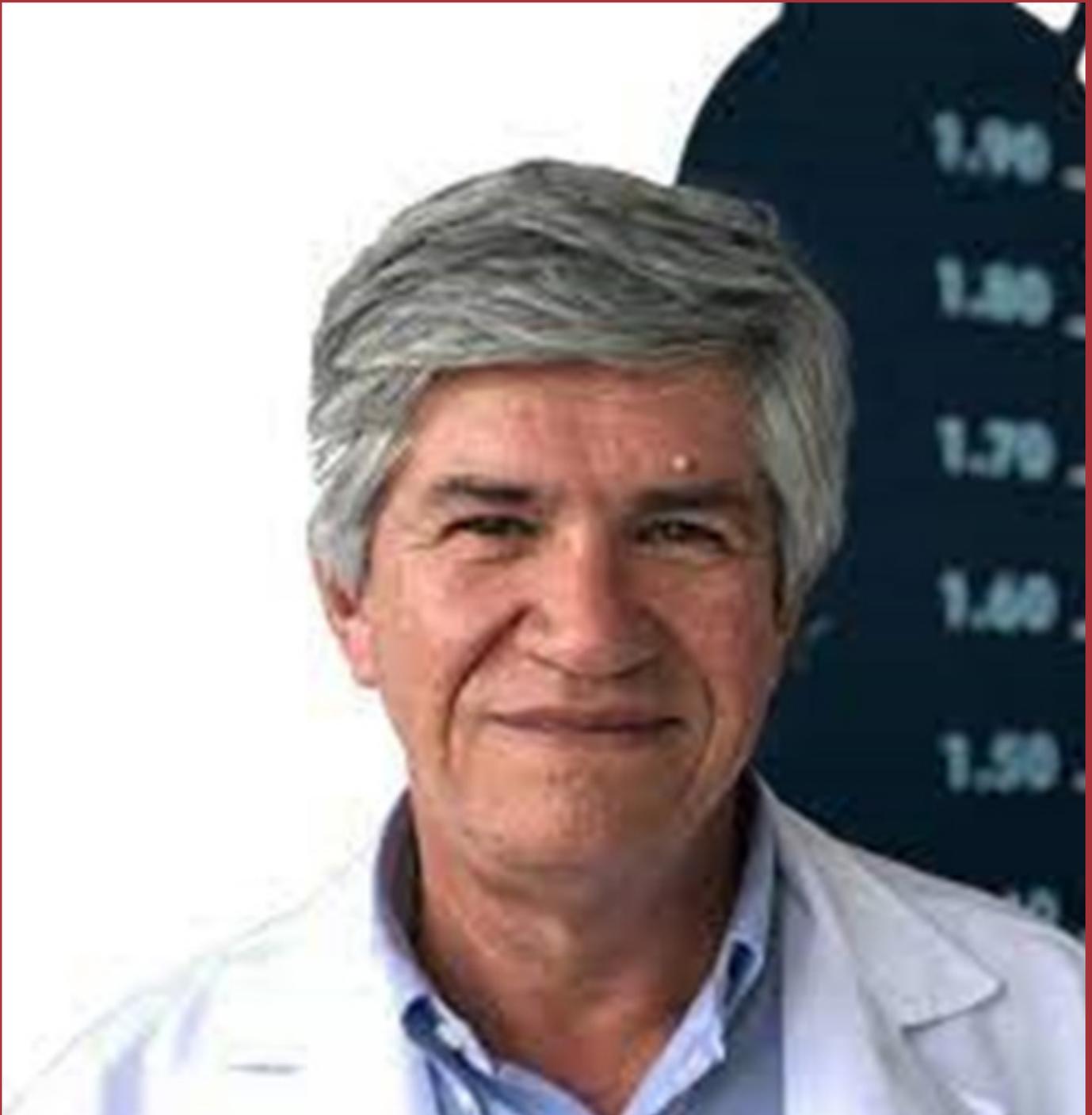
### **Referencias bibliográficas**

ANE - ANTHOC. (2021). *Base datos ANE- ANTHOC*.

*COVID-19 en Colombia. Reporte*. (9 de Julio de 2021). Obtenido de Instituto Nacional de Salud: <https://www.ins.gov.co/Noticias/paginas/coronavirus.aspx>

*Mercado laboral (empleo y desempleo) Históricos*. (2021). Obtenido de DANE. Información para todos: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/mercado-laboral/empleo-y-desempleo/geih-historicos>

*Política Nacional de Talento Humano en Salud. Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud*. (10 de Julio de 2018). Obtenido de Ministerio de Salud y Protección Social: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/politica-nacional-talento-humano-salud.pdf>



**HOMENAJE PÓSTUMO AL DOCTOR RAFAEL  
ANTONIO VÁSQUEZ ROJAS, CAMARADA,  
CATEDRÁTICO, COLEGA Y AMIGO**

**HOMENAJE****EN MEMORIA DEL CAMARADA RAFA VÁSQUEZ**

*Juan Carlos Rojas Fernández, M. D. – Psiquiatra\**

**E**n este mundo de la postmodernidad, eras el Viejo comunista solitario, soñador, liberador de palomas grises, pensador silencioso de tardes enteras, amante de los libros. Cómo te dolía la vida, y el amor. Tu corazón se ha roto y ahora que estas sentado en el balcón del recuerdo, intentaremos seguir tu mirada hacia el horizonte, de sentir la utopía que no se dejará enterrar en vano.

Cuanta nostalgia por tus luchas, por tus ilusiones, por tus rabias compartidas. Ya nada te sorprendía, te habías curado de espanto, de la ingenuidad, y tu humor se tornó del color de la noche. Ahora que hemos quedado con la melancolía de esa pequeña luz, nos aferramos a tu discurso.

Viejo Rafa comunista, no puedo dejar de ver a tu padre en vos, tanto ejemplo en vos; en ningún tiempo te vimos negociar tus principios, de ningún modo te dejaste comprar por el poder. Con gran desconfianza mirabas las dádivas de la industria, y con firmeza nos mostrabas el engaño del establecimiento hegemónico. Con juicio crítico te referías a lo académico científicista como un instrumento de exclusión y con generosidad repartías tu conocimiento de la ciencia solidaria, la que transformaría el colectivo necesitado de emancipación, siempre estimulando la curiosidad, encubando la esperanza del cambio.

---

\* *Presidente Comité Gremial Asociación Colombiana de Psiquiatría - ACP*

Camarada amigo, cuantos foros, cuantos debates, cuántos comunicados, cuantos amaneceres alrededor de una sencilla taza de café, bebida de combustión de toda reunión sindical, gremialista, de toda audiencia comunitaria, néctar que nos acompañaba a enfrentar la soledad en nuestros auditorios casi vacíos. “Ya van a llegar Rafa... ya no estas Rafa...”, y ahora que el telón ha caído, los actores, sin director qué podremos hacer, ahora quién será el puente con la asociación de psiquiatría biológica, con el gremio sindical, con la federación sindical, con la federación médica, con el PC, donde eras fuente de luz y de aterrizaje a tierra. Ahora, ¿quién se hará cargo de tanta inmadurez política de nuestro gremio?

Camarada Rafa, nos diste la fuerza que nos faltaba a los que nos hemos dedicado a pensar en el otro, en el compañero-colega maltratado, sometido por las aseguradoras, instrumentos infernales del sistema bancario de la salud. Nos dabas el coraje necesario para pelear por los derechos de los pacientes, a quienes les debemos todo, el sentido de nuestros proyectos de vida.

Con tu presencia era tan fácil caminar con un Ethos distinto; una inmanencia equilibrada entre la unidad de la ciencia y lo comunitario, entre lo social y el conocimiento para el servicio de los demás.

Compañero Rafa, camarada Rafa, profesor Rafa, colega Rafa, capitán del gran navío de los excluidos, capitán de la nave de los locos amados, buena mar comandante, que la fiesta del más allá te reciba con todos los honores que te mereces.

Y para los que estamos aún en este más acá, les quiero compartir como lo recuerda su buena amiga Nancy de la Hoz: “Rafa, militó desde la adolescencia, por tanto,

conocedor profundo de aspectos políticos del país y del devenir social, intelectual orgánico, con permanencia en organización de base de los médicos por 30 años aproximadamente, disciplinado y de gran espíritu solidario. Atendía pacientes afectados por la violencia sociopolítica sin diferencia con sus pacientes particulares. Formados de juventudes en términos de estrategias de comunicación”.

Fue un ser coherente con su vida, un hombre que vivió como quiso vivir, ha partido. Noticia muy grave, pues ya verán la condena a la soledad política, en que hemos quedado. Los invito hacer un brindis entorno a una taza de café, por nuestro querido Rafa, un hombre que Bertolt Brecht calificaría de los imprescindibles.



## **RAFAEL VÁSQUEZ: MÉDICO, COMPAÑERO, AMIGO**

*Sergio Isaza Villa, M. D. - Pediatra*

**E**s cierto que uno no escoge a sus padres biológicos ni a la prole de la que se hace parte. Pero sí es cierto que escogemos a los amigos. Y lo hacemos casi sin darnos cuenta, simplemente porque en las relaciones entre las personas hay factores de encuentro que van más allá de compartir actividades y puntos de vista o formas de ver y vivir el mundo para transformarlo. Eso, por supuesto, es muy importante. Pero las cosas más obvias y cotidianas conducen a estrechar relaciones y crear vínculos profundos. Tales cualidades caracterizaban a Rafa con quien, además de compartir el sueño de un mundo mejor para todos y luchar por hacerlo realidad, uno encontraba en él a una persona suficientemente paciente y capaz de escuchar, tener respuestas, aunque muchas veces no fueran las esperadas, nunca se percibía afán ni presión de su parte, siempre tuvo dos actitudes que lo hacían inconfundible: respeto y excelente disposición de ánimo, dueño de una tranquilidad pasmosa y de un humor envidiable. Fue un incansable y generoso lector; cuanto artículo que encontraba interesante, lo compartía de inmediato para comentarlo después. Culto amante de la cultura en general pero muy especialmente de la cultura popular (y digo “culto amante” porque se ven por ahí “incultos amantes” de la cultura, ejemplos no hay pocos). Su nivel de compromiso y coherencia interna con su pensamiento fue ejemplar, su capacidad de análisis político y emocional de las situaciones y de las personas y su humildad para reconocer su ignorancia acerca de algo y su prudencia, fueron sus mejores atributos.

Como persona, hay más aspectos que completarían su perfil, pero pienso

que, a mi modo de ver, lo dicho es lo que lo describe mejor como revolucionario.

Médico Psiquiatra, ejerció su profesión hasta la muerte y la puso al servicio de la revolución. Sus escritos científicos son muchísimos y en ellos se ocupó de problemas sociales que producen enfermedades mentales, de enfermedades mentales que reflejan problemas sociales y, muy especialmente, de la salud mental de la infancia en Colombia. Su rigurosa formación científica y académica lo condujo a que como director de la Unidad de Salud Mental del Hospital San Juan de Dios requiriera a un grupo de colegas de su área la realización de trabajos científicos para pasar de la especulación a la evidencia científica. Él, coherente consigo mismo, encabezó esa actividad de modo ejemplar con estudiantes, internos y residentes motivando así a que las nuevas generaciones de médicos se pregunten siempre el porqué de las cosas e investiguen. En todo escenario, ya fuera académico, médico, político o personal, sus comentarios, observaciones y preguntas relacionaban al individuo y la sociedad, y a los problemas sociales con la política y la economía. Las lecturas, discusiones y conversaciones partían automática e inconscientemente de una máxima: no tragar entero; escuchar siempre que sea posible varias versiones, respetar y confiar en la amistad.

El infortunio de su muerte absurda, por lo prematura, por haber sido alguien con tantas ganas de vivir, pero de vivir bien, que destilaba el Doctor Rafael Vásquez, resulta difícil de aceptar al cumplirse cinco meses de ese hecho doloroso.

Con profundo dolor escribo estas líneas extrañando la presencia del amigo y compañero irremplazable.





**FUNDACIÓN**



**WALTER BENJAMIN**



---

**GRUPO DE ESTUDIOS DE  
FILOSOFIA POLITICA  
ESPECTROS**

---