

“La configuración ideológica neoliberal, los efectos de la mercantilización y la acumulación por desposesión en la vulneración del derecho a la salud, desde Colombia”

Diana Alejandra Soto Ossa

Director trabajo de grado

Andres Felipe Urrego Ruíz

Docente

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Programa de Trabajo Social

Fundación Universitaria de Popayán

22 de febrero de 2019

*Dedicado a todos los que han perecido
en su lucha por la dignidad humana.*

Agradecimientos

A todos los que de manera directa o indirecta aportaron en la construcción de esta investigación, a mi familia por su por ser la arena en la cual se erige mi recorrido profesional, a Jhon Jairo por su colaboración desinteresada, por abrirme las puertas de su casa y de su familia para compartir su historia de vida, a Juan Guillermo García Cortés por su colaboración en la construcción del Marco Jurídico y su acompañamiento constante en el camino de la investigación, a los docentes del programa de Derecho y Trabajo Social que de manera desinteresada me brindaron su asesoría y acompañamiento, al docente Andrés Felipe Urrego Ruíz por su dirección y firmeza en este proceso, a la Familia Cortés Villegas por su apoyo incondicional, a la Fundación Universitaria de Popayán por las oportunidades brindadas.

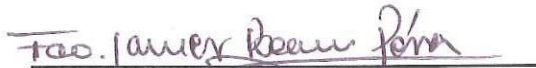
A todos mil gracias

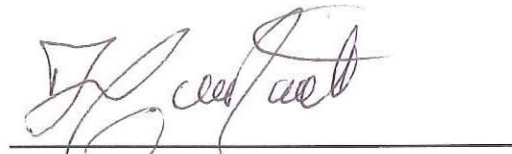


FUNDACIÓN
UNIVERSITARIA
DE POPAYÁN
35 ANIVERSARIO

NOTA DE ACEPTACIÓN

El presidente del Jurado y los jurados del trabajo denominado **“La configuración ideológica neoliberal, la mercantilización y la acumulación por desposesión en la vulneración del derecho a la salud, desde Colombia”**, presentado por la estudiante **Diana Alejandra Soto Ossa**, una vez revisado el informe final y aprobada la sustentación del mismo, autorizan para que se realicen los trámites concernientes para optar al título de Trabajadora Social.


Firma Presidente de Jurado
Francisco Javier Becerra Pérez


Firma del Jurado
César Andrés Hurtado Cortez

“Hay situaciones en las que uno no responde frente a un estímulo. Ahí uno está descolocado: cuando no tiene con qué responder y tiene que hacerse, constituirse, a partir de eso que se presenta. En el momento de perplejidad, no tenemos en nosotros el sitio en que albergar ese estímulo a través del cual se nos presenta el mundo. No se puede responder, sino que se trata de configurarse. Se responde con institución; se configura con organización”

(Lewkowicz, 2004)

Contenido

1. Introducción	7
1.1 Objetivo general	8
1.2 Objetivos específicos	9
1.3 Planteamiento del problema	9
1.4 Pregunta problema	11
1.5 Justificación	11
1.6 Metodología	13
Marco teórico Capítulo 1	15
Marco contextual	15
1.1 Los neoliberalismos a nivel global	15
1.2 La doctrina del shock en Chile	16
1.3 El consenso de Washington	18
1.4.1 La avanzada Posneoliberal en Colombia, el gobierno de Virgilio Barco (1986-1990) y Cesar Gaviria (1990-1994).	26
Capítulo 2.	32
Marco conceptual	32
2.1. El imperialismo en salud:	32
2.2 concepción ideológica implementada por el BM	34
2.3 la mercantilización y la acumulación por desposesión en salud	39
2.3.1 la mercantilización de la salud.	39
2.4 acumulación por desposesión en salud.	45
Capítulo 3.	60
3.1 Marco jurisprudencial	60
3.1.2 deconstrucción del artículo 1 de la CPC competente al Trabajo Social.	64

3.2 el (pos) neoliberalismo y la constitución política de 1991	67
3.2.1 El Estado social de derecho	68
3.3 El “bendito” Estado de excepción	69
3.3 Álvaro Uribe Vélez (2002-2010)	74
3.3.1 la emergencia social en salud	74
3.3.2 la acción de tutela como un peligro inminente de la sentencia t-760	74
3.4 La ley 100 y el fraude de la salud	81
3.5 los carteles de la salud	85
3.6 la burocratización de la salud	87
Capítulo 4	92
4.1 La producción de subjetividades en el sistema de salud colombiano. ¿Pensar sin Estado?	92
4.1 la verdadera figura en que existe la verdad no puede ser sino el sistema científico de ella.	94
4.1.1 Dialéctica del amo y el esclavo	95
4.2 Pensar sin Estado.....	99
4.2 El Trabajador Social en el Sistema de Salud Colombiano.	106
4.2.1 análisis de caso	119
Las subjetividades producidas por la ideología (pos) neoliberal, el caso de Leydy Paola y su Papá.....	119
Protesta de hombre en Medimás, casi termina en incendio	138
4.3 Análisis diagnóstico	143
4.3.1 Problema en análisis sincrónico y diacrónico	143
Capitulo 5 conclusiones	152
5.2 recomendaciones	156

7. Análisis de resultados	157
7.1 Tablas	157
6.2 Gráficos.....	157
CUADRO DE PRESUPUESTOS	168
Bibliografía.....	169
Bibliografía marco jurídico.....	171

1. Introducción

La mercantilización de la salud y la acumulación por desposesión reflejada en la deficiente prestación del servicio, además justificada objetiva y subjetivamente en la política pública, deja en el olvido a los menos favorecidos, por intereses netamente capitalistas que obedecen a un modo de producción en el cual las relaciones de poder se convierten en relaciones de opresión y desigualdad, legitimando así, la lucha de clases y vulnerando sin ningún tipo de conciencia los derechos de los ciudadanos((Marx, 1989); teniendo en cuenta que “una función social está siempre en la base de una función política” (Poulantzas, 1969-1970), el Trabajo Social deberá aportar elementos que contribuyan a un ejercicio adecuado de la profesión partiendo de una lectura crítica de las intervenciones realizadas.

La siguiente investigación se construirá bajo la línea de memoria histórica con un enfoque crítico-dialéctico que contribuya en la comprensión de la problemática social producida por el actual Sistema de Salud Colombiano como una totalidad compleja; abarcando la configuración organizacional en la estructura de lo general y su influencia institucional en el individuo.

Por consiguiente, se realizará un breve recorrido histórico a través del neoliberalismo y la materialización ideológica a nivel global que inicia con los acuerdos Bretton Woods en la década de 1940-1950, la creación del BIRF (Banco Internacional de Reparación y Fomento) luego llamado el Banco Mundial; pasando por la doctrina de los Chicago Boys en Chile, y el Consenso de Washington. (Rangel*, 2012). La ofensiva actual por la Cobertura Universal en Salud (CUS) – emprendida por la fundación Rockefeller, Lancet y el Banco Mundial (alzate, 2014). El informe del BM invertir en salud (Banco Mundial, 1993), siguiendo la línea cronológica, a nivel nacional la implementación de la ley 10 de 1990, la constitución de 1991, la ley 100 de 1993 y algunos artículos posteriores relevantes en la modificación del sistema de salud y su total privatización.

La problemática social se evidenciará partiendo de algunas concepciones sobre el ciudadano y el Estado que permitan entender la subjetividad y representación del individuo como ser social. *“El Estado olvidando al ciudadano reconoce únicamente la figura de un nuevo partícipe de la formación social: “el consumidor”, este consumidor empieza a hacerse presente en todas las estructuras sociales y dentro de ellos el derecho a la salud convertido en un producto de mercado encaminado a la acumulación de capital y el olvido de los conceptos de salud y derecho ¿pero y ese derecho donde esta?”.* (Lewkowicz, 2004)

Siguiendo a Castoriadis, 1993: 6) citada por (MALACALZA, FUENTES, & CRUZ, 2012). *Por lo tanto, pensar lo social desde lo irreductible de lo colectivo y lo singular, y desde la tensión constante entre su determinación- -indeterminación, es parte ineludible del análisis de las instituciones y los sujetos que las habitan, así como de los supuestos sobre los cuales estas han sido construidas. Por ejemplo, la institución escolar supone y espera “un tipo de estudiante”, la institución sanitaria supone y espera “un tipo de paciente”, la institución tutelar supone y espera “un tipo de menor”. En definitiva, las instituciones necesitan suponer unas marcas previas.* Esta concepción nos permitirá entender al individuo como producto de la institución o instituciones a las cuales pertenece.

Con base en lo anterior se construirán instrumentos que permitan reconocer en la cotidianidad de los usuarios del sistema de salud que padecen enfermedades de alto costo, sus particularidades y percepciones con respecto a la situación problemática que atraviesan, entendiendo desde todas sus dimensión los cambios que ha presentado desde el inicio de la enfermedad hasta la actualidad; todo esto por medio de un estudio de caso.

1.1 Objetivo general

Describir la influencia de la hegemonía capitalista y su relación con la vulneración del derecho a la salud y la producción de subjetividades en pacientes que padecen enfermedades de alto costo en la ciudad de Popayán.

1.2 Objetivos específicos

Establecer el derecho a la salud como un mecanismo de mercado

Aproximar la teoría de la acumulación por desposesión con la vulneración del derecho a la salud.

Determinar la relación entre la doctrina del shock y la implementación de políticas que favorecen la acumulación de capital y legitiman la desigualdad social.

Realizar un análisis a profundidad de las subjetividades producidas en razón de la ideología (pos) neoliberal en el entorno relacional de pacientes que padecen enfermedades de alto costo en la ciudad de Popayán.

1.3 Planteamiento del problema

El sistema de salud colombiano definido como uno de los mejores a nivel global no ve las crisis en los indicadores, que lejos de mostrar la evolución en la garantía del derecho, argumenta sus informes en cifras económicas, en la relación de costos y gastos y la efectividad en la solidaridad entre uno y otro régimen, junto a ello la singularización y psicologización de la problemática producidas por la ineficacia del sistema.

El caso chileno permite sacar algunas conclusiones a pesar de treinta años de aseguramiento obligatorio, el 9 % de los chilenos carece de él (ISAGS, 2013, p 51). La atención médica oportuna se ha incrementado con el plan acceso universal de garantías explícitas pero el obstáculo económico al acceso persiste por los copagos. La permanencia de las instituciones de la salud previsional (ISAPRE) que solo atienden al 18% de la población, y el modelo de libre elección impone una lógica mercantil al sistema de salud en su conjunto. (Laurell, Herrera, 2011).

En el caso colombiano los resultados encontrados por la defensoría del pueblo en 2014, muestran que los colombianos tuvieron que acudir a 498.240 acciones para

evitar vulneraciones de cualquier derecho fundamental, la cifra más alta desde que la constitución de 1991 aprobó este mecanismo, de las cuales 118.281 tutelas fueron interpuestas para reclamar violaciones al derecho a la salud, con un incremento del 2,7% en relación con el 2013, lo que representa un 23,7% del total de las tutelas durante dicho periodo.

Las solicitudes de actividades, intervenciones, procedimientos e insumos ya incluidos en el plan obligatorio de salud (POS) continúan en el 65,74% y a pesar de haber disminuido levemente con relación a 2013, es altamente preocupante como factor de evaluación de la capacidad resolutoria del sistema frente a las necesidades <de atención en salud de la población. (Pueblo, 2014)

La política del sistema de salud colombiano que obedece a la política neoliberal propuesta por el BM en el informe “invertir en salud una agenda para la reforma” sugiere: **“el mejoramiento de la gestión de los servicios de salud estatales, a través de medidas como la descentralización de facultades en materia administrativa y presupuestaria la subcontratación de servicios; y el promover la diversidad y la competencia”**. (Banco Mundial, 1993). Dicha concepción nos demuestra la visión sesgada explícitamente a las relaciones y factibilidad económica en la conformación del sistema, dejando en el olvido la garantía del “derecho a la integridad física, psíquica y moral” que debería ser asumida por el Estado atendiendo a los principios constitucionales.

Con base en lo anterior se encamina la investigación en la búsqueda de respuestas ante la problemática producida por el desconocimiento del funcionar de la maquinaria institucional y su engranaje jurisprudencial, como configuradoras de acciones, pensamientos y sentimientos de los sujetos sociales pertenecientes a la institución, haciendo una revisión crítica del proceso de atención y prestación de los servicios de salud.

1.4 Pregunta problema

¿Cuáles son los efectos producidos por la ideología (pos) neoliberal y dentro de ella la mercantilización y la acumulación por desposesión en la vulneración del derecho a la salud en pacientes que padecen enfermedades de alto costo?

1.5 Justificación

Teniendo en cuenta la amplia capacidad profesional del Trabajador Social, su conocimiento e intervención; la profunda problemática social producida por el actual Sistema de Salud; nos lleva a cuestionar nuestra profesión que se ha visto limitada tanto por la organización como por la institución, remitiendo la cientificidad de la misma, a funciones puramente asistencialistas que en la mayoría de los casos lo que hacen es profundizar la problemática.

La intervención del Trabajador Social en el Sistema de Salud invocando el objeto de nuestra profesión **“promover el cambio social; intervenir en procesos y proyectos que tienen que ver con las relaciones humanas, las políticas de bienestar, el desarrollo humano y social, considerando al individuo como ser biopsico-social; fundamenta su quehacer en los criterios de democracia que enmarcan la justicia, la libertad y el bien común”**... (Consejo Nacional de Trabajo Social, 2012). Nos lleva en la búsqueda de una guía de atención.

Por lo tanto, con esta investigación se propone la utilización de la metodología científica en la intervención de caso, teniendo en cuenta no solo la función sino la responsabilidad política y ética inherente al ejercicio de la profesión; buscando hacer una lectura de lo social con base en la deconstrucción de los conceptos y el ente que los produce, al igual que su representación en la cotidianidad de los sujetos, teniendo en cuenta estos como inmersos en el Sistema en un proceso interrelacional.

De la anterior afirmación podemos obtener una visión más amplia de nuestras funciones dentro de la estructura institucional, procurando el entendimiento de que la institución ha sido configurada con las condiciones físicas, sociales y materiales para que el proceso dialéctico de dominación se haga efectivo (HEGEL, 1807); por medio de la relación institución-concepto-usuario, dándonos una mirada profunda del sujeto y su entorno.

Con el fin de realizar una intervención adecuada, el Trabajador Social deberá empezar a comprender al individuo como parte del todo, lo que se ve y lo que no; desestructurar su situación hasta el origen, en este caso el paciente de alto costo configurado a través de las políticas generadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el informe invertir en salud del Banco Mundial, que con una lógica mercantil revierte la concepción en la vulneración del derecho; lo cual nos aporta conocimiento que parece al alcance de todos, pero que precisamente no todos pueden reconocer.

El conocimiento supone poder; el Trabajador Social debe abrir su voz al campo de los problemas sociales, donde y como se producen; partiendo de una lectura compleja de la realidad, llegar de lo complejo a lo sencillo y de lo sencillo a lo complejo; relacionando los procesos que se viven en cada una de las instituciones, teniendo en cuenta la comprensión de lo individual y lo colectivo unidos inexorablemente; entendiendo al individuo como parte de un todo social y como producto de un entorno ya configurado.

De lo anterior se busca con este tipo de investigación aportar a nuestra profesión una vasta herramienta de conocimiento, recordándonos que hay campo para el hacer. El principio del cambio radica en el conocimiento de la causa, si se elimina la causa, la solución al problema se hace evidente.

Algo inherente a los objetos o sujetos iluminados es que proyectan sombras, y ellas están ahí, algunas son visibles y otras no tanto. Sin embargo, como sujetos humanos

tenemos la capacidad de interpretar, tanto en las luces como en las sombras, muchos más detalles sin excesivos contrastes. Los investigadores sociales en general, y muy en particular los trabajadores sociales, deben necesariamente elucidar esto, que no sucede cuando captamos igual escenario en una imagen fotográfica: la sombra en una fotografía ubica los matices negros y opacos como sobresalientes, otorgando a esos contrastes un carácter antagónico. Nuestro interés es, por el contrario, profundizar desde el Trabajo Social el conocimiento sobre cómo esos claroscuros están presentes en la subjetividad actual, producida por las instituciones en el contexto de globalización y hegemonía del capital. (MALACALZA, FUENTES, & CRUZ, 2012).

Los problemas sociales antes de ser tratados deben hacerse evidentes, captando la atención del sujeto estudiado, pues, es obligación ética y profesional que el Trabajador Social utilice sus habilidades en el conocimiento integral de las problemáticas sociales, buscando medios de información que permitan sacar a la luz aquello que no se ve, aquello que se esconde detrás de lo que nos suele parecer el todo.

Metodología

La realidad social exige para su comprensión un concepto totalizador y una desestructuración, es decir, analizar conceptos simples, realidades sociales explícitas partiendo de sus estructuras y la formación de estas con el fin de contextualizar al individuo en un concepto globalizador que lo comprenda como producto de la formación social en la cual se encuentra inmerso; esta investigación al principio pretendía relacionar el asistencialismo en Trabajo Social con la desprofesionalización; al encontrar este pantano ideológico surgió mi práctica profesional en una institución de salud que presta servicios domiciliarios a pacientes que padecen enfermedades de alto costo y se encuentran postrados, en ese transcurso práctico, las historias de vida aportaron un sinnúmero de componentes que nutrieron la investigación, en esas historias surgió la pregunta de porque las

acciones de tutela en muchos casos no proporcionaban resultados efectivos al exigir a las EPS se prestaran los servicios solicitados por el médico tratante, lo que me llevo a otra pregunta, si los mecanismos jurídicos no funcionan son una herramienta útil en la acumulación de capital?, además de ello la última pregunta era ¿Por qué es necesario ejercer una acción legal para acceder a un derecho fundamental como el de la salud?. Cabe resaltar la importancia que remarcó en la investigación la noticia de la acción del señor Jhon Jairo en la EPS Medimas donde intento prender fuego a la institución, de esta situación surgió una nueva pregunta sobre ¿cómo la institución y la ideología mercantil implantada podía producir subjetividad?

En este proceso me puse en la tarea de ubicar al señor Jhon Jairo con el fin de comprender su historia de vida, que sucesos habían ocurrido antes de la acción contra la EPS, pues la mayoría pensaría que esa reacción era **“anormal”**. Además de intentar conceptualizar que sucedió después de su acción.

partiendo de ello la investigación fue construida con un enfoque mixto con el fin de reconocer el valor del conocimiento como algo que se ha construido a través de medios cualitativos tales como la percepción y la experiencia basada en los aspectos fácticos del mundo en el que vive la gente. Además de rechazar el dualismo que se establece entre lo cualitativo o hechos de apoyo y lo cuantitativo o metodologías subjetivas cuyo valor se basa sólo en la exclusividad de uno y otro.

Los métodos de investigación mixta son también un intento de legitimar el uso de múltiples enfoques para responder a las preguntas de investigación, en lugar de restringir o limitar las opciones de los investigadores (es decir, rechazar el dogmatismo).

El proceso de investigación se realizó partiendo de un estudio correlacional que nos ofreciera un espacio de comprensión entre las teorías marxistas sobre mercantilización y acumulación por desposesión y su relación con la formulación de las políticas estatales en el contexto pos neoliberal y por último la relación de estas con la institución y la producción de subjetividad; partiendo de la relación estructural

entre la prestación del servicio, las instituciones que lo prestan, la normatividad vigente y el origen del sistema de salud como se conoce actualmente.

Marco teórico Capítulo 1

Marco contextual

1.1 Los neoliberalismos a nivel global

La contextualización del problema se hizo partiendo de la concepción global de la salud como producto de mercado, comenzaré con un recorrido teórico desde la consolidación del Capitalismo en la década de 1940-1950 que tiene su fundamento en, los acuerdos Bretton Woods celebrados en una conferencia en julio de 1944, que partieron de tres grandes premisas: desarrollo, estabilidad financiera internacional y liberalización del comercio. a la conferencia asistieron 44 países; sin embargo, dos estrategias predominaban en ese momento, la británica y la estadounidense, siendo esta última la de mayor influencia entre los países asistentes. (Rangel*, 2012).

La evolución de la situación mundial desde la segunda postguerra expresa tensiones muy peculiares determinadas por: a) la aparición de las armas atómicas en el escenario internacional; b) la simbiosis e interacción cada vez más estrecha entre el orden político y el orden económico; c) el encogimiento del planeta debido a la revolución de las comunicaciones, los sistemas de transporte civil y los sistemas balístico intercontinentales; los efectos “desestabilizadores” de la ola revolucionaria y anticolonial; e) finalmente, desde mediados de la década de los setentas asistimos a una profunda y prolongada recesión económica internacional y a la brecha que se abrió entre el poder y el orden internacionales. (palacios, 1986)¹

^{1,4} (Palacios, Marco) 1986, La delgada corteza de nuestra civilización; editorial linotipia Bolívar.p. p 87,3)
(bogota,1944) Abogado de la Universidad Libre, Maestro de estudios asiáticos (Área China) de él colegio de México. Doctor en Filosofía (estudios políticos) de la Universidad

La estrategia norteamericana terminó por imponer su diseño y en los acuerdos Bretton Woods se estableció el dólar Estadounidense como patrón de cambio debido a la fuerza política y económica que Estados Unidos había adquirido al término de la segunda guerra mundial, tanto por levantarse como ganador indiscutible, poseedor de la bomba atómica y por ser una de las naciones con menor daño en su aparato productivo y territorio además, este país experimentó una fuerte acumulación de capital gracias a que se convirtió en el principal acreedor de los países combatientes, por ello la moneda Estadounidense se convirtió en la divisa fuerte de la posguerra. (Rangel*, 2012)

El CW presentó otro programa de ajuste estructural, después de Bretton Woods, para remediar los problemas derivados de la crisis de la deuda. En esencia, dicho programa de ajuste fue diseñado para la región latinoamericana y después éste se hizo aplicable para cualquier región del mundo. Lo que este nuevo programa de ajuste estructural pretendía era:

[...] identificar aquellas políticas que las principales instituciones de Washington, tales como el tesoro de los Estados Unidos, el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, consideraban claves para la restauración del crecimiento en América Latina.

1.2 La doctrina del shock en Chile

Luego de los acuerdos Bretton Woods se establece la doctrina de los Chicago Boys en Chile que solo en unos años mostró sus resultados verdaderos, a continuación, se ofrece un breve análisis sobre cómo la doctrina del shock facilita la formulación e implementación de políticas con trascendencia económico-política que el colectivo social acepta sin cuestionar.

de Oxford. Profesor e investigador en las Universidades Nacional de Colombia, de los Andes, Bogotá y la Universidad de Londres; Rector de la Universidad Nacional de Colombia entre otros..

La primera experimentación del neoliberalismo se dio en Chile con la irrupción y la aplicación de la “doctrina del shock”². (Klein, 2007 pp. 109-139) (Klein, La Doctrina del Shock, el auge del capitalismo del desastre, 2007) Por medio de la cual se implementan políticas con poco beneficio a favor del pueblo y un desmesurado beneficio a favor del capital.

El primer laboratorio neoliberal se impone en Chile con el golpe militar de carácter fascista por parte del general Augusto Pinochet. El 11 de septiembre de 1973 el bombardeo al palacio de la moneda, financiado por la CIA, acabó con el proyecto socialista de Salvador Allende, en donde se asiste a la nueva era del “capitalismo del desastre”. (Klein, 2007, pp. 109-111).

El shock social y colectivo producto de la dictadura militar de Pinochet permitió crear un espacio de oportunidad, que Milton Friedman anunciaba desde cátedras en la Universidad de Chicago para la introducción de reformas económicas estructurales. La dictadura desintegró a los sujetos colectivos, sindicatos, partidos de izquierda, organizaciones populares, en una sociedad atemorizada por los alcances de la política de exterminio de la brigada Lautaro (dina) en su cruzada contra el enemigo comunista-marxista (Klein, 2007, p. p139-144).

Los discípulos de Milton Friedman, denominados “Los Chicago Boys”, eran un grupo de economistas chilenos de la universidad católica quienes habían estudiado en la facultad de economía de la universidad de Chicago. Junto a su mentor, encontraron en la dictadura de Pinochet la oportunidad ideal para las reformas estructurales de la ortodoxia neoliberal. Por orden del dictador se introdujo un cambio estructural en la sociedad chilena, sin oposición ni resistencia de las clases subalternas. El cambio radical consistió en demoler el patrón de acumulación y las instituciones sociales

²Estos experimentos consistieron en aplicar a los sujetos una terapia a través de la privación sensorial y del sueño, sensaciones de ahogamientos, entre otros, durante periodos prolongados de tiempo. Los experimentos generaban como resultado un Estado de shock en el sujeto hasta el punto de convertir su mente en una “tabula rasa” Milton Friedman

que lo soportaban. Se puso fin al modelo de la sustitución de importaciones de la CEPAL nuevo esquema social para garantizar la libertad individual. (Alzate Mora, 2014)

El paquete de reformas, conocido como “el ladrillo”, se dirigió a crear el modelo ideal de la economía neo-clásica: un libre mercado para la realización de la libertad. Lo que requería un agresivo proceso de privatización; desregulación de la economía y eliminación del Estado en la provisión de servicios sociales (Klein, 2007, p. 112).

Chile aplicó políticas similares a las del consenso de Washington; sin embargo, el modelo chileno no fue atractivo para los países latinoamericanos, debido a que el país tenía un régimen de carácter dictatorial. “no obstante, a partir de la década de 1980, Chile logró un auge económico sostenido”, por ello la existencia de un modelo local de crecimiento económico exitoso en Latinoamérica reforzó la aceptación del Consenso de Washington.

1.3 El consenso de Washington

Debe señalarse que el fundamento teórico de las propuestas del CW eran la teoría económica neoclásica y el modelo ideológico y político del poderosamente neoliberalismo. Con la formulación del consenso de Washington quedó claro que los protagonistas de las actividades económicas eran el sector privado y el vapuleado Estado y su rol regulatorio; sólo de esta manera se lograría la estabilidad económica que América Latina necesitaba después de la crisis de la deuda. sin lugar a dudas, el papel del sector privado en el cambio de modelo económico era fundamental, principalmente porque los recursos para impulsar el crecimiento económico iban a provenir tanto de los organismos internacionales como de este sector; de tal manera que las reformas de política económica no sólo tenían que responder a las exigencias de los gobiernos latinoamericanos, sino también a las necesidades y exigencias de seguridad en sus inversiones por parte de importantes capitalistas interesados en disminuir el papel interventor del Estado en las actividades económicas. De esta manera, la lógica de mercado del nuevo modelo

costraría sentido, garantizaría y fortalecería su hegemonía³ en el rumbo de la vida económica latinoamericana. Recursos en donde la empresa privada es eximida de su responsabilidad como institución.

Este modelo económico “solidario” en el cual el régimen contributivo y el régimen subsidiado se presentan con funciones y recursos limitados a causa de la descentralización de facultades, la política pública del POS y el No POS y la aceptación en la demora para la prestación del servicio por parte de la Entidad, ligada intrínsecamente al mecanismo de los itinerarios burocráticos Neoliberales como los principales contribuyentes en la acumulación por desposesión en salud; entre otros sucesos menos evidentes se encuentran en silencio gracias a la normatividad vigente que favorece los focos de corrupción.

1.4 La doctrina del shock y las políticas en Colombia, la IX conferencia panamericana

Solo una crisis real o percibida produce auténticos cambios, cuando esa crisis sobreviene las medidas que se toman dependen de las ideas que se tornan en el ambiente. (Klein, la doctrina del shock)

En Colombia la violencia y el terrorismo de Estado han sido legitimadas por el imperio de la ley bajo el amparo de diversas ficciones jurídicas. La dialéctica de la violencia legítima /legal con la violencia ilegítima / ilegal, y sus diversas combinaciones, evidencia en Colombia su extrema complejidad, en donde se alientan y promueven en un proceso en donde su distinción y estricta separación se pierde y difumina. (alzate, 2014) la violencia legal/ilegal nos remonta a un amplio proceso, que podemos rastrear desde la colonización de América, legitimada por figuras jurídicas como el tratado de Tordesillas (Rumeu de Armas, 1992), pasando por la sacralización de la letra de la ley de las reales cédulas, en tiempo de la

³ El concepto de hegemonía permite precisamente describir la relación entre esas dos características del tipo de dominio político de clase que presentan las formaciones capitalistas. La clase hegemónica es la que -centra en sí, en el nivel político, la doble función de representar el interés general del Pueblo-Nación y de detentar un dominio específico entre las clases y fracciones dominantes: esto en su relación particular con el Estado Capitalista. (Gramsci) ***“los cuadernos de la cárcel”***

colonia, y las constituciones en la era republicana. La máxima se ataca pero no se cumple” sintetiza la compleja relación histórica entre violencia y ley que aún tiene vigencia en américa latina.⁴

El asesinato de Jorge Eliecer Gaitán el 9 de abril de 1948 contiene un telón de humo que disfraza como afirma Beaulac citado por (palacios, 1986) la complejidad de circunstancias históricas, acentuando las condiciones de la vida popular: “en 1948 quizás hubo en Colombia una revolución de esperanzas frustradas. En ese año las masas colombianas tenían razones muy válidas para quejarse de sus condiciones de vida y contra las clases privadas que controlaban la economía del país. Beaulac consideró entonces que el 9 de abril los comunistas pudieron aprovechar la situación, pero que la reacción popular fue “masiva y espontánea”⁵

Continuando la línea histórica de Marco Palacios las interpretaciones del embajador británico fueron apresuradas. La misma mañana del 10 de abril de 1948, recibieron el *Foreign Office* un telegrama urgente firmado por el embajador en Colombia, G. Mackereth, dando cuenta del estallido en Colombia de un complot comunista⁶. el 12 de abril, los encargados del asunto en el *Foreign Office* concluyeron que Mackereth no ofrecía pruebas, sino que elaboraba deducciones acerca de la posible inspiración del estallido, tales como su coincidencia con la IX conferencia panamericana, la velocidad con que se propagaron los saqueos después del asesinato de Gaitán, el blanco de los mismos, el ataque a las embajadas norteamericana y británica y el inmediatamente desmentido asesinato del ministro de relaciones de Colombia, doctor Laureano Gómez⁷.

⁴ Araujo, K. (2009). *¿Se acata, pero no se cumple? Estudios sobre las normas en América Latina*. Santiago de Chile: LOM Ediciones, citado por : ibid. 11

⁵ Williard L. Beaulac, a *diplomat looks at aid to latin America, southern Illinois, U.P, 1970, pàgs 64-5*. citado por: Palacios, Rozo Marco Antonio. *La delgada corteza de nuestra civilizaciòn, 1986, pag.12*

⁶ PRO. Telegrama N° 48, AS 2362/113/11. Citado por Palacios, Rozo Marco Antonio. *La delgada corteza de nuestra civilizaciòn, 1986, pag 13*

⁷ Braun, op. Cit, pàg.188. citado por Palacios, op. Cit pàg 13

Otro telegrama enviado de Bogotá a Londres firmado por el mismo embajador, en que se reafirmaba, pero con menos énfasis: los comunistas “inspiraron” la revuelta que siguió el asesinato del caudillo liberal, aunque los motivos del crimen “son oscuros y probablemente no son políticos”.⁸

Oficialmente el asunto quedó en el limbo: el 24 de abril, o sea antes de la última hipótesis Mackertiana el Foreign office envió a Sir Noel Charles su conclusión: “es posible que mañana sea preguntado en el comité Ruso (de la cámara de los comunes) hasta qué punto los acontecimientos recientes de Bogotá fueron inspirados y dirigidos por los comunistas.

De las pruebas a nuestra disposición sólo podríamos afirmar que puede ser pero que es indemostrable”.⁹

Palacios afirma que no vale la pena considerar todas las especulaciones sobre el *bogotazo* seguramente nadie encontrará en ningún archivo las claves para interpretar el enigma. Pero la candidez de Mackereth penetró inadvertidamente en una de ellas: la necesidad del chivo expiatorio. Si el asesinato de Gaitán se hubiese presentado entre 1941 y 1944 entonces se hubiese tratado de un complot nazi.”¹⁰

Luego advierte las implicaciones de la fecha en que ocurrió el asesinato y nos brinda un contexto: la historia de la novena conferencia panamericana en la cual se iniciaba la pequeña historia de un desencuentro. En agosto de 1947 el tratado interamericano de asistencia recíproca, que según analistas como Cannel Smith fue un antecedente directo de la alianza del atlántico norte y una manifestación inconfundible del nuevo espíritu de la guerra fría¹¹. En la conferencia en río se había dejado para Bogotá el candente tema económico y quedaba flotando en el ambiente

⁸ PRO. Telegrama N° 50. AS 2383/113/11. . citado por Palacios, op. Cit pàg 14

^{9, 17} PRO. AS 2362/113/11. . citado por Palacios, op. Cit pàg 15.

¹¹ Gordan Connel-Smith. *Los Estados Unidos y la América Latina* F.C.E; 177, pàg. 266. Citado por: Op Cit pàg 24.

la idea de que los países latinoamericanos – un poco capitaneados por México, Brasil y Argentina---estaban dispuestos a aceptar el anticomunismo y la política de contención de Truman a cambio de que Washington apoyara, mediante programas oficiales de ayuda, los esquemas latinoamericanos de desarrollo económico, la industrialización y el cambio social pacífico. Pero prácticamente todos los estudiosos del tema reconocen que el desencadenamiento de la guerra fría marginó a la América Latina. El dilema norteamericano de la posguerra fue entonces si apoyarse fundamentalmente en Europa o en Asia, para alcanzar los objetivos de su política globalizadora. Pero los latinoamericanos esperaban que de la conferencia de Bogotá podría salir algo parecido a un “plan Marshall” para la región.¹²

El presidente Laureano Gómez (1950-1951) decretó que quien se opusiera a las fuerzas armadas sería un “bandido”. Autorizando al ejército a ejecuciones sumarias. Las guerrillas del llano, bajo el liderazgo de Guadalupe Salcedo van a promulgar las leyes del llano consideradas como una “*constitución agrarista que fundaba un Estado*”. En 1953 se firmó la paz con las guerrillas del llano, y en 1957 el líder ex guerrillero, Guadalupe Salcedo, fue asesinado en Bogotá a manos de agentes del Estado.¹³

A partir del frente nacional (1958-1974) se inauguró el uso reiterativo de los Estados de excepción en Colombia. Se trató de un pacto político entre las élites de los partidos liberal y conservador para el reparto del poder del Estado. Pero también fue un acuerdo de punto final sobre la responsabilidad de la violencia desatada entre ambas colectividades. Según Behar, el frente nacional fue: “ese pacto de olvido, para extirpar de la memoria colectiva esa década atroz. Un pacto de amnesia. Mientras la prensa hizo de su parte “el pacto de caballeros” con su silencio para no dar a la imprenta tanta sangre”. Citado por (Alzate, 2014).

¹²Op Cit. Pàg 24.

¹³Calvo, O. H. (2008). *Colombia, laboratorio de embrujos. Democracia y terrorismo de Estado*. Madrid: Foca ediciones (págs. 64-66-69). Molano, B. A. (2012). Guadalupe Salcedo Unda, general del Llano. *El Espectador*.

Al mismo tiempo se introdujeron una serie de cambios en la política económica, ante los límites que evidenciaba el modelo de industrialización por sustitución de importaciones (isi), la acumulación sustentada en el mercado interno y las tendencias a la crisis de rentabilidad capitalista.

Las primeras medidas consistieron en la promoción de las exportaciones en el gobierno Lleras Restrepo (1966-1970) bajo el supuesto de aumentar la competitividad de la industria nacional, proceso que continuó con el gobierno de Misael Pastrana (1970-1974) y la “*financiación de vivienda basado en las unidades de poder adquisitivo constante*” (aj. estrada 2004) se reforzó en la presidencia de Alfonso López Michelsen (1974-978) que bajo la asesoría de Ronald Mckinnon, economista de la universidad de Stanford, otro bastión de las teorías neoliberales junto con la escuela de Chicago de Milton Friedman, diseño la reforma tributaria y financiera. Con estas reformas se buscó lograr la expansión del mercado de capitales y estimular la actividad financiera en el país (A.J Estrada 2004, p.66)

Motivados por el triunfo de la revolución cubana de 1959, en este periodo surgen diversas organizaciones guerrilleras con diferentes reivindicaciones ante el cierre político del Frente Nacional y la falta de una reforma agraria, con una amplia diversidad de enfoques y propuestas de lucha para la toma del poder (O.H,Calvo, 2008).

El ejército de liberación nacional (ELN) se creó en 1964, ganó popularidad con el ingreso de Camilo Torres Restrepo, sacerdote que rompió con la tradición conservadora de la iglesia católica (Claus, 2011, p 104; p.m. López 1990 Umaña, 2003, p. 69.)

Tras el desastre político y militar de la operación Marquetalia, el 20 de julio de 1964 en la asamblea general de guerrilleros se proclamó el “programa agrario guerrillero” en 1965 se proclamó en la segunda conferencia guerrillera, el nacimiento de las fuerzas armadas revolucionarias de Colombia farc (Alape, 1985,2000; medina, Toloza, Beltràn, romero, & Caicedo, 2009).

En 1967 surge el ejército popular de liberación (el) bajo la teoría de la “guerra popular prolongada” (Harnecker, 1988). En 1973 surgen guerrillas urbanas como el M-19, bajo la consigna “con el pueblo, con las armas, al poder) (Lara, 1983).

El Estado de sitio permitió la promulgación de normas jurídicas como el “estatuto orgánico de la defensa nacional” que autorizó la conformación de grupos paramilitares. El decreto 3398 del 24 de diciembre de 1965 estableció en su artículo 25: *“todos los colombianos, hombres y mujeres, no comprendidos en el llamamiento militar obligatorio, podrán ser utilizados por el gobierno en actividades y trabajos con los cuales contribuyan al restablecimiento de la normalidad”*. Y el artículo 33 dispuso: *“el ministro de defensa nacional, por conducto de sus comandantes autorizados, podrá amparar, cuando lo estime conveniente, como de propiedad particular, armas que estén consideradas de uso privativo de las fuerzas armadas”*

(O.H Calvo, 2008, p.135)

La crisis petrolera de los años setenta, el fin del patrón oro y el desplome del modelo Fordista de producción marcaron una profunda crisis capitalista mundial, se demandó nuevos espacios para la reproducción del capital. Esto requirió modificar la división internacional del trabajo, promover la transnacionalización de las economías, estimular las formas deslocalizadas de producción y la reducción del Estado periférico, para el libre flujo de mercancías y de capital especulativo (Capella, 1997, p. p 167.172).

La década de los años ochenta marcó uno de los picos de la emergencia el para Estado, con el crecimiento en el espiral de violencia del complejo conflicto social y armado entre las fuerzas militares, sus alianzas con grupos paramilitares, guerra de guerrillas, y poderosos narcotraficantes. Entre agosto de 1989 y abril de 1990 fueron asesinados tres candidatos presidenciales para las elecciones de ese año: Luis Carlos galán por el partido liberal; Carlos Pizarro león- Gómez por la alianza democrática ad-M19; y Bernardo Jaramillo de la unión patriótica (O.H,Calvo 2008, pp.143-165) la cual debilitaba los incipientes intentos para la construcción de la

democracia. Al respecto Palacio y Rojas afirmaban en 1989 (citado por A.J.Estrada,2010b):

“(...) El paraestado no sólo tenía una fracción del capital que empezaba a ser predominante, sino que los empresarios de la cocaína, aliados con las otras fracciones del capital, empezaron a tener el control territorial y bases sociales populares en algunas regiones del país (...) estamos frente a una especie de “paraestado”. Incluye una poderosa facción capitalista; un aparato represivo militar, gastos en bienestar social; control territorial regional y un restringido pero eficaz apoyo popular” (citado por A.J. Estrada, 2010b, p.21)¹⁴.

La coordinadora guerrillera Simón Bolívar marcó un momento histórico en el conflicto armado colombiano, en tanto que las diversas fuerzas insurgentes se unieron para negociar con el Estado. Sin embargo, el proceso se resquebrajó conjunta con los líderes del movimiento guerrillero M-19, el Ejército Popular de Liberación (EPL) y el grupo insurgente indígena Quintín Lame anunciaron al PAIA un pacto de diálogo para la entrega de las armas y su incorporación a la democracia y la política nacional (M.J, Giraldo, 1994). La intervención de los señores de la guerra, los hermanos Castaño, quienes luego constituirían las autodefensas armadas de Colombia (AUC) fue fundamental en el proceso de desmovilización del, que paso a llamarse esperanza, paz y libertad para la época, Fidel Castaño estaba condenado por la justicia por crímenes de lesa humanidad y había asumido la jefatura del cartel de Medellín (O.H Calvo,2008. pp. 208-209)

Siguiendo a Javier Giraldo, la negociación de paz con estos grupos se caracterizó por no generar una transformación de fondo, las reivindicaciones de las guerrillas se limitaron a unos beneficios individuales para el grupo desmovilizado, *“parece que está en juego es la participación en el poder (a muy pequeña escala) del grupo desmovilizable. o bien un paquete de beneficios de diverso orden para sus dirigentes: uno o dos curules en el congreso, pensiones de reinserción, préstamos*

¹⁴Ibid. Op. Cit pàgs 24,25,26

para proyectos productivos, escolta y carros blindados, algunos millones para fundaciones y creación de ONG; perdones y olvidos, dos o tres espacios de prensa para anunciar su proyecto político (...) “ (M.J. Giraldo, 1994).

1.4.1 La avanzada Pos neoliberal en Colombia, el gobierno de Virgilio Barco (1986-1990) y Cesar Gaviria (1990-1994).

Fue el exmandatario liberal quien propuso, en 1988, un plebiscito para eliminar la barrera que impedía reformar la constitución por métodos extraordinarios.

Después de César Gaviria, probablemente fue el expresidente Virgilio Barco el colombiano que jugó un papel más determinante en la preparación de la constituyente de 1991. En efecto, el 20 de enero de 1988, fue él quien lanzó la propuesta de convocar una consulta popular que condujera a la derogatoria del artículo 13 del plebiscito de 1957, que impedía aplicar métodos extraordinarios de reforma.

El gobierno de Virgilio Barco sustenta su plan de desarrollo con el título de “economía social” denotando la necesidad de un nuevo modelo económico moderno apoyado en sus bases constitucionales en: ***“la garantía de la libertad de empresa y la iniciativa privada dentro de los límites del bien común pero la dirección nacional de la economía estará a cargo del Estado. Este intervendrá por mandato de la ley, en la producción, distribución, utilización y consumo de los bienes y en los servicios públicos y privados para racionalizar y fijar la economía a fin de lograr el desarrollo integral”***¹⁵. con este nuevo principio constitucional se empieza la apertura a la economía de la empresa privada y la participación del Estado como mero facilitador de las relaciones de producción.

¹⁵https://colaboracion.dnp.gov.co/cdt/pnd/barco_prologo.pdf

César Gaviria Trujillo era el jefe de campaña, cuando se produjo el asesinato de Luis Carlos Galán, ambos lideraban el llamado “nuevo liberalismo”. El partido eligió a Gaviria como candidato único. Esto le dio un fuerte apoyo en el voto de opinión, por lo que heredó el caudal político y alta favorabilidad de asesinado candidato Galán. Finalmente Gaviria fue elegido como presidente de Colombia (O.H.Calvo, 2008).¹⁶

César Gaviria Trujillo es economista de la universidad de los andes y político profesional, ocupando varios cargos importantes, desde su desempeño como alcalde de Pereira, su ciudad natal, luego como ministro de hacienda y crédito público en la administración de Virgilio Barco (1986-1990). Tras su presidencia en Colombia ocupó el cargo de secretario general de la organización de los Estados americanos, hasta el año 2004. Gaviria hace parte de la élite intelectual que para inicios de los noventa mantenía posiciones ortodoxas a favor de la apertura económica y la centralidad del mercado para el desarrollo económico (Á. J. Estrada, 2005, p. 28).

El plan de desarrollo del gobierno Gaviria nombrado por el mismo: “*la revolución pacífica*” en el prólogo ya empieza a denotar la avanzada en la disminución del Estado en la prestación de servicios como salud y educación además de que el mismo afirma que dichos cambios se hicieron después de que el documento fue revisado por el CONPES. “***ha habido un proceso abierto de la elaboración del plan de desarrollo en el seno del gobierno. Además, muchos de los capítulos luego de su aprobación han sido objeto de presentaciones por parte de los ministros del ramo, quienes han recorrido el país con este fin. Los capítulos de inversión social en educación y salud, por ejemplo, han tenido una amplia publicidad. Es probable, sin embargo, que al examinar la recopilación completa de documentos que ha aprobado el CONPES y que constituyen el***

^{16,25} Op.cit pàgs 24,25,,26,27...

primer volumen del plan de desarrollo, se perciba un cambio de orientación en la acción del Estado.”¹⁷

El presidente César Gaviria Trujillo consiguió notorios avances en las relaciones bilaterales con los países asistentes a la tercera cumbre de mandatarios iberoamericanos en Salvador de Bahía. En las reuniones que el presidente solicitó y le fueron pedidas, presentó iniciativas políticas y de integración de importancia para el país.¹⁸

Con el ascenso del presidente Gaviria se hacen notorios los cambios en la política económica colombiana simultáneamente a la represión por vía legal de los Estados de excepción. Sin embargo, siguiendo a Estrada (2004, p.71) existe un consenso de calificar la administración de César Gaviria (1990-1994). Como un punto de inflexión en la avanzada neoliberal. Su gobierno introdujo de forma acelerada un paquete de reformas de amplio calado, aprovechando popularidad alcanzada en su elección, el voto de opinión en contra de la violencia exacerbada en su momento, y el cambio de la constitución del 1886 bajo su gobierno (A.J.Estrada. 2004)¹⁹.

Dentro de las principales características del plan de desarrollo del presidente Gaviria resaltan: ***“profundas transformaciones institucionales, propugna por la autonomía de los individuos y el sector privado y está a tono con las nuevas corrientes mundiales económicas. En esta área dentro de una función a largo plazo, crea las condiciones para dinamizar la oferta de bienes y servicios, en el marco de un escenario macroeconómico equilibrado.”²⁰***

Las reformas del gobierno a su vez fueron impulsadas por una fuerte campaña ideológica sustentada en el lema: *“apertura económica y modernización del Estado”*.

^{17,27} https://colaboracion.dnp.gov.co/cdt/pnd/gaviria_prologo.pdf

¹⁸ <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-173462>

La campaña se centró en el mito del progreso (escobar, 2005) para hacerle frente al rezago en el que estaba el país. La carga ideológica era evidente en su discurso “a una economía cerrada debía oponérsele una economía abierta, a un Estado atrasado y arcaico debía oponérsele un Estado moderno”. Con estricto apego al consenso (pos) neoliberal, las reformas se presentaban como absolutamente necesarias. La consigna del gobierno fue: “Bienvenidos al Futuro”²¹

El mercado de capitales fue desregulado para incentivar el ahorro y los flujos de capital. La reforma financiera adoptada en la ley 45 de 1990 permitió la Banca Múltiple, y levantó las restricciones a la inversión extranjera en el sector financiero entre otras medidas “*para facilitar la reorganización de la propiedad a través de la absorción, fusión, escisión o liquidación de instituciones financieras todo ello unido a la decisión política de privatizar los bancos estatales.* (aj: estrada, 2004, p.77)²².

La ley 9 de 1991 puso fin al monopolio estatal al control de cambios, privatizando el mercado de divisas. esta era una medida para estimular el flujo de capitales, pero también como explica Estrada (2004, p 78) devela el carácter de “doble moral” de las élites gobernantes con el negocio del narcotráfico, que era perseguido por las fuerzas del Estado, pero a través de este tipo de decisiones patrocinaban la incorporación de sus recursos a los circuitos legales de acumulación, que en la práctica quedaron “legalizados” en el mercado paralelo de divisas y posesión de activos en el exterior (aj: estrada, 2004).

En este mismo sentido explica calvo, citando un informe del gobierno estadounidense:

“Sin embargo, mientras las reformas económicas avanzan, los barones colombianos de la droga han tomado ventaja de las reformas del gobierno y han capitalizado los beneficios de una economía más abierta y liberal. La reforma ha

²¹Op. Cit. 24,25,26,27 pags 114.

²²Op cit pàgs 114

creado más oportunidades y brindado a los narcotraficantes mayores facilidades para lavar y proteger sus fortunas ilícitas en Colombia. la privatización de importes bancarios colombianos, junto con la liberalización del mercado cambiario, han permitido a los narcotraficantes colombianos influir veladamente en las políticas y las operaciones de ciertos bancos nacionales (...) cada vez que un dólar entra en las cuentas bancarias de los jefes del narcotráfico la influencia política y económica que ejercen en el gobierno aumenta (...) los narcotraficantes están en capacidad de influir en la estructura de las relaciones bancarias y financieras con el fin de lavar, legitimar y salvaguardar su riqueza ilícita con facilidad y sin ninguna repercusión legal” (O.H. Calvo, 2008, p.233).

El sector de las telecomunicaciones venía siendo desregulado desde la ley 72 de 1989, y a sólo doce días de iniciada la administración Gaviria se expidieron los decretos 1900 y 1901 de 1990, para acelerar el proceso. Incluso estas normas se adelantaron a la constitución política de 1991. “en *conceptos como privatización, desmonopolización, competencia, servicios públicos domiciliarios, gasto social, sistema de concesiones, etc.*” (Citado por A.J Estrada, 2004, p.78).

Otra serie de cambios en este mismo sentido se produjeron en la infraestructura portuaria del país. Mediante la ley 1 de 1991, se decidió la liquidación de col puertos y los ferrocarriles nacionales y se disponía un régimen de concesión portuaria (a: j: estrada, 2004, p. 79). Frente a este proceso de apertura y fin de los monopolios estatales, en los muelles de Cartagena el presidente Gaviria indicó: “*es necesario echar hoy abajo esa pared que limita el crecimiento y el bienestar general*” (dinero.com, 2013c), refiriéndose al contexto reciente de la caída del muro de Berlín, extrapolando su concepción del Estado como el muro a superar.

Si bien estos conjuntos de cambios normativos permitieron avanzar el programa de gobierno, la anterior constitución de 1886 imponía serios obstáculos para los cambios estructurales de mayor calado que se pretendían imponer, dirigidos a una reestructuración profunda del Estado y sus instituciones. Por lo tanto, el cambio constitucional se convirtió en un imperativo con el fin de lograr una transformación

profunda de las estructuras constitucionales que redefiniera el papel del Estado (Moncayo, 2004).

Siguiendo a Moncayo:

“La estructura de nuestro anterior sistema jurídico-constitucional no se diseñó para someter el gasto público, especialmente el llamado gasto social, a lo que se estimó como las demandadas de los particulares; para la generalización de las relaciones laborales precarias; para la apertura económica; para la generalización de las relaciones laborales precarias; para la apertura económica; para la eliminación de los subsidios, y, en fin, para entronizar el mercado como juez supremo de la asignación de los recursos y la distribución del ingreso, la riqueza y el consumo” (Moncayo, 2004, p.299).

Para el gobierno de Gaviria la avanzada del proyecto (pos) neoliberal demandaba una reforma constitucional que se adecuara a las diversas reformas económicas que habían logrado avanzar por la vía legislativa, pero que la estructura del Estado de la constitución de 1886 era considerada como una barrera que debía ser superada. Por esta razón Gaviria y su equipo de asesores asumieron la reforma a la constitución como una prioridad de gobierno, con el fin de adecuar la forma estatal al proyecto económico (pos) neoliberal.²³

²³Ibid pàgs 24,25,26,27,28,29

Capítulo 2.

Marco conceptual

2.1. El imperialismo en salud:

“El estudio de la organización social era en su mayor parte deficiente debido a la muy extendida falta de consideración del marco legal y político en el que tanto las organizaciones como sus miembros operan”. (Wallerstein, 1979)

Bajo la perspectiva del imperialismo se propone pensar los problemas sociales inmersos en un sistema económico global y como producto de ello; entendiendo los cambios producidos por la modernización y el desarrollo económico, que funciona bajo ciertos tipos de valores previos que establecieron un orden jerárquico entre los distintos países posibilitando y legitimando el posicionamiento del poder hegemónico como máxima autoridad tanto propositiva como coercitiva y su influencia a nivel global en todos los procesos sociales y materiales. En este capítulo trataré de dilucidar como se estructura el sistema de salud como se conoce actualmente.

(Wallerstein, 1979) Propone en su categoría del sistema mundo: “en una economía-mundo capitalista, la energía política se utiliza para asegurarse derechos monopolísticos (o algo parecido), el Estado se convierte no tanto en la empresa económica central como en el medio de asegurar ciertos términos de intercambio en otras transacciones económicas. De esta forma el funcionamiento del mercado, (no su funcionamiento libre, pero no obstante su funcionamiento) crea incentivos para incrementar la productividad, y todo el conjunto de rasgos consiguiente que

acompaña al desarrollo económico moderno. La economía mundo es la arena en la cual transcurren estos procesos.²⁴

Es necesario reconocer que la globalización tiene un claro y dominante componente económico, el cual está circunscrito al capitalismo, particularmente en su expresión neoliberal. la globalización es un proceso que busca facilitar el “libre comercio”, el flujo de capitales y de insumos de producción y mercancías por todo el planeta, en suma, plantea la creación de un mercado global que permita la acumulación y concentración global de riqueza, obviamente, para una minoría de compañías, en su mayoría de origen Estadounidense, europeo y asiático. (S & Chinchilla M, 2007)

La vulneración del derecho a la salud no escapa al hecho capitalista en que el poder hegemónico imperante²⁵ venera la reproducción indiscriminada de capital, viéndose sometida a reajustes políticos, conceptuales y económicos en los cuales la garantía del derecho se ve seriamente afectada transformando en un campo de mercado y en un proceso de esclavización tanto a los trabajadores del sistema de salud como a los usuarios del mismo.

El Estado se convierte entonces en un ente puramente regulador de las políticas implementadas, en las cuales el sistema deberá funcionar bajo preceptos que favorezcan la economía de la libre empresa²⁶.

²⁵El término imperio ha sido utilizado para designar un sistema político que comprende amplios territorios, relativamente muy centralizados y en el cual el centro, personificando tanto en la persona del emperador como en las instituciones políticas centrales, constituye una entidad autónoma, más aún, aunque los imperios han estado habitualmente basados en una legitimación tradicional han abrazado a menudo una orientación política y cultural más amplia, potencialmente universal, que iba más allá de cualquiera de sus partes componentes. (Immanuel Wallerstein, el moderno sistema mundial).

²⁶¿Cuáles son las relaciones de los “intereses” de clase con las estructuras y con las prácticas? ¿Qué sentido tiene la frase “intereses objetivos” de clase? En primer lugar, los intereses de clase están situados en el campo de las prácticas, en el campo de la lucha de clases. En efecto, no pueden descubrirse intereses en las estructuras. En realidad los intereses, sin caer en una noción “psicológica”, solo pueden ser localizados en el

Según Rosa Luxemburgo, para resolver sus crisis, el capitalismo siempre ha tenido necesidad de un «exterior» no capitalista. Las regiones en las cuales se hacen escurrir las mercancías excedentes no deben ser capitalistas, para no sufrir a su vez crisis de sobreproducción y estar en condiciones de «amortiguar» las de los otros. Por todo ello, el sistema global necesita mantenerlas en un Estado no capitalista, es decir, impedirles que se desarrollen. Desde el punto de vista de la acumulación del capital en la escala mundial, el subdesarrollo de amplias regiones del mundo es, en este sentido, funcional.

Dentro de las políticas estadounidenses América Latina se convierte en su amortiguador, es allí donde transcurren los procesos de subdesarrollo, es en este territorio donde las relaciones de producción posibilitan y legitiman el ascenso del imperio soportado por las clases socio-económicas más bajas, (Wallerstein, 1979) plantea ¿en qué sentido toda la historia es la lucha de clases?; dicha concepción materializa las formaciones sociales partiendo del proceso dialéctico entre amo y esclavo, la lucha por el reconocimiento del uno sobre el otro se convierte en la lucha de clases que hacen que la sociedad sea real.²⁷

2.2 concepción ideológica implementada por el BM

Bajo esta concepción la privatización y conversión del derecho a la salud como mecanismo de mercado solventa la crisis de capital de los seguros privados en la apertura de nuevos mercados. En los años 80, el mercado de seguros de salud en Estados Unidos se encuentra completamente saturado y la apuesta de salvación es a una apertura del mercado de salud en Latinoamérica y Europa.

La descripción del sistema en su completitud de acuerdo con los cambios y modificaciones estructurales ocurridos a través de la historia; nos lleva a la comprensión de la totalidad partiendo de la institucionalidad en la cual se fundan los

campo propio de las prácticas y de las clases. (Poulantzas, 1969-1970) “*poder político y clases sociales en el estado capitalista*”.

²⁷La globalización significa que la organización de las sociedades sobre el principio del mercado y bajo el dominio del capital transnacional es hoy dominante a pesar de que haya activado nuevas alianzas políticas y una intensa lucha de las clases subalternas.

conceptos y los discursos que solventan el movimiento social. (Wallerstein, 1979) Propone describir sucesos particulares tan solo en la medida en la que iluminaran el sistema como ejemplos típicos de algún mecanismo, o en la medida en que fuesen puntos decisivos cruciales en algún cambio institucional de primer orden.

Con relación a este tipo de mecanismos contextualizar sistema de salud dentro del sistema mundo, supone un análisis teórico-estructural que permita la comprensión de las relaciones económicas que preconizan su discurso por encima de las relaciones sociales teniendo en cuenta el libre mercado como principal componente ideológico-estructural del sistema además de contar con el papel del Estado como ente puramente regulador de las relaciones de producción.

(Poulantzas, 1969-1970) Indicando la construcción teórica del tipo capitalista de Estado, resalta su papel de cohesión de la unidad de una formación, papel particularmente importante en la formación capitalista, realiza varias funciones: económica, ideológica, política. Esas funciones son modalidades del papel globalmente político del Estado.

A pesar de las diferencias de cada una de estas caracterizaciones del mundo contemporáneo, estas conceptualizaciones coinciden en señalar el carácter irresistible e irreversible de los intercambios económicos y culturales, la desaparición de la soberanía del Estado-nación y el predominio de las compañías multinacionales, entre otros aspectos; en síntesis, se trata de un proceso del ascenso de las relaciones multilaterales, de la «paz perpetua» en donde las antiguas divisiones norte-sur, o primero, segundo o tercer mundo han quedado superadas ante “la descentralización de la producción y la consolidación del mercado mundial, las divisiones internacionales y los flujos de trabajo y capital se han fracturado y multiplicado, (...)” (negri & hardt, 2000, p. 195).

El imperialismo en salud se consolida con el crecimiento potencial del neoliberalismo en el norte global con los gobiernos de Margaret Thatcher en

Inglaterra y Ronald Reagan en Estados Unidos. A partir de los organismos multilaterales se introdujo el pensamiento único en América Latina sobre la atención a la enfermedad, sustentado en la distinción de la economía neoclásica entre bienes públicos y bienes privados. (Alzate, 2014)²⁸.

Esta concepción economicista del mercado otorga bajo un presupuesto ontológico de la salud un componente ideológico en el cual las relaciones de poder entre organizaciones e industrias internacionales y el Estado generan una disímil sobre el concepto social de salud y el concepto economista de la salud en una eutética iatrogénica; con el fin de aclarar esta dicotomía; nos concentraremos en el modelo del sistema de salud sus orígenes y su evolución hasta la actualidad.

En la década de los años ochenta el Banco Mundial (BM) fue uno de los principales financiadores de los programas de salud en América Latina asumiendo el liderazgo en el impulso de las políticas sociales sin el acompañamiento o asesoría de otros organismos internacionales especializados en los temas de salud como Unicef, Unesco o la OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud, 2003, p. 288).

La estrategia estadounidense promueve con ayuda del BM; la fundación Rockefeller y la fundación Lancet **la CUS** (cobertura universal en salud), iniciativa que propone la apertura de seguros de salud a nivel global y la apertura de la participación del mercado privado en la prestación del servicio; en 1993 se publica el informe “**invertir en salud**” del BM en el cual se propone ver la salud como un mercado estable y muy efectivo en cuanto a reproducción de capital; su principal propuesta

²⁸Cesar Giraldo explica el enfoque neoclásico así: “el pensamiento económico neoclásico supone una sociedad compuesta por individuos egoístas racionales (maximizadores) ... que actúa con una racionalidad instrumental, es decir utiliza los diferentes medios para satisfacer sus necesidades. Cada individuo vale por su propio interés de manera que debe actuar en el contexto del mercado para lo cual deben existir reglas que permitan que las transacciones contractuales sean cumplidas. El sujeto social se lo concibe como la sumatoria de individuos racionales (que buscan maximizar su beneficio), que interactúan mediante contratos, y el bienestar en que se dan relaciones de intercambio en el mercado los individuos logran maximizar su satisfacción personal que es la vía para la maximización colectiva”. (c. Giraldo, 2013)

radica en disminuir la participación del Estado en la prestación del servicio y la incorporación de mercados privados. (Banco Mundial, 1993).

La reglamentación gubernamental puede fortalecer los mercados de seguros privados, mejorando los incentivos para ampliar la cobertura y controlar los costos. Incluso en el caso de los servicios clínicos financiados con fondos públicos, los gobiernos pueden fomentar la competencia y la participación del sector privado en la prestación de servicios, y ayudar a mejorar la eficiencia del sector privado mediante la generación y divulgación de información importante. Con esta combinación de elementos se pueden mejorar los resultados en materia de salud y contener los costos, aumentando al mismo tiempo el grado de satisfacción de los consumidores. (Banco Mundial, 1993).

La propuesta del BM en la cual la participación del mercado privado se anuncia como solución en la prestación del servicio y supone la satisfacción de los “**consumidores**”; manifestando un concepto que determina condiciones diferentes en la prestación del servicio, **ya no son usuarios o pacientes, son consumidores**, la realidad del sistema lejos de ser la idea propuesta por el BM lleva en las historias cotidianas vividas por los pacientes y sus familias un componente en el cual los niveles de satisfacción lejos de reflejar resultados positivos muestran un sistema ineficiente e ineficaz en el cual no tenemos un paciente o un usuario tenemos un “**consumidor**”, la odisea por la que deben pasar los usuarios para poder acceder a los servicios demuestra la inutilidad de las condiciones propuestas que aluden a una práctica en la que en lugar de promover espacios de igualdad, oportunidad y mejora de la condición humana, se promueve un espacio de mercado en el cual los derechos son relegados a la capacidad de consumo de los usuarios y el papel del Estado es invisibilizado en un sinnúmero de trámites institucionales y legales. (que si el derecho de petición, que si la tutela, que si el desacato #1 #2 #3 que si tengo que volver a poner otra tutela, que la defensoría del pueblo, que la

procuraduría, que la superintendencia de salud y nadie responde nadie dice nada (Jhon Jairo en su relato de vida), el Estado es un ente puramente silencioso.

En América Latina en países como Chile y Colombia se ha implementado la CUS con cambios en la legislación de seguridad social convirtiéndola en obligatoria, con la separación de regímenes y la creación de paquetes distintos; en México se añadió un seguro público voluntario con pago según el ingreso al seguro laboral obligatorio. (Laurell, 2014).

Este tipo de reformas tienen una fuerte connotación mercantil reduciendo los beneficios de los servicios prestados por el sector público, con la creación de regímenes distintos se limita el acceso de la población a las entidades de salud, causando una precarización y una relación desigual entre la oferta y la demanda que reduce y minimiza la atención afectando en mayor medida a pacientes que padecen enfermedades de alto costo.

Los pacientes que sufren enfermedades crónicas se convierten en las principales víctimas del sistema; (banco mundial, 1993) propone: ***“en los países de ingreso bajo cabría citar entre los servicios a excluir los siguientes: la cirugía cardíaca; el tratamiento (distinto del alivio del dolor) de los cánceres de pulmón, hígado y estómago, de alta letalidad; las quimioterapias costosas en casos de infección con el VIH, y los cuidados intensivos de los niños muy prematuros. Es difícil justificar el uso de fondos públicos para esos tratamientos médicos cuando al mismo tiempo hay servicios mucho más eficaces en función de los costos que benefician sobre todo a los pobres y están insuficientemente financiados”***.

Vulnerados, vistos como simples herramientas de mercado aquellos que atraviesan la última etapa de su vida ya sea por la edad, o por una enfermedad que no esperaban y que cambia por completo su rumbo se encuentran olvidados por el Estado, relegados al tratamiento mínimo y justificados en una política que obedece

a un modo de producción que, olvidado del ser humano, pone todas sus expectativas en la acumulación de capital.

Cabe entonces preguntarse ¿si la globalización y la apertura del mercado de la salud son la respuesta adecuada a la problemática social en salud?

*La nueva reforma cumplió con su papel como espacio de configuración ideológica, la privatización de la salud como se evidencia en el informe del BM se convierte en la arena de construcción de la salud como un insumo más del mercado; causando una antitética concepción del derecho a la vida y una normalización que hace de la prestación del servicio un espacio de entrecruzamientos entre la necesidad real y el suplicio de la necesidad; en un proceso de concatenación de hechos que vistos de manera aislada no tienen ninguna significación, pero que recobran sentido cuando se comprenden como un todo. **cursiva propia***

2.3 la mercantilización y la acumulación por desposesión en salud

2.3.1 la mercantilización de la salud.

Con el fin de relacionar el capitalismo y la salud como componentes de la formación social en la que nos encontramos, procuraremos entender partiendo de teorías marxistas sobre el mercado y la acumulación por desposesión o el atesoramiento, que se da con: “la apertura del sistema de salud como terreno de ganancias privadas, aplicando políticas tendientes a impulsar la competencia de mercado y la privatización de la prestación de los servicios y a expandir la administración privada de los fondos de salud, directamente por medio de los seguros privados o con la intermediación”. (Laurell, 2014)

El sistema de salud actual como relación de producción y desarrollo de fuerzas productivas materiales tiene su raigambre en la estructura económica de la

sociedad dado su carácter instrumentalista que reviste en el complejo social una indisociable relación entre la superestructura jurídico política y el modelo económico propuesto por el BM que se materializa en Colombia con la constitución de 1991 y la ley 100 de 1993. Además de una extensa jurisprudencia.

La apreciación de la salud como mecanismo de mercado tiene su eje en tres enfoques: (i) la prestación de servicios como actividad lucrativa; (ii) el aseguramiento como ámbito de ganancias del capital financiero; la realización del plus valor de productos de consumo final o tecnológicos; los contratos de asociación público-privada y la reproducción de la fuerza de trabajo. (Laurell, 2014).

Para cada mercancía se presenta el doble aspecto de valor de uso y de valor de cambio. la mercancía es, ante todo, como dicen los economistas ingleses, "una cosa cualquiera, necesaria, útil o agradable en la vida", objeto de necesidades humanas, un medio de subsistencia en el sentido más alto del término. el valor de uso es la base material sobre la cual se expresa de manera inmediata una relación económica determinada, el valor de cambio aparece ante todo como una relación cuantitativa, la proporción en que cambian unos por otros los valores de uso (Marx, 1989).

La salud adquiere su valor de uso por la necesidad de la sociedad en general para ser adquirido y la importancia que reviste en el correcto funcionamiento de la formación social debido a su categoría como “ **derecho fundamental e inalienable a todos los seres humanos**” ya que permite la evolución de las condiciones de existencia orgánica, social y cultural, a través del tratamiento, la promoción y prevención de la salud y reducción de la enfermedad; como valor de cambio se convierte en dinero cuando el servicio deja de ser prestado por el Estado y se delegan sus funciones a entidades privadas encaminadas a la acumulación de capital que asumen el servicio de acuerdo a la relación costo-beneficio en lugar de darle su valor como derecho, esta contraposición entre valor de uso y valor de cambio concreta la salud como mercancía.

(Gañan Echavarría, 2013) Defiende, como afirmación principal, la tesis de que la Protección del derecho a la salud es ineficaz por las restricciones que para su satisfacción derivan de la libertad económica, en su dimensión de libertad de empresa. Esto quiere decir que el derecho al pos, por tanto, el derecho a la salud de los afiliados y beneficiarios del régimen contributivo del SGSSS es ineficaz, debido a la prevalencia de la libertad de empresa sobre el derecho a la salud, en muchas de las colisiones que se presentan entre tales derechos.

Este tipo de enfoque que obedece a la política del neoliberalismo se ve reflejado en el funcionamiento estructural y asistencial del SGSSS que en el caso colombiano asegura sus ganancias con contribuciones de los usuarios de seguros de servicios de salud que se retiene a los trabajadores de acuerdo al salario devengado y contribuciones del Estado, en este sentido las EPS están facultadas por el Estado para realizar los cobros por afiliaciones de los cotizantes, todas estas contribuciones se reúnen en él , el cual las redistribuye a las EPS según la cantidad de afiliados que tienen en cada uno de los dos regímenes, contributivo o subsidiado. En el caso del subsidiado, los recursos del se suman a las transferencias fiscales de la nación a los municipios para completar la financiación de los servicios. (Guerrero, Gallego, Becerril Montekio, & Vasquez, 2011)

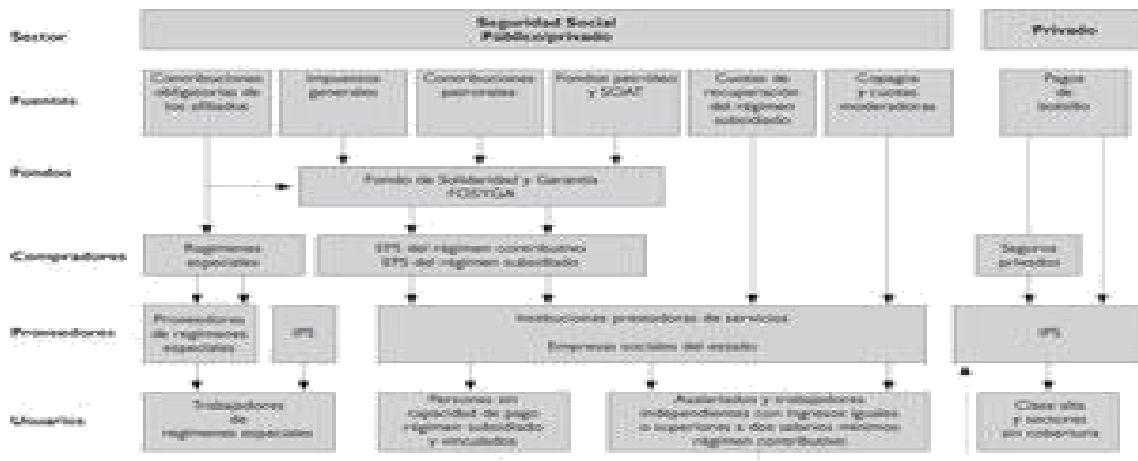
Él es la entidad responsable de cancelar a la EPS aquellos servicios que no están dentro del pos y a los cuales solo se puede acceder ejerciendo acciones populares y privadas como la tutela o el formato de mipres²⁹ para los medicamentos que se encuentren inscritos en el listado, es decir; los servicios tutelados son asumidos por él FOSYGA actualmente ADRESS, que además de cumplir con esta función, obtiene otros recursos provenientes del recaudo del Soat.

²⁹MIPRES: es el formato exigido por el ministerio de salud con el fin de acceder a medicamentos o insumos que no están dentro del POS; el proceso administrativo de éste toma alrededor de 10 o 15 días antes de ser autorizado por la EPS.

Bajo esta línea la salud ya tiene un valor de uso y un valor de cambio al ser comercializada por las EPS que adquieren un “compromiso” con el Estado de garantizar la prestación del servicio acudiendo a los principios de: eficiencia, universalidad, integridad, solidaridad, unidad y participación. (Colombia, 1993)

La contradicción del compromiso entre la relación de las EPS y el Estado se encuentra en la digresión que se hace evidente en la ineficiencia de las entidades y la baja y casi inhumana calidad de los servicios; las EPS permeabilizan las falencias de unas con otras, metafóricamente hablando, algo así como el parcheo eterno de un hueco en una vía que jamás tuvo intenciones de ser reparada y este modelo estructurado de engranajes institucionales marchan de la mano con los mecanismos jurisprudenciales, garantizando el desmesurado crecimiento de capital y a favor del capital.

El sistema de salud colombiano está compuesto por un amplio sector de seguridad social financiado con recursos públicos y un decreciente sector privado. Su eje central es el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS). La afiliación al sistema es obligatoria y se hace a través de las entidades promotoras de salud (EPS), públicas o privadas, que reciben las cotizaciones y, a través de las instituciones prestadoras de servicios (IPS), ofrecen el plan obligatorio de salud (pos) o el pos-s para los afiliados al régimen subsidiado (rs). El sector exclusivamente privado es utilizado por la clase alta y un sector de la población de ingresos medios que, por carecer de cobertura o en busca de mejores condiciones de acceso que ofrece el SGSSS, acude a la consulta privada. (Guerrero, Gallego, Becerril Montekio, & Vasquez, 2011)



SOAT: Seguro Compensado de Accidentes de Tránsito.
 Regímenes especiales: Fuerzas Armadas, Policía Nacional, Empresa Colombiana de Ferrocarriles, regímenes universitarios.
 EPS: entidades promotoras de salud.
 EPS: instituciones prestadoras de servicios.

El sistema de salud colombiano está compuesto por un amplio sector de seguridad social y un discreto sector exclusivamente privado. En el sector de la Seguridad Social se encuentran el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) con sus dos regímenes, el régimen contributivo (RC) y el régimen subsidiado (RS), el RC afilia a los trabajadores dependientes y pensionados y a los trabajadores independientes con ingresos iguales o superiores a un salario mínimo. El RS afilia a todas las personas sin capacidad de pago. En 2010 las coberturas fueron de 54,9% y 31,4% de la población total, respectivamente. Los Regímenes Especiales (RE) afilian a los trabajadores de las Fuerzas Armadas, la Policía Nacional, la Empresa Colombiana de Ferrocarriles (ECORFERRIL), el Magisterio y las universidades públicas. En 2010 sólo 4,3% de la población pertenecía fuera del sistema de seguridad social en salud. El RC opera con base en una cotización de sus afiliados. El RS opera con base en un subsidio otorgado del RC más otras fuentes fiscales procedentes de impuestos generales. La afiliación al SGSSS es obligatoria y se hace a través de las entidades promotoras de salud (EPS) públicas o privadas, que se encargan de ofrecer, como mínimo, el Plan Obligatorio de Salud (POS) o bien el POS-S para los afiliados al RS. Las EPS otorgan los fondos resultantes de las cotizaciones al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), el cual distribuye a las EPS el monto equivalente a la unidad de pago por regulación (UPR) ajustada por riesgo, de acuerdo con el número de afiliados que tengan. El pago depende en el RS en función (siempre) de su capacidad de pago y en el caso de UPRES. Los proveedores de atención son las instituciones prestadoras de servicios (IPS), que pueden estar o no integradas a las EPS, pero que en todo caso son contratadas por éstas. El sector exclusivamente privado de atención preponderantemente por la clase alta (país), son conocidos en algunas EPS, como seguros privados o acude a la consulta privada. Una porción de la población de ingresos medios, por intentar de cobertura o por no tener acceso oportuno al SGSSS, se ve obligada a acudir a la consulta privada haciendo pagos de bolsillo.

Ilustración 1

Fuente “sistema de salud en Colombia”. Ramiro guerrero, m en cⁱ; Ana Isabel gallego, si; Víctor becerril-montekio, lic en ec, m en socⁱⁱⁱ; johanna Vásquez, m sc.^{iv}

- ⁱcentro de estudios en protección social y economía de la salud, Colombia
- ⁱⁱcentro de investigación en economía y finanzas, universidad icesi, Colombia
- ⁱⁱⁱcentro de investigación en sistemas de salud, instituto nacional de salud pública, méxico
- ^{iv}centro de investigaciones económicas, Universidad de Antioquia, Colombia

(Poulantzas, 1969-1970) “nos guía sobre la línea de demarcación entre la relación del Estado con las clases dominantes y su relación con las clases dominadas, puede constituir un hilo conductor en el estudio de ese Estado. El Estado capitalista presenta de particular que el predominio propiamente político de clase no está presente en ninguna parte bajo la forma de una relación política clases dominantes-clases dominadas, en sus instituciones mismas.”

La política pública que materializa la salud como producto de mercado nos encamina y la participación del Estado que por medio del mecanismo jurídico que obedecen a la acumulación de capital, evidencia su función como regulador o mediador de las relaciones de mercado dando una legitimidad propia con el fin de engendrar relaciones de “poder” favoreciendo los intereses de la clase capitalista y supeditando la clase obrera al discurso institucional.

De acuerdo con el informe de la defensoría del pueblo, *la tutela y el derecho a la salud*⁹, del total de 884.271 acciones de tutela interpuestas en los años 2006, 2007 y 2008, el 39.2% fueron acciones en las que se invocó el derecho a la salud. Según el estudio, el 78.1% de dichas tutelas se instauró contra las entidades de aseguramiento del SGSSS que **administran el régimen contributivo y subsidiado**¹⁰, y, de tal porcentaje, **el 53.38% corresponde a negativas de los contenidos del POS**¹¹. En lo referente a temas específicos de solicitud, señala el estudio que el 66.9% de los tratamientos, el 74.8% de cirugías, el 77.7% de las solicitudes por procedimientos, el 48.2% de las prótesis y órtesis, el 76.7% de las citas médicas y el 62.6% de solicitudes de exámenes tutelados se encuentran en el POS. Así mismo, más del 76.5% de los medicamentos tutelados corresponde a medicamentos no incluidos en el POS.

Con este informe la defensoría del pueblo evidencia la incapacidad del modelo de economía mixta del sistema de salud para cumplir con las exigencias que reviste garantizar el **“derecho a la salud y la integridad física, psíquica y moral”** consagrado en el artículo 5 de la convención americana. (Aden, et al., 2012) ; favorecido por las políticas públicas el derecho a la salud continúa siendo uno de los derechos más vulnerados y por los que más se acude a la tutela como acción popular para acceder a la garantía del derecho. Es natural pensar entonces que el Estado social de derecho lejos de ser eso cumple con todos los requisitos para pertenecer al Estado capitalista que como se afirma anteriormente funciona como

ente puramente regulador y facilitador de las relaciones económicas de la clase dominante sobre la clase dominada.

No estamos en un Estado social de derecho, estamos en un Estado netamente capitalista.

2.4 acumulación por desposesión en salud.

A continuación, se relaciona la teoría marxista sobre atesoramiento y acumulación por desposesión con la estructura del sistema de salud y su establecimiento como oligopolio a nivel global; la aparición del complejo médico industrial y la CUS.

El oro en cuanto dinero se separó inicialmente del medio de circulación porque la Mercancía interrumpió el proceso de su propia metamorfosis y permaneció en el Estado de crisálida de oro. Esto es lo que ocurre cada vez que la venta no se transforma en compra. Así pues, el paso del oro en cuanto dinero a una existencia autónoma es ante todo la expresión palmaria del desdoblamiento del proceso de circulación, o de la metamorfosis de la mercancía, en dos actos separados que existen independientemente uno al lado del otro. La moneda misma se convierte en dinero tan pronto como se interrumpe su movimiento. En manos del vendedor que la recibe en pago de su mercancía es dinero y no moneda, pero, tan pronto como sale de sus manos, pasa a ser de nuevo moneda. (Marx, 1989)

El poseedor de mercancías puede retirar en forma de dinero de la circulación únicamente cuanto le da en forma de mercancía. Vender de continuo, lanzar incesantemente mercancías a la circulación, ésta es, por tanto, la primera condición de atesoramiento desde el punto de vista de la circulación de mercancías. Por otra parte, el dinero como medio de circulación desaparece constantemente en el proceso mismo de la circulación, realizándose sin cesar en valores de uso y disolviéndose en goces efímeros. Por esto es necesario arrancarlo de la corriente voraz de la circulación, o bien detener la mercancía en su primera metamorfosis, impidiendo al dinero cumplir su función de medio de compra. El poseedor de mercancías, ahora entregado al

atesoramiento, debe vender lo más posible y comprar lo menos posible, como enseñó ya el viejo catón: *patrem familias vendacem, non emacem esse* (Marx, 1989)

El proceso de acumulación por desposesión en salud tiene sus inicios cuando el BM otorgó en “**calidad de préstamo**” una gran cantidad de recursos con el fin implementar el nuevo sistema de salud premeditado desde antes en el informe sobre el desarrollo mundial “*invertir en salud, una agenda para la reforma*” en el cual como se explicaba anteriormente la apuesta era a abrir la participación de entidades privadas en la prestación del servicio; bajo esta dirección el BM invirtió en el mercado de la salud con el fin de implementar sus nuevas políticas económicas dentro de las cuales se destaca para esta investigación:

“los gobiernos tienen que facilitar mayor diversidad y competencia en el financiamiento y prestación de los servicios de salud. Si los gobiernos financiaran un conjunto de medidas de salud pública y servicios clínicos esenciales, el resto de los servicios de esta índole, se podría cubrir mediante financiamiento privado, por lo general por la vía de los seguros ya fueran privados o sociales. La reglamentación gubernamental puede fortalecer los mercados de seguros privados, mejorando los incentivos para ampliar la cobertura y controlar los costos. Incluso en el caso de los servicios clínicos financiados con fondos públicos, los gobiernos pueden fomentar la competencia y la participación del sector privado en la prestación de servicios, y ayudar a mejorar la eficiencia del sector privado mediante la generación y divulgación de información importante. Con esta combinación de elementos se puede mejorar los resultados en materia de salud y contener los costos, aumentando al mismo tiempo el grado de satisfacción de los consumidores” (Banco Mundial, 1993)

Cuando hablamos de invertir lógicamente estamos hablando de que el dinero que se pone en circulación deberá volver a su dueño con ganancias adicionales; ¿pero,

de donde salen esas ganancias?, para responder a esta pregunta propongo dar una mirada a la política del sistema de salud.

- la participación del mercado privado propuesta por el BM requiere de gran participación del Estado en los procesos de inversión de capital que se hace por medio del cobro de seguros a los trabajadores por parte de las EPS.
- el sistema de salud propone a parte de los dos regímenes el contributivo y el subsidiado, un portafolio de servicios pos y No POS, es decir unos que cubre la EPS (el pos) y otros que cubre el Estado (No POS).
- por último el recobro de los servicios No POS a ADRESS³⁰ lo que permitirá a la EPS aumentar considerablemente su capital.

Podemos observar de modo paraláctico³¹ la formación social, para nuestro caso

(i) lo económico, proveniente de la política económica del BM, (ii) lo político, la reforma de la constitución, la ley 100 de 1993 entre otras, (iii) lo ideológico, las instituciones que por medio de su discurso basado en la jurisprudencia producen subjetividad.

Según Hegel, la naturaleza y el espíritu son consecuencia de lo absoluto, la filosofía como ciencia de lo absoluto se divide en tres partes: 1) lógica que es la que concibe la idea en si misma, es el espíritu subjetivo (psicología, antropología, fenomenología) 2) Lo objetivo: pensamiento de la naturaleza (moral, el Derecho o el Estado). 3) Filosofía del espíritu: estudia el en sí y el para sí (arte, religión, filosofía) (HEGEL, 1807). Igualmente, entendemos que para su época el poder absoluto o la cosa en sí se hallaba representado en la formación social feudal, actualmente ese papel es detentado por lo económico.

³⁰ADRESS anteriormente el FOSYGA

³¹ Pero estos pensamientos simples de lo bueno y lo malo son, asimismo, pensamientos inmediatamente extrañados de sí; son reales y son en la conciencia real como momentos objetivos. Así, la primera esenciales el poder del Estado, la otra es la riqueza. El poder del Estado es, lo mismo que la sustancia simple, la obra universal, -la cosa absoluta misma en que se enuncia a los individuos su esencia y que en su singularidad sólo es, simplemente, conciencia de su universalidad (...)

Ya tenemos una formación social capitalista, ahora es importante aclarar como la prevalencia de lo económico en el sistema de salud, favorecido por la política pública facilita la acumulación de grandes cantidades de dinero que luego de un lapso de tiempo determinado en el mercado deberá aislarse; este dinero que se convirtió en mercancía y ahora en dinero ya no volverá a ser mercancía en el presente se encuentra convertido en dinero y muy lejos de volver a ser invertido en el sistema ahora hace parte del tesoro en manos de aquellos que alguna vez decidieron ponerlo en circulación con el fin de generar ganancias e intereses.

En este caso el BM y la fundación Rockefeller y Lancet empiezan a financiar los servicios de salud a nivel global; invierten la cantidad de dinero necesaria en calidad de préstamo a países subdesarrollados como Colombia quienes en una cantidad de tiempo determinada devolverán este con intereses; el atesoramiento se verá reflejado cuando del sistema salga la cantidad a devolver al BM más los intereses pues ha salido de circulación dinero producido por el mismo sistema y que no volverá a él jamás, causando el proceso de acumulación por desposesión. Se retira entonces una cantidad de dinero determinada de la circulación lo que provocará mayor empobrecimiento y menor calidad en la prestación del servicio; esto sumado a la corrupción observada desde los inicios del sistema hacen de este un proceso de olvido de la condición y la dignidad humana tanto de los profesionales de la salud como de los usuarios del sistema. (Abadía & Oviedo, itinerarios burocráticos del Sistema de Salud en Colombia. una herramienta teórico metodológica para evaluar los sistemas de salud basados en la atención gerenciada, 2009).p.p 5-2.

Aquí está el lado oscuro del informe del BM No hay que dejar que abusen de los servicios.

La estrategia implementada en el modelo económico de los servicios de salud refleja la acumulación por desposesión cuando se paga por el servicio por medio de los seguros además del capital que recibe del Estado, aquellos que pagan por el servicio están pagando por una mercancía por adelantado en el caso de los seguros de salud cuando uno de los usuarios se ve afectado por una enfermedad de “alto

costo” también se convierte en un insumo pues ahora su necesidad lo convierte en foco de atención o inversión, si hablamos de la cantidad de usuarios que padecen enfermedades de alto costo que pertenecen al sistema, debemos entender que cada usuario le cuesta al sistema x cantidad de dinero, dinero que el sistema le solicita al Estado cuando este asigna recursos de acuerdo a la cantidad de afiliados.

La EPS utiliza las bases de datos de los usuarios afiliados como herramienta de cobro al Estado por la prestación del servicio; así su mercancía para vender al Estado es el usuario; el Estado contrata en la EPS quien garantice el derecho a la salud de sus ciudadanos; la EPS recibió x cantidad de recursos que deberían ser suficientes para prestar el servicio, en contraposición a su deber la EPS al negar este por medio del itinerario burocrático está interrumpiendo la circulación del dinero, es decir, cuando la inversión hecha por el Estado no se convierte en mercancía la EPS está acumulando ese dinero en el proceso de negación en la prestación del servicio, obligación que asumió cuando hizo un contrato con el Estado, así se da la acumulación por desposesión en salud cuando el usuario es despojado de un derecho por el que pago incluso sumergiéndose en el proceso de circulación pero que nunca llegó a sus manos así el proceso m-d-m se queda solo en d-m-.

La EPS recibe el pago por los servicios prestados, es decir vendió su mercancía en este caso el usuario ya que el Estado paga a la EPS de acuerdo al número de usuarios afiliados. Pero cuando no se presta el servicio el proceso m-d-m se queda solo en m-d debido a que el dinero puesto en circulación por parte del Estado es recibido por la EPS, pero esta no lo pone de nuevo en circulación, de este modo el proceso de acumulación por desposesión se hace evidente.

La concepción del BM sobre la salud contiene un proceso de acumulación por desposesión legitimado así; el BM analiza *“los sistemas de salud y sus problemas”* partiendo de cuatro ejes:

Asignación equivocada de los recursos: se gastan fondos públicos en intervenciones de salud de escasa eficacia en función de los costos, como la cirugía en la mayoría de los casos de cáncer, al tiempo que sigue siendo insuficiente el financiamiento de otras medidas de importancia crítica y sumamente eficaces en función de los costos, como el tratamiento de la tuberculosis y las enfermedades de transmisión sexual (es). (Banco Mundial, 1993)

Con esta propuesta llegamos al punto nodal del que parte la acumulación por desposesión en pacientes con enfermedades de alto costo; se está asumiendo a este usuario como alguien que no tiene derecho al tratamiento adecuado de su enfermedad, cuando el BM resalta la escasa eficacia de las intervenciones en función de los costos; esta postura evidentemente mercantilista viola el “derecho fundamental a la salud y la integridad física, psíquica y moral” pues se está asumiendo al paciente en su relación costo beneficio más no en su condición como ser humano

ineficiencia: gran parte del dinero que se gasta en salud se despilfarra: se compran productos farmacéuticos de marcas registradas, en lugar de medicamentos genéricos, los auxiliares de salud están mal distribuidos y supervisados, y las camas de hospital están subutilizadas.

Esta concepción despoja del conocimiento a los profesionales de la salud que limitados por la lógica mercantilista deben olvidar lo que saben y formular aquello que este de acuerdo con la relación costo-beneficio propuesta por el BM; con esto se cuestiona la capacidad profesional y se subordina al personal a la autoridad impuesta por las EPS que se legitima en la política pública.

Explosión de los costos: en algunos países de ingreso mediano , los gastos en asistencia sanitaria aumentan con mucha más rapidez que los ingresos. el

número cada vez mayor de doctores en medicina general y especialistas, la disponibilidad de nuevas tecnologías médicas y la difusión de los seguros médicos que siguen el sistema de pago de honorarios por servicios prestados se combinan para generar una demanda creciente de análisis, procedimientos y tratamientos costosos.

El BM acude a disminuir la educación de los profesionales de la salud, pues con un personal mejor capacitado los costos de los servicios aumentarían pues estos tendrían una visión más amplia del proceso de salud-enfermedad-recuperación/tratamiento, poniendo en jaque al sistema y su modelo económico.

El informe del BM se hace énfasis en la adopción de políticas de crecimiento económico que beneficien a los pobres **(incluidas, en los casos necesarios las políticas que preserven gastos de salud eficaces en función de los costos)**.
(banco mundial, 1993)

El proyecto neoliberal en el cual la apertura del mercado de servicios públicos al terreno privado se abona con políticas en las que el Estado se representa en una ausencia constante de las instituciones que lo operan pero con presencia en cuanto a la inyección de recursos y la vigilancia y control de dichas entidades se refleja así: el mercado privado de seguros de salud supera en cantidad a las entidades públicas que prestan los mismos servicios; según (Guerrero, Gallego, Becerril Montekio, & Vasquez, 2011) en 2010 había un total de 46 358 prestadores de servicios de salud según el EPSs.¹⁶ de éstos, 10 390 eran IPS (9 277 privadas y 1113 públicas), 34 933 eran profesionales independientes, 341 eran de transporte especial (ambulancias) y 694 tenían un objeto social diferente. Se aclara entonces la descollante participación del sector privado en la prestación del servicio.

Esta condición reviste gran importancia debido al flujo de recursos otorgados por el Estado a las entidades privadas que a final de cuentas terminan con una ineficiente

prestación del servicio; el 39.6% del gasto total en salud correspondió al gasto público y 44.5% al gasto en seguridad social en salud del régimen contributivo. El 15.9% restante corresponde al gasto privado que incluye el gasto de bolsillo (7.5% del gasto total en salud), los seguros privados y la medicina prepagada.

Por otro lado, es importante resaltar que en el periodo 1996-2003 el porcentaje del gasto total en salud dedicado a atención en salud fue de 66.2%, mientras que 17.0% correspondió a gastos administrativos, 8.0% a inversión y 8.8% fue dedicado a otros usos. De acuerdo con datos de la organización mundial de la salud, en 2008 el gasto total en salud en Colombia representó 5.9% del pub. (Guerrero, Gallego, Becerril Montekio, & Vasquez, 2011) ver. informe OMS gasto total en salud en Colombia).

La propuesta del BM en el informe invertir se implementa en Colombia con “**el régimen solidario**”; este modelo económico se construye a través de él **régimen contributivo** y **el régimen subsidiado**” ambos funcionan con recursos provenientes del pago de los usuarios por los seguros de salud y el SOAT además de los impuestos a los licores y los juegos de azar en el país. Es decir que este modelo económico es un modelo “autónomo” que sobrevive con recursos mixtos provenientes del Estado y de entidades privadas.

Debido a la descentralización de los servicios, a la política pública del pos y el No POS, la aceptación en la demora para la prestación del servicio por parte de la entidad, ligada intrínsecamente a la normalización de la ineficacia por medio de los itinerarios burocráticos, posibilita la acumulación por desposesión en salud, evidente en las historias de vida cotidianas, en las consecuencias de la práctica del sistema como mecanismo de mercado olvidado por completo de la condición humana de quienes lo requieren.

La salud que en otras épocas y otras formaciones sociales se trató como una cuestión humanitaria-social y espiritual promovida por la iglesia y el Estado como una obra de caridad se ve convertida en un producto de mercado en el cual los

intereses económicos de elites transnacionales dejan reposar sus recursos por unos años mientras estos crecen en el mercado del trabajo y el hambre, para después ser retirados con sus respectivos intereses de la circulación para el pago de la deuda externa a Estados Unidos.

Asumir una postura crítica requiere del análisis minucioso de la cantidad de recursos que reciben los prestadores de salud para su subsistencia y prestación adecuada del servicio pero que su cristalización lejos de mostrar efectividad hacia los usuarios, refleja una creciente y desmesurada acumulación de capital como lo refleja la postulación de que la rentabilidad de las EPS es más alta que la de la banca.

En el ámbito de la acumulación el proyecto neoliberal aspira a abrir plenamente un terreno de ganancias privadas. Se aplican así políticas tendientes a impulsar la competencia de mercado y la privatización de la prestación de los servicios y a expandir la administración privada de los fondos de salud, directamente por medio de los seguros privados o con la intermediación privada en el manejo de los fondos públicos. (Laurell, 2014) (Banco Mundial, 1993)

Para ello los gobiernos han usado el poder estatal para destruir las instituciones públicas en su propósito de mercantilizar los servicios de salud y trasladar la administración de su financiamiento a entes autónomos, públicos y/o privados. Esta vertiente de acumulación es la más novedosa en el proyecto neoliberal en cuanto introduce como un actor central al capital financiero e impulsa la gran empresa médica. (Laurell, 2014).

Con esta política se desgasta el tejido público en varias dimensiones. Lo más visible es su deterioro físico por falta de mantenimiento de todo tipo y de sustitución de equipo junto con el desabasto de insumos médicos y medicamentos. Sobreviene además la desmoralización institucional causado por la desvalorización del trabajo – disminución salarial, su creciente reglamentación con medición cuantitativa del desempeño, creciente imposibilidad de una práctica profesional estimulante, etcétera– y la creciente brecha entre los prósperos gerentes y el empobrecido

personal de salud. A ello se añade, en no pocos casos, prácticas corruptas en la cúspide que se filtran en todo el espacio institucional. (Laurell, 2014)

A las formas de acumulación de capital, así como la acumulación por desposesión le es inherente la violencia³², que para Marx no se reducen en expresión de una supuesta mala voluntad de un determinado individuo, o un determinado déficit moral por parte de algunos capitalistas desenfrenados. La violencia está implícita en las condiciones objetivas del capitalismo como modo de producción de forma independiente a la buena o mala voluntad del capitalista. El capitalista puede respetar todas las garantías laborales definidas por el Estado hasta puede llegar a ser un patrón que trate a sus trabajadores con “dignidad”. Sin embargo, al tener la propiedad privada sobre los medios de producción, el capitalista aumenta su riqueza, mientras que el trabajador dependerá de la venta de su fuerza de trabajo como mercancía, que de forma objetiva se nos presenta como un ejercicio de fuerza y violencia (S.C Pérez, 2013,pp 4-6)

La violencia del sistema de salud educida por el capitalismo neoliberal en un proceso de defenestración de los usuarios y sus familiares se hace evidente en los pasillos de los hospitales, en las largas filas para la consecución de insumos y medicamentos, en los muertos en las salas de urgencias, afuera de los hospitales o en sus casas esperando la prestación de un servicio, en este eclecticismo el sistema de salud promueve y legitima prácticas inhumanas que culminan con un efecto de caos tanto en el usuario como en su entorno relacional más cercano.

El papel del Estado en su apodíctica ausencia cuando se trata de profesar su función como ente regulador, argumenta la ineficacia del sistema con un discurso anfibológico que aduce que las EPS e IPS no disponen de bases de datos que

³²Existe otro tipo de violencia y es esa que está en todos lados, parece omnipresente. Con frecuencia es tolerada casi inadvertidamente, postura asumida generalmente por los que detentan el poder y por los que carecen de juicio crítico, en otras ocasiones es aceptada como algo tan natural que nos asusta por sus implicaciones. Este tipo de violencia suele ser llamada violencia estructural... (I., García , & PHD, 2015)

permitan clarificar la calidad de la prestación del servicio, por lo tanto, la efectiva vigilancia y control resulta obstaculizada debido a problemas técnico-administrativos.

El discurso legitimador de las instituciones normaliza estos tipos de violencia por medio del lenguaje de la negación, en el cual el usuario se ve estancado en un ir y venir de un lado a otro esperando una respuesta positiva a su necesidad, sin saber a quién acudir o cómo hacerlo se encuentra sumido en la desesperación, en el proceso de espera de respuestas negativas y hasta de humillaciones el usuario y su familia se encuentran en una condición de completa indefensión; y el Estado invisibilizado por la descentralización de las instituciones no tiene ni siquiera acceso a la información real sobre su rol como vigilante y regulador del sistema, faltando de este modo a sus tareas como institución obligada a garantizar el goce efectivo de los derechos a todos los ciudadanos del territorio colombiano.

Faltando a su principio de humanidad, el Estado muestra su cara más cruel en el silencio de las instituciones a su cargo, en las largas esperas afuera de los tribunales por una respuesta que pese a ser positiva o negativa ya tiene inherente la vulneración del derecho a un ciudadano, puesto que la dilación en la respuesta, la demora en el ejercicio de los trámites administrativos pertinentes tienen que encontrarse con la negación de la EPS, que, escudada en las razones en ocasiones más ilógicas e incoherentes, que la IPS, que la EPS, que el usuario, que le falta un punto, un cero, una coma, que no le toca hoy sino mañana, que no hay sistema, que la persona encargada no está, entre muchas otras son las respuestas que en la gran mayoría de ocasiones son utilizadas por los funcionarios del sistema para negar un servicio.

Mientras las EPS crecen en dinero las demandas tutelares en cuanto a la prestación del servicio aumentan a diario. Para el año 2015 el documento, de la serie 'la tutela y el derecho a la salud', compila los datos del año pasado y da cuenta de que en ese periodo se interpusieron en el país 151.213 peticiones ante los tribunales por

este concepto. **En total se presentaron 614.520 acciones, una cada 51 segundo. Las tutelas correspondientes a violaciones al derecho de salud representaron el 24 por ciento, unos cada tres minutos y medio, algo así como 411 cada día del 2015.** Ese número confirma una tendencia de crecimiento de las tutelas de salud que los colombianos deben presentar cada año para garantizar sus derechos en el sistema. En el 2014, se registraron 118.281, y en el 2013, 115.147, según ediciones anteriores del informe.

La mayoría de estas son por las barreras de acceso. El 64 por ciento de las tutelas presentadas reclamaban derecho a servicios contemplados en el plan obligatorio de salud (pos), un fenómeno que -llama la atención la defensoría del pueblo- sigue sin resolverse, principalmente, por parte de las entidades promotoras de salud (EPS). Las barreras de acceso que ponen las EPS son mayores, dice el organismo, cuando se trata de diagnósticos por enfermedades crónicas y de alto costo como de salud mental, hipertensión arterial y cáncer. (Mejía, 2008)

tenemos entonces “el usuario despojado de su derecho a la salud por falta de una atención oportuna; y en este proceso de desposesión se ve obligado a dirigir los ingresos económicos tanto suyos como de su familia a invertir en medicamentos y procedimientos costosos que deberían ser prestados por su EPS (esta situación solo se da cuando es posible), en este laberinto de funciones, empieza a perder su capacidad adquisitiva, ya no tiene lo que antes tenía, ya No posee, ya no es, ha sido despojado de su existencia, de sus derechos en el afán de salvar su propia vida”.

Cursiva propia

Esta situación que legitimada en la política pública vulnera el derecho en su iusfundamentalidad, le quita su carácter cuando el usuario obligado a esperar pierde su vida, o en casos menos graves uno de sus órganos vitales.

violencia sin armas de fuego, violencia sin guerra, violencia legal favorecida por las políticas del Estado que otorgan a la clase dominante en su proceso de acumulación de capital el poder para ejercerla y olvidados del ser humano que requiere servicios, del ser humano que requiere ayuda concentran todos los esfuerzos en la relación costo-beneficio de la atención.

No es procurar el cambio del papel del Estado el camino a seguir más bien va ligado a la exigencia del cumplimiento de ese papel; ese papel protector otorgado por sus ciudadanos desde el contrato social.

El campo de la salud se apropia del conocimiento de los profesionales, los despoja y los convierte en máquinas de producción, haciéndolos olvidar de su rol humano, de su rol como máximo colaborador en la recuperación y acompañamiento en el proceso de salud enfermedad, que podría fomentar en ellos un proceso de identidad ligado a su profesión y un ejercicio más humano de esta.

Es claro entonces como, se da la enajenación del capital de trabajo y la realización del plus valor en el sistema de salud, por medio de los cobros exagerados y el empobrecimiento del personal de salud que deberá trabajar hasta tres y cuatro veces más para poder suplir sus necesidades de una vida digna, esto sin contar que deberá atender a los usuarios en tiempo record para poder satisfacer la demanda del sistema y en ese proceso va perdiendo su vocación humana para convertirse en un sujeto más, inmerso en el sistema de la acumulación de capital.

Si, la reproducción de la vida material condiciona todo el proceso de la vida social política y espiritual como afirma Marx, la salud deja de ser un derecho y convertida en mercancía; demuestra como el modo de producción capitalista relega sus condiciones a todos los que se desarrollan en él, la vida y el conocimiento pierden sentido y la ambición de capital modifica la motivación de todos los que en él se desenvuelven, profesionales, usuarios, gerentes y las EPS que en su cúspide juegan con las emociones de aquellos que están en la parte más baja de la pirámide y son los mayormente afectados por este proceso de acumulación.

Según Marx, la acumulación originaria no ha sido el momento idílico, como ha sido descrito por la economía política burguesa, sino que por el contrario, dicho proceso se ha llevado a cabo a través de la violencia: la conquista, la esclavización, el robo y el asesinato (Marx, 1974 [1867], p. 607) la acumulación originaria que describió Marx remite al proceso histórico de formación de las condiciones esenciales para el establecimiento del modo de producción capitalista, *“la historia del pecado original económico. Según Marx: “la llamada acumulación originaria no es, pues, más que el proceso histórico de disociación entre el productor y los medios de producción”* (Marx, 1974 [1867], p. 608).

La violencia que por siglos ha servido como mecanismo coercitivo y funcionando al servicio del poder se hace evidente en el sistema de salud, en el cual sin necesidad de ejercer actos delictivos visibles, la política pública evidenciada en el itinerario burocrático normaliza y legitima el proceso de acumulación de la empresa medica que en otra de sus vertientes se focaliza en la negación de la prestación del servicio; este tipo de acciones lleva en su cauce el retroceso en la calidad de vida del paciente de alto costo, pues este tiene que verse sometido a largas esperas para poder acceder a uno u otro medicamento o procedimiento y en este proceso el derecho a la salud y la integridad física y moral se ve violentado significativamente hasta llegar a serias complicaciones y en ocasiones hasta la muerte.

Este tipo de violencia que no se ve como en las guerras por medio de bombas y muertos regados a diestra y siniestra, se manifiesta en este sistema con largas esperas para acceder a la atención, citas inalcanzables con especialidades que no se dan abasto para complacer la demanda, negación de autorizaciones para reclamar insumos y medicamentos, además de las objeciones puestas en las entidades de salud para poder acceder a los servicios. Esta situación que, silenciada en las instituciones de salud, promoviendo prácticas poco éticas e inhumanas que atentan contra la dignidad del usuario y su familia.

La evidencia de dicha afirmación la encontramos con los muertos en las salas de urgencias o en sus casas esperando por la atención o el medicamento que

requerían para sobrevivir, en aquellas personas que vieron el significativo avance de su enfermedad o la de su familiar esperando la autorización de la EPS o la accesibilidad al medicamento por el desabastecimiento de las droguerías, en aquellos que murieron esperando un trasplante de algún órgano que no se podía hacer porque aunque tuvieran el donante la EPS no autorizaba, no consignaba o simplemente el usuario iba de aquí para allá y de allá para acá intentando cumplir con los requisitos que la EPS exigía para poder autorizar.

Los efectos destructivos del sistema no afectan solo al paciente de alto costo sino también a sus familiares quienes se ven obligados a diario a ejercer acciones legales para poder acceder a los servicios, además de modificar por completo la dinámica familiar, el vivir a diario la negación ante una necesidad tan apremiante como la salud genera pensamientos y sentimientos respecto tanto al sistema como a su vida cotidiana en la cual han transcurrido tantos sucesos que su calidad de vida no es ni volverá a ser la misma que en un pasado pudieron solventar.

La familia al ver su familiar indefenso ante un sistema poco equitativo e ineficaz se ve obligada a destinar recursos que en otras ocasiones debieron haber servido para suplir otro tipo de necesidades.

En este distanciamiento entre la empresa-los profesionales de la salud y los usuarios la acumulación originaria se hace más que evidente; el dueño de los medios de producción en este caso la industria médica se posiciona gracias a la política económica de la salud que establece las condiciones necesarias para la acumulación de capital por medio como se mencionó anteriormente de prácticas inhumanas que en muchos casos llevan a la muerte del usuario.

La cristalización de la acumulación por desposesión en salud resalta en el análisis de las EPS como una de las empresas con mayor crecimiento a nivel económico como lo afirma el informe de la revista dinero (conseguir la cita) informe que lejos de mostrar la verdadera realidad del sistema muestra su eficacia en cuanto al crecimiento económico desmesurado.

Capítulo 3.

3.1 Marco jurisprudencial

El nuevo constitucionalismo repleto con “frases de cajón”, en su afán de escudarse en los pilares económicos de la democracia, termina favoreciendo a los intereses capitalistas, pues la norma reúne todas las funciones acreditadas al Estado en una arquitectura institucional descentralizada y jurídicamente respaldada bajo el control y la vigilancia de viejas y nuevas instituciones que funcionan bajo el pretexto de la defensa del pueblo.

estas frases de carácter progresista, para la época, postulan una estrategia jurídico-social visionaria, constitucionalmente hablando, pero que desde otra perspectiva pareciera existir un conflicto de intereses para disponer de la carta magna y favorecer políticas económicas llevadas a cargo bajo la complicidad de casi todos los gobiernos latino americanos y en especial el caso colombiano, que ha nuestro parecer nunca ha presentado una verdadera y legitima resistencia social-nacional y por el contrario, han dado luz verde al desmedido ingreso de empresa y mercado extranjero.

Más allá de dejar en un rincón del olvido el tema económico para adentrarnos en lo que nos compete; el derecho positivo de manera directa o indirecta, está permitiendo que la acumulación por desposesión avance a pasos agigantados, respaldado claro, por el marco constitucional, bajo los preceptos del “desarrollo económico y superación del subdesarrollo”

Que no es más que una ideología mercantilista disfrazada.

Como ya dijimos, el texto positivo del 91 hace énfasis en la justicia social, lo que debería encaminar al Estado a combatir la in-armonización en los habitantes del territorio que le conforman, pero lastimosamente se generan acciones y omisiones de sus instituciones descentralizadas encargadas de crear, modificar y sancionar decretos, artículos y demás normas como, por ejemplo; el de la salud en conexidad con la vida y otros derechos fundamentales. Ya que este derecho ni siquiera fue

incluido como de carácter fundamental, es en los periodos de la corte constitucional de la década de los noventa la que acudió a términos revolucionarios como el de la conexidad para subsanar un derecho tan primordial y necesario como el de la salud.

Siguiendo a (Mora, 2014) una sentencia a destacar de este periodo es la decisión t-406/92 en donde la corte constitucional protegió el derecho a la salubridad pública. En dicha oportunidad el peticionario solicitaba al juez constitucional la terminación de las obras del alcantarillado inconclusas por las empresas públicas de Cartagena. La corte consideró que el saneamiento público y la salud pueden ser derechos fundamentales por su conexidad con principios esenciales dentro de un Estado social de derecho tales como la vida y la dignidad humana. A partir de esta decisión, la corte fijó una doctrina que va tener un peso importante en la concepción de la salud como un derecho conexo con un derecho fundamental y por lo tanto, amparable por la vía de la acción de tutela.

La doctrina de la conexidad de la salud con derechos como la vida, la dignidad humana, la integridad física y personal, entre otras libertades, surge ante la barrera que imponía la concepción del mecanismo judicial de la acción de tutela para la protección de un derecho social como el de la salud. De acuerdo con la constitución y la interpretación sobre el artículo 86, la acción de tutela se circunscribe a la protección de los derechos de aplicación inmediata. El artículo 85 enumera taxativamente el conjunto de derechos que son considerados de aplicación inmediata, por lo que son susceptibles de ser amparados por la vía de la acción de tutela, en donde se excluyen los derechos sociales, entre ellos la salud. No obstante, la corte rechaza esta interpretación, desarrollando el concepto de la conexidad, que permitió el inicio de la solicitud de protección del derecho a la salud a través de la acción de tutela.

Del conjunto de decisiones de la primera corte se destaca la sentencia t-505/92. En esta sentencia la corte constitucional se ocupó de analizar un caso difícil que

tensionaba una concepción de la salud como mercancía, en donde se demandaba una protección gratuita del derecho a la salud. El caso concreto era una persona diagnosticada con sida que solicitó atención en el hospital universitario del valle "Evaristo García" en la ciudad de Cali, en donde le exigieron el pago para acceder a los tratamientos para su atención. Acudió a otras instituciones hospitalarias recibiendo la misma respuesta. El accionante de la tutela manifestó ser objeto de discriminaciones por su enfermedad, incluso fue rechazado por su familia en la ciudad de Pereira, donde recibió su diagnóstico y atención sin tener que pagar por los servicios de salud.

En la primera instancia, el tribunal contencioso administrativo del valle negó la procedencia de la acción de tutela por no encontrar una vulneración del derecho a la igualdad, dado que el ciudadano pretendía tener un privilegio al reclamar atención gratuita en salud. La decisión fue impugnada. La segunda instancia fue conocida por la sala plena del contencioso administrativo, que revocó la decisión del juez de primera instancia y en su lugar concedió el amparo solicitado.

El análisis del consejo de Estado en esa oportunidad fue realizar una interpretación del texto constitucional a la luz de los tratados internacionales de derechos humanos en especial de dos instrumentos, el pacto de san José de costa rica y el protocolo de san salvador. Para el máximo tribunal de lo contencioso la orientación de estos instrumentos fue darle a los derechos económicos, sociales y culturales el carácter de fundamentales, que no son escindibles en categorías, sino que también hacen parte de la dignidad de la persona humana. Por lo tanto, estos derechos exigen su promoción y protección permanentes, según el alto tribunal: "sin que jamás pueda justificarse la violación de unos en aras de la realización de otros". Frente a la petición concreta del accionante, el consejo de Estado encontró que la omisión del hospital ponía en riesgo la vida, por lo que era procedente la solicitud, "quien por su condición económica se encuentra en circunstancias de debilidad manifiesta (art. 13 in fine)".

En sede de revisión la corte constitucional ratificó la importante decisión del consejo de Estado de amparar los derechos fundamentales del señor diego sierra que dan cuenta de la interpretación progresista de los jueces constitucionales. En su sentencia la corte constitucional desarrolló una línea argumentativa sobre la justicia distributiva que va a marcar una ruta de interpretación que luego fue profundizada para ir acotando el alcance del derecho a la salud. (Mora, 2014)

Creemos que, si el Estado no direcciona el rumbo de los derechos fundamentales, este no pasa de ser un simple espectador ante la emergencia del nuevo constitucionalismo de carácter solo aspiracional en lo social.

El presidente Gaviria, en su misión de introducir la nueva constitución de 1991 dijo en su discurso:

“(...) es indispensable distinguir entre aquellos derechos que van a poder ser aplicados directamente sin necesidad de desarrollo legal y aquellos que requieren para su aplicación de una ley previa que señale su alcance y sus limitaciones. De lo contrario, ahogáramos el recurso de amparo o tutela con una sobrecargada de derechos. o simplemente colocaríamos a los jueces en situaciones inmanejables cuando personas acudan a sus despachos a pedirles vivienda digna salud básica, trabajo, remuneración justa, higiene en la fábrica, formación profesional o, incluso, que ordene que dejen de circular todos los carros que contaminan el ambiente (Mora, 2014)

En este sentido su propuesta planteó que los derechos económicos, sociales y culturales dependan de un desarrollo legislativo que defina sus alcances y contenidos. En cambio, para las libertades y los derechos civiles se adopten el criterio de aplicación inmediata, que no demanda un desarrollo regulativo para su protección. Criterio que finalmente fue acogido en el texto de la constitución. (Mora, 2014) .

3.1.2 Deconstrucción del artículo 1 de la CPC competente al Trabajo Social.

Para penetrar más a fondo sobre el capítulo de los principios y sus acapices siguientes: título preliminar. Sistema de seguridad social integral. Capítulo principios generales. Capítulo ii.sistema de seguridad social integral libro sistema general de pensiones título indisposiciones generales capítulo objeto y características del sistema general de pensiones; podemos referenciarlos por la idea que nos da la constitución, en el problema que nos compete como estudiantes de Trabajo Social sobre el lenguaje jurídico que se le da al art. 1 de la constitución política de Colombia bajo la visualización de (Moreno, 1996)

De acuerdo con el **art .1 cpc**. “Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de republica unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general”.

Desestructurar los principios fundamentales de la constitución de 1991. En su art. 1 desde la perspectiva de (Reyes, .1991.) Citado por (Moreno, 1996)³³ : **(i)** el Estado, es la sociedad política, jurídicamente organizada y con la autoridad suficiente para imponer un orden jurídico dentro de su propio territorio y para hacer respetar su personalidad ante el concierto internacional. **(ii)** social de derecho: esta noción surgió como reacción a la desigualdad creada en las relaciones del siglo xix favorecidas por el principio del laissez faire, laissez passer (dejar hacer, dejar pasar). Para contrarrestarlo el intervencionismo del siglo xx dotó al Estado de instrumentos para orientar la economía hacia el logro de fines sociales y con ello garantizar el bienestar general y la justicia social. Los derechos sociales,

³³ Abogado y Sociólogo de la universidad nacional, especializado en Administración Publica en Francia y Brasil. Consultor de la ESAP, profesor de las Universidades Externado de Colombia entre otros...

económicos y culturales son expresión y consecuencia concreta de este precepto, así pues, esta concepción del Estado tiene una preocupación general sobre la problemática social, y otra en particular por corregir los desequilibrios de la población. Nuestra corte constitucional ha precisado de la siguiente manera esa idea: “Colombia es un Estado social de derecho, según el artículo 1 de la carta. Esta definición implica que Colombia no solo es un Estado de derecho, como el Estado liberal clásico, sino que es además un Estado social. Luego ontológicamente se le atribuyen dos calidades esenciales al Estado colombiano; la sujeción formal al derecho y una sujeción material del derecho a unos contenidos sustanciales. El primer elemento es relativo a la validez el segundo a la justicia.

Anota la doctrina que el concepto de Estado social de derecho se integra con tres componentes a interacción recíproca:

- un objetivo social del Estado
- la concepción democrática del poder
- la sumisión de ambos términos a la disciplina del derecho. (Caballero).

unitario: la noción de Estado unitario se entiende por contraposición al Estado federal y es la modalidad de organización según la cual, las principales decisiones políticas y administrativas son absorbida por los poderes centrales, sustrayendo por lo tanto de aquellas a las comunidades regionales o locales. El poder de decisión de la nación se radica predominantemente en el gobierno central cuya sede es la capital del país.

Pero el hecho de que Colombia sea una república unitaria, ósea que no es federal, no quiere decir que no se pueda otorgar un margen muy importante de decisiones a las comunidades locales que lo integran. Por eso la carta reconoce la autonomía de sus entidades territoriales, tales como los departamentos, los distritos, los municipios, las provincias y las *regiones* conforme a la constitución y la ley.

Descentralización: ha dicho la corte, “es la transferencia de una parte de la actividad estatal a una entidad de determinadas características creada o autorizada por la ley, para cumplir una finalidad de interés general” (Unidas). Los estudios del derecho administrativo distinguen tres clases de descentralización: la descentralización territorial, la descentralización por servicios y la descentralización por colaboración.

Descentralización territorial: se consagra en el art. 286 de nuestra constitución que dice: “son entidades territoriales los departamentos, los distritos, los municipios y los territorios indígenas. La ley podrá darles el carácter de entidades territoriales a las regiones y provincias que se constituyan en los términos de la constitución y de la ley”.

Esta forma consiste en el otorgamiento de competencias o funciones administrativas a las colectividades regionales o locales, para que las ejerzan en su propio nombre y bajo su propia responsabilidad (Rodríguez, 1981). Esta descentralización fue sin duda la que más ocupó al constituyente de 1991. Esas colectividades regionales en Colombia son los departamentos, los distritos, los municipios, los territorios indígenas, las regiones y las provincias.

Democrático y participativo; el art. 1 de la constitución preceptúa que Colombia tiene un Estado democrático. La democracia se define como el gobierno del pueblo, el cual escoge por sufragio sus representantes. Esta noción (elección popular) es la base de la democracia representativa. Pero la nueva carta persigue una democracia no solo representativa sino también participativa. Se denomina democracia participativa aquella que otorga a los ciudadanos espacios suficientes para que ejerzan influjo permanente en las decisiones públicas. Mientras que el art. 2 de la CPC establece dentro de los fines del Estado el facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan en la vida económica, política, administrativa y cultural de la nación.

Pluralista: (Moreno, 1996) un régimen pluralista es el que admite la coexistencia de distintos grupos, intereses y marcos ideológicos para interpretar la sociedad.

- participación en la prestación y control de los servicios públicos (c: n art.369)

3.2 el (pos) neoliberalismo y la constitución política de 1991

La constitución política de 1991 tiene un papel central en el derecho útil al capital y su relación con la estrategia (pos) neoliberal, en tanto que su introducción y profundización va a estar legitimada a través de la retórica de la democracia participativa y la búsqueda de la paz, a través del mercado y la mercantilización de los servicios públicos como la salud. (Alzate Mora, 2014)

Siguiendo los análisis críticos sobre el cambio constitucional (á. j. estrada, 2004, 2005, 2010a; j. estrada, 2008; Jiménez, 2008; mejía, 2002; Moncayo, 1990, 2002, 2004), dicha modificación dio legitimidad a la avanzada (pos) neoliberal tras las figuras progresistas de la ampliación de la democracia participativa, la definición del Estado como social de derecho, y los derechos humanos. sin embargo, los elementos centrales para la reestructuración del capitalismo quedaron intactos, y a través de la “ambigüedad calculada” (g. m. calvo, 2005a, pp. 249-259), la ductilidad de las formas constitucionales (Zagrebelsky, 1999, pp. 14-15) y la flexibilidad de enunciados del texto constitucional, tales como: “economía de mercado”; “libertad de empresa”; “eficiencia”, entre otros, se ha permitido una interpretación y aplicación del texto constitucional según los mandatos del derecho útil al capital.

Existe un consenso por parte de la dogmática del derecho constitucional de valorar la constitución de 1991 en general como parte del «neo constitucionalismo» (g. c. rodríguez, 2008, 2012) o «constitucionalismo aspiracional» (García Villegas, 2013). En especial la cláusula del Estado social de derecho se ha interpretado como un principio que irradia todo el texto constitucional en tanto que orienta la actividad del Estado y que implica un compromiso fuerte con la justicia social, la libertad y las políticas sociales dirigidas a la reducción de la brecha entre ricos y pobres, mejoramiento de la calidad de vida, y la dignidad humana (Arango, 2004; e. m. j. cepeda, 2007c; m. l. e. Pérez, Uprimny Yepes, & rodríguez, 2007).

Contrario a este consenso, proponemos argumentar que el cambio constitucional en Colombia y la fórmula del Estado social de derecho no puede analizarse de forma aislada al momento histórico en que se produce, en especial, como hemos venido analizado, las reformas y la reestructuración del capitalismo bajo la égida (pos)neoliberal. En este sentido, la constitución política de 1991 la identificamos, siguiendo a Stolowicz (2012, p. 25), como el elemento articulador del consenso (pos) neoliberal. Para el caso específico de Colombia es la fórmula del Estado social de derecho, la que condensa y sintetiza la reestructuración capitalista y su forma de legitimación, vaciando el contenido de justicia social que evoca dicha fórmula.

3.2.1 El Estado social de derecho

Cada denominación del consenso (pos) neoliberal en América Latina da cuenta del área priorizada para legitimar discursivamente la avanzada de la reestructuración capitalista. En Colombia se denominó Estado social de derecho y la reestructuración se centró en los mecanismos jurídico-políticos. A partir de los análisis de Beatriz Stolowicz (2012) en una perspectiva de larga duración, el Estado social de derecho no es antagónico ni está en contradicción con el modelo económico impuesto en Colombia de forma simultánea a su consagración, en la constitución política de 1991. Por el contrario, asumimos con la autora que el Estado social de derecho ha sido el elemento que permitió que a inicios de la década del noventa se legitimara la estrategia para la realización del ideal (pos) neoliberal de “democracia de propietarios” y la política social de economía neoclásica.

Aunque existirían matices sobre este punto, se trata de una diferencia de grado, ya que los constitucionalistas tienden a considerar que los postulados de la constitución tienen un carácter social, y que las políticas económicas no lo incorporan, o tienen otra finalidad.

Sin embargo, consideramos que la línea genealógica del Estado social de derecho que se traza para Colombia resulta engañosa, en tanto que se quiere legitimar la forma del “Estado neo-oligárquico transnacional izado de derecho” (b. Stolowicz, 2012, p. 29), bajo las fórmulas social-demócratas de la posguerra europea.

Como hemos venido explicando, se tratan de momentos históricos diversos en la reestructuración capitalista, y, por lo tanto, la afirmación del Estado social de derecho en América Latina no se trata de atravesar la fase del Estado de bienestar europeo de posguerra, como lo sugiere Uprimny (2001). Argumentamos que la utilización gramatical y discursiva del «Estado social de derecho», apunta a llenar con un discurso social-demócrata la acumulación por desposesión de capital, a través de la «cuestión social».

siguiendo los análisis de Dávalos (2011, pp. 277-279) sobre el Estado social de derecho, y sus planteamientos de la «democracia disciplinaria» para América Latina, esta nueva forma de Estado ha sido incorporada como parte de las estrategias de las fuerzas dominantes, para legitimar desde una recuperación histórica de la «cuestión social» y el lenguaje de las reivindicaciones de la clase trabajadora, pero sólo como un elemento discursivo, en tanto que las políticas sociales, atravesadas por la centralidad del mercado como el mejor mecanismo para su satisfacción y garantía. La configuración de los derechos sociales, la justicia social, las garantías de condiciones básicas no se contraponen, sino que van a complementar la reestructuración capitalista, manteniendo intacto el modelo de lucro-mercado capitalista que la constitución de 1991 legitima y justifica. (Mora, 2014)

3.3 El “bendito” Estado de excepción

“benditos por la providencia de lo económico los terratenientes, políticos, industriales y el estrato bien remunerado de la nación; por que un buen servicio les viene siempre garantizado” cursiva propia

Para dar a conocer otra de las tantas maneras legítimas que existen de fomentar y normalizar irregularidades en temas de importancia social, traemos a colisión la figura del Estado de excepción.

El capítulo VI de la constitución colombiana hace referencia a la declaración de un Estado de excepción en el país. así lo explica el documento:

Capítulo VI "De los Estados de excepción"

Artículo 212. El presidente de la república, con la firma de todos los ministros, podrá declarar el Estado de guerra exterior. Mediante tal declaración, el gobierno tendrá las facultades estrictamente necesarias para repeler la agresión, defender la soberanía, atender los requerimientos de la guerra, y procurar el restablecimiento de la normalidad.

La declaración del Estado de guerra exterior sólo procederá una vez el senado haya autorizado la declaratoria de guerra, salvo que a juicio del presidente fuere necesario repeler la agresión. Mientras subsista el Estado de guerra, el congreso se reunirá con la plenitud de sus atribuciones constitucionales y legales, y el gobierno le informará motivada y periódicamente sobre los decretos que haya dictado y la evolución de los acontecimientos.

Los decretos legislativos que dicte el gobierno suspenden las leyes incompatibles con el Estado de guerra, rigen durante el tiempo que ellos mismos señalen y dejarán de tener vigencia tan pronto se declare restablecida la normalidad. El congreso podrá, en cualquier época, reformarlos o derogarlos con el voto favorable de los dos tercios de los miembros de una y otra cámara.

Artículo 213. en caso de grave perturbación del orden público que atente de manera inminente contra la estabilidad institucional, la seguridad del Estado, o la convivencia ciudadana, y que no pueda ser conjurada mediante el uso de las atribuciones ordinarias de las autoridades de policía, el presidente de la república, con la firma de todos los ministros, podrá declarar el Estado de conmoción interior, en toda la república o parte de ella, por término no mayor

de noventa días, prorrogable hasta por dos períodos iguales, el segundo de los cuales requiere concepto previo y favorable del senado de la república. Mediante tal declaración, el gobierno tendrá las facultades estrictamente necesarias para conjurar las causas de la perturbación e impedir la extensión de sus efectos.

Los decretos legislativos que dicte el gobierno podrán suspender las leyes incompatibles con el Estado de conmoción y dejarán de regir tan pronto como se declare restablecido el orden público. El gobierno podrá prorrogar su vigencia hasta por noventa días más.

Dentro de los tres días siguientes a la declaratoria o prórroga del Estado de conmoción, el congreso se reunirá por derecho propio, con la plenitud de sus atribuciones constitucionales y legales. El presidente le pasará inmediatamente un informe motivado sobre las razones que determinaron la declaración.

En ningún caso los civiles podrán ser investigados o juzgados por la justicia penal militar.

Artículo 214. Los Estados de excepción a que se refieren los artículos anteriores se someterán a las siguientes disposiciones:

1. los decretos legislativos llevarán la firma del presidente de la república y todos sus ministros y solamente podrán referirse a materias que tengan relación directa y específica con la situación que hubiere determinado la declaratoria del Estado de excepción.

2. no podrán suspenderse los derechos humanos ni las libertades fundamentales. En todo caso se respetarán las reglas del derecho internacional humanitario. Una ley estatutaria regulará las facultades del gobierno durante los Estados de excepción y establecerá los controles

judiciales y las garantías para proteger los derechos, de conformidad con los tratados internacionales.

Las medidas que se adopten deberán ser proporcionales a la gravedad de los hechos.

3. no se interrumpirá el normal funcionamiento de las ramas del poder público ni de los órganos del Estado.

4. tan pronto como hayan cesado la guerra exterior o las causas que dieron lugar al Estado de conmoción interior, el gobierno declarará restablecido el orden público y levantará el Estado de excepción.

5. el presidente y los ministros serán responsables cuando declaren los Estados de excepción sin haber ocurrido los casos de guerra exterior o de conmoción interior, y lo serán también, al igual que los demás funcionarios, por cualquier abuso que hubieren cometido en el ejercicio de las facultades a que se refieren los artículos anteriores.

6. el gobierno enviará a la corte constitucional al día siguiente de su expedición, los decretos legislativos que dicte en uso de las facultades a que se refieren los artículos anteriores, para que aquella decida definitivamente sobre su constitucionalidad. Si el gobierno no cumpliera con el deber de enviarlos, la corte constitucional aprehenderá de oficio y en forma inmediata su conocimiento.

3 artículo. cuando sobrevengan hechos distintos de los previstos en los artículos 212 y 213 que perturben o amenacen perturbar en forma grave e inminente el orden económico, social y ecológico del país, o que constituyan grave calamidad pública, podrá el presidente, con la firma de todos los ministros, declarar el Estado de emergencia por períodos hasta de treinta días en cada caso, que sumados no podrán exceder de noventa días en el año calendario.

Mediante tal declaración, que deberá ser motivada, podrá el presidente, con la firma de todos los ministros, dictar decretos con fuerza de ley, destinados exclusivamente a conjurar la crisis y a impedir la extensión de sus efectos.

Estos decretos deberán referirse a materias que tengan relación directa y específica con el Estado de emergencia, y podrán, en forma transitoria, establecer nuevos tributos o modificar los existentes. En estos últimos casos, las medidas dejarán de regir al término de la siguiente vigencia fiscal, salvo que el congreso, durante el año siguiente, les otorgue carácter permanente.

El gobierno, en el decreto que declare el Estado de emergencia, señalará el término dentro del cual va a hacer uso de las facultades extraordinarias a que se refiere este artículo, y convocará al congreso, si éste no se hallare reunido, para los diez días siguientes al vencimiento de dicho término.

El congreso examinará hasta por un lapso de treinta días, prorrogable por acuerdo de las dos cámaras, el informe motivado que le presente el gobierno sobre las causas que determinaron el Estado de emergencia y las medidas adoptadas, y se pronunciará expresamente sobre la conveniencia y oportunidad de las mismas.

El congreso, durante el año siguiente a la declaratoria de la emergencia, podrá derogar, modificar o adicionar los decretos a que se refiere este artículo, en aquellas materias que ordinariamente son de iniciativa del gobierno. En relación con aquellas que son de iniciativa de sus miembros, el congreso podrá ejercer dichas atribuciones en todo tiempo.

El congreso, si no fuere convocado, se reunirá por derecho propio, en las condiciones y para los efectos previstos en este artículo.

El presidente de la república y los ministros serán responsables cuando declaren el Estado de emergencia sin haberse presentado alguna de las circunstancias previstas en el inciso primero, y lo serán también por cualquier abuso cometido en el ejercicio de las facultades que la constitución otorga al gobierno durante la emergencia.

El gobierno no podrá desmejorar los derechos sociales de los trabajadores mediante los decretos contemplados en este artículo.

Parágrafo. El gobierno enviará a la corte constitucional al día siguiente de su expedición los decretos legislativos que dicte en uso de las facultades a que se refiere este artículo, para que aquella decida sobre su constitucionalidad. Si el gobierno no cumpliera con el deber de enviarlos, la corte constitucional aprehenderá de oficio y en forma inmediata su conocimiento". (constitución política de Colombia, 1991)

3.3 Álvaro Uribe Vélez (2002-2010)

3.3.1 la emergencia social en salud

La propuesta de la corte constitucional al diálogo deliberativo para resolver la crisis en el sistema de salud a partir de sus órdenes generales recibió una respuesta autoritaria, vertical y de fuerza, característica del gobierno Uribe. Por coincidencia o como hecho simbólico, 16 años después de ser aprobada la ley 100 de 1993 un 23 de diciembre, en ese mismo día, pero del año 2009 el presidente Álvaro Uribe Vélez, que ya había liderado la aprobación de la ley 100 en el congreso, decretó un Estado de excepción haciendo uso de las facultades extraordinarias consignadas en la constitución. El decreto 4975 de 2009 declaró el Estado de emergencia social en salud. Aunque no apareció explícito en las consideraciones del decreto para su expedición, en reiteradas oportunidades el presidente Uribe indicó en su momento que la emergencia social tenía como propósito cumplir con las órdenes generales que fueron emitidas en la sentencia t-760/08 por la corte constitucional.

3.3.2 la acción de tutela como un peligro inminente de la sentencia t-760

La corte tampoco consideró otros elementos que como juez constitucional tenía conocimiento. entre estos se encuentra el requisito que impusieron las EPS de interponer una acción de tutela a los usuarios para acceder a los servicios de salud; tampoco hizo referencia al incumplimiento de las acciones de tutela que obliga a las personas acudir a la interposición de varios desacatos o incluso interponer una nueva tutela para obtener el cumplimiento del fallo a favor; la discriminación de la

que son sujetos los usuarios que interponen una acción de tutela ante las EPS y las IPS en donde reciben un tratamiento especial por ser pacientes “con tutela” en donde las instituciones aplican al extremo los «itinerarios burocráticos», y hacen más engorroso todos los trámites y procedimientos para el acceso a los servicios; la selección adversa frente a las enfermedades de alto costo, enfermedades huérfanas y varias clases de pacientes que eran rechazados o tenían mayores cargas administrativas para acceder a los servicios, que para la corte hacen parte de la categoría “sujetos de especial protección constitucional”; los excesivos trámites ante las EPS y la práctica del “paseo de la muerte” no eran abordados de forma directa y sistemática por el fallo de la corte. De hecho, se resaltó que del conjunto de órdenes de la corte ninguna estaba dirigida a las EPS y su enfoque fue sólo en la regulación y las funciones de inspección, vigilancia y control por parte del Estado.

El peligro de la sentencia t-760/08 y los análisis que la celebran es que distraen la discusión fundamental sobre la salud en Colombia en los elementos puntuales y técnicos del sistema de salud. por ejemplo, el tamaño del pos; los mecanismos para los recobros; la estructura de los regímenes contributivo y subsidiado, etc., que hace perder de vista el sistema de salud en su conjunto, el modelo de aseguramiento, el papel de la intermediación financiera, la mercantilización de la salud, y el modelo de negocio para la captación de rentas del sistema. La corte constitucional escamotea este debate central, concentrándose en los elementos técnicos del sistema, la construcción de finas argumentaciones constitucionales y doctrinarias, pero que de forma concreta no logran realizar la salud como un derecho fundamental autónomo como fue declarado por la corte constitucional.

Según el último estudio de la defensoría del pueblo sobre el uso de la acción de tutela para la defensa del derecho a la salud, en sus conclusiones señala que: “las tutelas en salud continúan en aumento, a pesar de que el objetivo primordial de la sentencia t-760/08 era la disminución de estas acciones”. Esto significa que las órdenes generales dictadas por la corte constitucional no están logrando el efecto

buscado, y por el contrario, se está evidenciando cada vez más una mayor vulneración del derecho a la salud.

En las consideraciones del decreto de declaratoria de la emergencia social se consignaron las razones jurídicas que motivaron la declaratoria de la emergencia social y que desarrollan a grandes rasgos las medidas que fueron adoptadas para conjurar la crisis, que luego fueron plasmadas en 15 decretos. La razón fundamental que invoca el gobierno para la declaratoria de la emergencia social radica en la prestación de servicios No POS, esto es el que llamamos pos jurisprudencial. En ese sentido, la emergencia social busca responder con una “terapia de choque” como la calificó el diario inglés *the economist* (*the economist*), para frenar los altos costos que representa para el sistema de salud la prestación de servicios no contemplados en el plan obligatorio de salud, en una afrenta directa en contra de la labor de los jueces constitucionales en la defensa y garantía del derecho a la salud a través de su jurisprudencia. Aunque sólo hace referencia a la corte constitucional y únicamente a la sentencia T-760 de 2008, toda la argumentación está dirigida al amplio desarrollo jurisprudencial tanto de la corte constitucional, así como de todos los jueces constitucionales del país en su jurisprudencia consolidada sobre el derecho a la salud para que sea el ciudadano el que tenga que cubrir los costos de su atención por fuera del pos de forma individual, y no tenga que ser asumido dicho valor por el Estado.

La argumentación de gobierno parte por reconocer la salud como un derecho fundamental, según lo dispuesto por la constitución política y la jurisprudencia de la corte constitucional. Sin embargo, explica que es un derecho que cuenta con limitaciones de acuerdo con los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, dignidad humana, así como la realidad socio-económica y la capacidad financiera del Estado.

En la argumentación fáctica para sustentar la declaratoria de la emergencia social, el gobierno presentó cuatro argumentos. El argumento principal que tiene mayor desarrollo es el alto costo del pos jurisprudencial, debido al mecanismo del recobro.

Como no es responsabilidad de la EPS la negación del servicio No POS, sino del diseño del sistema, deben ser con estos recursos que se paguen dichos servicios. Para el caso de régimen contributivo dichos recursos son pagados con los recursos de la cuenta de solidaridad de la y en el régimen subsidiado dicha suma es cubierta por el ente territorial. Estas fueron las reglas establecidas por la corte constitucional ante el vacío regulativo de la ley 100 de 1993, que no previó cuál sería el procedimiento y los mecanismos para la financiación para servicios de salud por fuera del paquete de beneficios, (pos).

Constata el gobierno un crecimiento “abrupto y acelerado” en la demanda de servicios de salud por fuera del plan obligatorio tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado. A su vez, ha podido verificar que algunos agentes del sistema de salud y regulador está inducido la oferta y la demanda de este tipo de servicios, sin tener en cuenta “(...) criterios de efectividad, sostenibilidad, costo eficiencia, racionalidad en el uso de los servicios y recursos, como tampoco a la propia capacidad socio-económica de los pacientes (...)” [énfasis nuestro]. Además de ejemplificar con cifras el aumento en el número de recobros en el año 2009, se tomó el estudio que elaborara la asociación de laboratorios farmacéuticos de investigación y desarrollo –afidro. Según ese estudio se encontró que el recobro de medicamentos se estaba haciendo por valores mayores al costo de esos medicamentos en relación con el precio de venta del laboratorio. En otros casos el número de medicamentos recobrados superaba al número de medicamentos que el laboratorio reportaba como vendidos, y otro tipo de prácticas y activadas fraudulentas que venían siendo denunciadas de tiempo atrás por el observatorio del medicamento de la federación médica colombiana afidro, pero que sólo fue hasta este momento en que el gobierno lo utilizaba para justificar la declaratoria de la emergencia social en salud.

Esta dinámica del sistema estaba generando un círculo vicioso de falta de recursos en tanto que se estaría ante una quiebra inminente de las entidades

territoriales que no están pagando a las EPS del régimen subsidiado por los servicios prestados, lo que se replicaba en las IPS que no tenía recursos para poder seguir prestando sus servicios ante la falta de recursos económicos al no recibir el costo de los servicios prestados que estaban por fuera del plan obligatorio en salud. En igual sentido, las EPS del régimen contributivo aumentaban su cartera de deuda con las IPS en tanto dichos servicios están por fuera de esquema de financiamiento de la UPC³⁴. Por lo tanto, el argumento explica que de mantenerse ese nivel de demanda de servicios del pos jurisprudencial para el primer semestre del año 2010 se acabarían con los excedentes con los que se han cubierto dichos servicios.

El segundo presupuesto fáctico para justificar la emergencia social fue el problema del flujo de los recursos, que ante las dinámicas del sistema y su “mayor complejidad” se han evidenciado que los procedimientos establecidos para el giro, pago y distribución dispuestos en la ley son insuficientes para mantener un flujo constante de los recursos entre los actores del sistema. Esto ha degenerado en un uso ineficiente de los recursos, desvíos de los dineros y promoviendo un incremento en los costos financieros para el funcionamiento del sistema. Sobre el flujo de recursos también se explicó que hacen falta mecanismos expeditos que permitan solucionar las controversias entre los actores y tampoco se han podido incorporar al flujo recursos disponibles para el financiamiento del sistema.

Tercer aspecto es el de las barreras de acceso a los servicios de salud como consecuencia de la “territorialidad del aseguramiento”. Y finalmente, el cuarto elemento es que en algunos casos los recursos para la salud no han tenido esa destinación específica, sino que se han desviado.

Ante este panorama el gobierno argumentó que se desborda la capacidad de respuesta del Estado ante esta compleja situación por lo que las medidas administrativas e incluso la reforma de la ley 1122 de 2007 son insuficientes para la superación de la crisis. también argumentó que los ingresos del Estado son insuficientes para mantener el esquema de aseguramiento alcanzado y lograr cumplir con el mandato de la universalidad y la unificación en el paquete de servicios, esto es, que exista un mismo pos para el régimen contributivo y el régimen subsidiado, como fue ordenado por la corte constitucional, que sin mencionarlo, se está refiriendo a una parte de las órdenes generales dictadas en la sentencia t-760/08, obligaciones que estaban contenidas en el texto de la ley 100 de 1993 inciso segundo artículo 113.

Ante este complejo panorama descrito, el gobierno derivó graves consecuencias para la protección y garantía del derecho a la salud. Explica que el pos jurisprudencial en ambos regímenes está afectando el esquema de aseguramiento, generando dificultades en mantener los niveles alcanzados y ampliar la cobertura para cumplir con la meta de la universalización. En su criterio, también se ponen en riesgo a los actores del sistema, en especial a las empresas promotoras de salud, EPS y las instituciones prestadoras de salud, IPS, y las entidades territoriales que sufren una grave crisis financiera y de liquidez, lo que genera dificultades para el financiamiento global del sistema y la equidad en el acceso a los servicios de salud. Otros riesgos inminentes según el gobierno es el cierre de hospitales públicos, el cese de pago al “talento humano” en salud y hasta una parálisis en la prestación del servicio público.

entre las medidas urgentes a tomar para superar la crisis del sistema explicó que se apropiarían más recursos para el año 2009 y en el presupuesto del año 2010; se definirían las condiciones para la unificación del plan de beneficios pos y sus condiciones de acceso; se implementarían instrumentos que permitan

avanzar en la equidad y oportunidad en el flujo de los recursos; dar “más transparencia” y eficiencia en el uso de los recursos económicos, así como corregir sus fallas, demoras y desviaciones; fortalecer los mecanismos de inspección, vigilancia y control para el control de la elusión y evasión de los recursos del sistema; conseguir nuevas fuentes de financiación al incrementar los impuestos en la explotación de los juegos de azar y ciertos bienes como los cigarrillos, el tabaco y la cerveza; fortalecimiento a la comisión de regulación en salud; diseñar esquemas para la racionalización en la actuación de actores del sistema como los médicos tratantes, los usuarios, empleadores, EPS, IPS, en materia de acceso a medicamentos, y medidas preventivas para la recuperación de recursos e incluso punitivas para responsabilizar a quienes incurran en conductas fraudulentas.

Frente a los servicios No POS, denominados por los decretos como “prestaciones excepcionales en salud”, se propuso que las personas compren seguros como planes adicionales y complementarios o de medicina preparada para cubrir dichos servicios. Para el gobierno, los servicios que excedían el pos debían ser considerados como servicios suntuosos, ya que el plan de beneficios contendría todos los servicios mínimos requeridos. A su vez, se dispusieron medidas para que los trabajadores puedan acceder a sus cesantías para que puedan cubrir los costos en dichos casos. En caso de carecer de recursos, las personas deben someterse a un riguroso escrutinio que determine con exactitud su capacidad de pago para cubrir dichos servicios, y poder acceder a fórmulas de préstamo por el sistema bancario. Sólo cuando quede demostrado su incapacidad económica, se podrá ser acreedor a un subsidio en salud, en casos excepcionales y luego de un estricto escrutinio de la capacidad patrimonial del paciente.

ante la avalancha de críticas al gobierno por estas decisiones, que demandó una defensa a ultranza no sólo de las medidas sino del sistema de salud, se suman

las denuncias por corrupción en el desarrollo de los decretos, ya que quienes participaron en la redacción tenían en su momento estrechas relaciones con las EPS. Entre ellos estaba el médico agosto galán, ex presidente de acema, quien hacía tres años fue denunciado por recibir honorarios al mismo tiempo como presidente de acema y consultor del ministerio de salud. Teresa tono, médico miembro de la junta directiva de la EPS que representa a la compañía aseguradora positiva. Resultaba paradójico que ante la “crisis financiera” del sistema de salud se contratara asesorías multimillonarias a médicos con conflicto de intereses. Otro aspecto que salió a debate fueron los nuevos impuestos a los licores que excluyen a licores de alta gama como el whisky y el vodka para favorecer a familiares del ministro de hacienda, óscar Iván Zuluaga dedicados a ese negocio.

3.4 La ley 100 y el fraude de la salud

La ley 100 es un modelo de política neoliberal impuesto por organismos externos para condicionar préstamos internacionales especialmente. Fue elaborada durante el gobierno de Gaviria y puesta en marcha durante la administración Samper. Su ponente fue el Dr. Alvaro Uribe Vélez.

Esta ley, mediante un proceso de aporte obligatorio de todo residente, trabajador o pensionado, en Colombia, dice hacerse cargo de la salud de cada persona y para ello se basa en lo siguiente:

Excluye la libre relación paciente/médico y añade un intermediario a esta relación, quien cobraba un 12% de los ingresos de cada persona, pero que ahora se incrementó al 12.5%, asigna aproximadamente \$10 dólares mensuales para cuidar la salud de cada uno y deduce para si una utilidad por sus servicios de intermediación.

Adicionalmente a este 12%, cada vez que un afiliado use el servicio, debe efectuar un copago, que es una cuota proporcional a los ingresos de cada afiliado y que se asignara a las IPS.

Los valores restantes van a un fondo especial manejado por el gobierno, quien debería emplear estos dineros para cuidar la salud de los más necesitados y de los enfermos muy graves. Estos dineros no pueden ser empleados por las IPS.

La ley 100 reconoce únicamente dos clases de ejercicio médico: el asalariado y el adscrito a entidades promotoras de salud (EPS) e instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS). La ley establece que este 12% debe cubrir también las necesidades de salud de toda la familia. Pero como el aporte es obligatorio a cada persona, cuando hay varios trabajadores en alguna familia, muchas de ellas acaban pagando en realidad el 24% o más de lo teórico.

Este nuevo sistema es obligatorio para todos los residentes en Colombia y no cubre ni total ni parcialmente los costos de los tratamientos efectuados afuera del sistema.

Estos aportes están destinados a cubrir las necesidades de la salud de todos los habitantes de Colombia, con un tope máximo de \$10 dólares mensuales por enfermo, sin distinción de diagnóstico, edad, riesgo, etc., excepto en casos excepcionales, que la ley determinará.

El médico (adscrito o asalariado) siempre deberá limitar su formulación, diagnóstico y tratamientos a lo autorizado en un listado preestablecido, y que no sobrepase por ningún motivo los \$10 dólares mensuales por enfermo, pues si no lo hiciese, los gastos que sobrepasen este límite serán responsabilidad de la IPS a la cual perteneciese el médico, lo cual haría peligrar su rentabilidad (y el puesto del médico).

La nueva ley estimula la creación de IPS, facilitando la adscripción de profesionales, evitando así los contratos laborales y sus costos elevados por salario, horario, prestaciones, vacaciones, tiempo para estudio, lugar de trabajo, implementos y asistentes.

Por tanto, la ley está orientada a privatizar a los seguros sociales (iss), cajas de previsión, etc., que, por tener un presupuesto y una nómina, sobrepasan el límite de \$10= dólares mensuales por enfermo.

Por otro lado, el médico que se adscribe aporta las siguientes ventajas para el sistema:

1- sus decisiones profesionales (formulación, diagnóstico, tratamientos, etc.) están limitadas por las políticas del gobierno e IPS y por tanto son manejadas para reducir costos.

2- su remuneración es proporcional al número de pacientes que atiende, lo cual ha hecho que cada paciente sea atendido en solo 6 minutos o menos, con la consiguiente rebaja de costos.

3- esta reducción en el tiempo de atención por cada paciente reduce la posibilidad de detectar patología, lo que a su vez origina otra reducción de costos, pues se evitan tratamientos

4- los 3 puntos anteriores sumados a los copagos, desestimulan el uso del servicio por parte de los afiliados, generando aun mayor reducción de costos.

5- se transfieren al médico los gastos de oficina (arriendos, servicios, empleados, insumos, etc.) quien deberá limitarlos lo más posible, generando aún más reducción de gastos al sistema.

6- como no hay contrato laboral, se ahorran los gastos originados por vacaciones, incapacidades, cursos de actualización, etc.

El efecto directo de esta política sobre el enfermo será que se asignaran menos tiempo y recursos a su atención y se le estimulará a utilizar la medicina privada cuyos costos están subiendo exageradamente por un efecto paradójico de esta ley:

Inicialmente se pensó que la medicina privada desaparecería y se esperaba que sus tarifas se reducirían. Pero lo que ha sucedido es que muchos excelentes

médicos, bacteriólogos, etc., desalentados por las nuevas políticas de salud y por la medicina preparada, están abandonando su profesión.

Esto ha generado una gran escasez de buenos profesionales de la salud, pues el plan obligatorio y la medicina preparada no pueden suministrarlos. Así las cosas, existe reducidísima oferta de médicos particulares, quienes han elevado sus costos para compensar la reducción de pacientes. Es paradójico, pero así está sucediendo. Y la prueba es que los costos de la medicina privada están disparados. Y por parte de las clínicas y centros médicos privados, sucede lo mismo.

Aunque los médicos están perjudicados, el mayor perjuicio lo reciben los enfermos, cuya salud actúa como amortiguador de los golpes que propina la nueva ley.

Actualmente (había colocado julio de 1996 - ya estamos en el 2017) el desastre en la salud continúa en Colombia. Las entidades que suministraban atención médica a las personas de escasos recursos se encuentran al borde de la quiebra o están siendo privatizadas para ser entes lucrativos al servicio de los grandes pulpos comerciales. (Hospitales, cajas de previsión, iss, EPS, etc.)

La calidad de la atención médica en Colombia está descendiendo vertiginosamente, mientras los costos de la medicina privada se disparan en forma alarmante.

En muchas regiones del país hacen falta médicos, odontólogos, bacteriólogos, enfermeras, etc., y muchos profesionales de la salud están manejando taxis, montando pequeñas industrias o corrompiéndose con la nueva ley 100.

Mientras, gente de escasos recursos es abandonada a su suerte, en este nuevo sistema de salud colombiano.

Es claro que dicha ley está en contra de los más elementales principios éticos, ataca el libre ejercicio de la medicina, deteriora la calidad de los servicios

médicos, encarece el costo del cuidado de la salud y atenta contra la salud y vida de los usuarios.

La desunión médica nacional, apoyada por numerosos organismos científicos y sindicales como la sociedad colombiana de radiología y similares, avaladas por la corrupción de profesionales mediocres que no teniendo otra opción que crear monopolios, se han confabulado con quienes hacen las leyes para obtener beneficios económicos sin importar las consecuencias en la salud y contando con el silencio sospechoso de las academias de medicina

Por ello ninguna acción ha conseguido solucionar el problema. Por ahora, para obtener buena atención de su EPS, usted tiene la oportunidad de seguir nuestras recomendaciones, que, de hacerlo al pie de la letra, le permitirá obtener excelente atención de su EPS.

3.5 los carteles de la salud

Con el nacimiento de la ley 100 surgieron empresas criminales que se dedicaron a lucrarse a costa del dinero de los aportantes al sistema y de los recursos del Estado. Estos son los denominados carteles de la salud.

Los esquinces del sistema de salud permitieron a las EPS, empresas privadas, médicos y hospitales, crear carteles que captaron millonarios recursos a costa del dinero del Estado y la salud de los pacientes.

En muchos casos esos carteles terminaron siendo la fuente de financiamiento de los paramilitares a finales de los 90.

Ánimo de lucro: el sistema de salud fue creado para dar la atención universal con financiación solidaria, pero con competencia pública y privada. Eso hizo que muchos terminaran enriqueciéndose.

El mejor ejemplo es saludos, que convirtió 630.000 millones de pesos de excedentes financieros y que debían ser reinvertidos en el plan obligatorio de salud, en infraestructura y excesivos lujos para sus directivos.

Los medicamentos: algunas EPS e IPS reportaron gastos excesivos en la compra de los medicamentos que más movimiento en los hospitales como el acetaminofén. El sobre precio estaba repartido con las intermediarias que, según algunas investigaciones, manejan políticas en varias zonas del país. Cobran más caros los medicamentos y el Estado los debe pagar.

Control de precios: varias empresas prestadoras de salud EPS realizaron un acuerdo ilegal para no prestar algunos tratamientos, procedimientos o medicamentos consagrados en el pos. Así obligaban al gobierno a aumentar el valor de las upc, que es el costo que se les reconoce a las EPS por cada usuario. **Las tutelas:** la reiterada negación de la prestación de servicios abrió la puerta para las demandas y tutelas que obligan a la atención, utilización de tecnologías y entrega de medicamentos.

El documento, de la serie 'la tutela y el derecho a la salud', compila los datos del año pasado y da cuenta de que en ese periodo se interpusieron en el país 151.213 peticiones ante los tribunales por este concepto. En total se presentaron 614.520 acciones, una cada 51 segundo. Las tutelas correspondientes a violaciones al derecho de salud representaron el 24 por ciento, unos cada tres minutos y medio, algo así como 411 cada día del 2015.

Aunque para muchos pacientes fue la única forma de lograr la atención, se organizó un cartel de abogados que en muchos casos se aprovechan de la gente.

Los recobros: la ley no incluyó una serie de medicamentos, cirugías y tratamientos en el plan obligatorio de salud, y eso debía obtenerse a través de autorización. Como esto no ocurría siempre, los recobros que rechazaba eran tramitados por unas firmas especializadas que cobraban comisiones de hasta seis por ciento.

Una funcionaria del ministerio de protección social aprobaba los recobros, las EPS recibían el dinero y pagaban la comisión. Hasta 2012 los recobros ilegales estaban calculados en 30.000 millones de pesos. (Mora, 2014)

recobros por vía de tutela: esta será la puerta de entrada al derecho útil al capital a favor de las EPS para incentivar de forma masiva la utilización de la acción de tutela, que responde a una preocupación legítima de los jueces constitucionales sobre cómo financiar bajo el esquema del sistema de salud, los costos económicos de sus decisiones, pero que será un espacio de oportunidad para que las EPS avanzaran en imponer un derecho útil al capital a través de este mecanismo para la protección del derecho a la salud.

3.6 la burocratización de la salud

Los estudios de la Federación Médica Colombiana, que requirieron de la interposición de acciones de tutela para obtener acceso a la información, han denunciado el favorecimiento que hizo el ministro palacio a la multinacional farmacéutica, los laboratorios Roché, para proteger la comercialización exclusiva de 8 medicamentos de alto costo a través de una resolución emitida por su despacho. Esto generó que se pagara por la vía de recobros elevados sobre-costos por esos medicamentos, superiores a su valor en Perú y España (Marín, 2012).

A su vez, el ministro palacio está involucrado en una investigación judicial por la compra de votos a congresistas para aprobar el acto legislativo que permitía la reelección presidencial a Álvaro Uribe Vélez. La procuraduría general de la nación ha solicitado ante la corte suprema de justicia la condena del ex funcionario por el delito de cohecho (el tiempo, 2013). citado por (mora, 2014)).

Al no superarse los estrechos márgenes de la ley 100/93, su propuesta termina legitimando y apoyando el modelo al brindarle todo un detallado procedimiento y construcción constitucional sofisticada que permita establecer con exactitud cuándo una persona tiene o no derecho a los servicios de salud. Para el magistrado el modelo

de la ley 100 de 1993 es completamente compatible con su comprensión del derecho a la salud, orientado por los *mínimos vitales*, de una vida digna reducida a mantener las necesarias condiciones vitales, pero que no se puede extralimitar, porque ya en ese caso se debe acudir al mercado y cubrir con recursos privados un mayor grado de protección de la salud. Incluso, brinda una construcción argumental para que el Estado justifique la falta de atención y la muerte de los usuarios, por superar los márgenes democráticos, deliberativos y dogmáticos en como el magistrado comprende el derecho a la salud. (Mora, 2014)

La propuesta del magistrado Uprimny³⁵ en defensa de la democracia en los casos de los derechos sociales resulta bastante compleja y desconoce los procesos burocráticos que ello implicaría. Las acciones de tutela de servicios no POS responde en parte a su carácter rígido y estricto, además de la lógica del modelo de mercado, la negociación del POS es un mecanismo para la contención de costos de las EPS, con el fin de la acumulación de capital. La propuesta de Uprimny demandaría que en cada caso concreto se deben exponer las razones de la exclusión, y luego examinar si dichas razones están justificadas o no, lo cual implicaría que para dichos casos, se adelantara una forma de incidente, en donde se desarrollaría el debate democrático que explicó el magistrado. (alzate, 2014).

Después de 15 años de la reforma, hay dos tipos de resultados, análisis y argumentos que se oponen. Para los reformistas, el hecho de que el número de personas con seguro aumentó de 13,4% en 1993 a 82,7% a finales de 2005 es un éxito irrefutable (Londoño, 2002; Ministerio de Protección Social, 2006). Sin embargo, los críticos de la reforma sostienen que las cifras oficiales están sesgadas y que es bien debatible si tener un seguro se puede equiparar con acceder a los servicios o recibir atención de mejor calidad (De

³⁵ Abogado egresado de la Universidad Externado de Colombia. Doctor en Economía Política de la Universidad de Amiens Picardie - Francia, con un DSU (magíster) en Sociología Jurídica de la Universidad de París II, un DEA (magíster) en Socioeconomía del desarrollo de la Universidad de París I (IEDES). Tiene larga trayectoria académica e investigativa. Fue magistrado auxiliar de la Corte Constitucional durante 11 años; durante varios meses ejerció la magistratura como magistrado encargado. Recientemente seleccionado como miembro del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas (Dejusticia, 2014)

Vos, De Ceukeraire, y Van der Stuyft, 2006; Hernández, 2002; Plaza, Barona, y Hearst, 2001). Citado por (Abadía & Oviedo, itinerarios burocráticos del Sistema de Salud en Colombia. una herramienta teórico metodológica para evaluar los sistemas de salud basados en la atención gerenciada, 2009)

3.6 Línea de tiempo estado de conmoción interior en Colombia

PRESIDENTE/año	POLÍTICA Y LEMA	CORTINA DE HUMO
Asesinato de Jorge Eliecer Gaitán: Chivo expiatorio para desviar la atención 1948	Se dice sin poderlo asegurar que fue un “complot comunista” entre otras suposiciones en cuanto a la causa del asesinato	IX conferencia panamericana: Bo nuevas estrategias económicas mercados, disminución de aduanas
Laureano Gómez 1950-1951	Quien se opusiera a las fuerzas armadas sería un bandido; autoriza al ejercito a realizar ejecuciones sumarias.	Declaración y uso reiterativo de est
Frente Nacional 1958-1974	<ul style="list-style-type: none"> - Reparto del poder del estado entre liberales y conservadores. - Surgimiento de organizaciones guerrilleras (creación ELN) 	<ul style="list-style-type: none"> - Cambios en la política econ el modelo de industrializació - Crisis petrolera, fin del patró

	<p>1964 Camilo Torres).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desastre político operación marquetalia. - Asamblea General de Guerrilleros - 1965 Segunda conferencia guerrillera - Declaración Estado de sitio decreto 3398 del 24 de diciembre de 1965 	
<p>Carlos Lleras Restrepo 1966-1970</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento de la competitividad de la industria nacional 	<p>Diseño de reforma tributaria y finan</p>
<p>Misael Pastrana 1970-1974</p>	<p><i>“financiación de vivienda basado en las unidades 107 de poder adquisitivo constante”</i></p>	<p>-modificación de la división internac - promover la transnacionalización Estimular las formas deslocalizada periférico para el libre flujo de merc</p>

<p>Alfonso López Michelsen 1974-1978</p>	<p>Reforzamiento de las políticas de Misael Pastrana</p>	<p>- bajo la asesoría de Roy University de Standford, o junto con la escuela de Ch reforma tributaria y financier la expansión del mercado financiera en el país</p>
<p>Julio Cesar Turbay Ayala 1978-1982</p>	<p>profundización de la represión y la violencia legal a través del decreto extraordinario 1923 del 6 de septiembre de 1978, conocido como el «estatuto de seguridad». A través de dicha norma las fuerzas armadas militares y policías tuvieron amplias facultades, incluso judiciales; se crearon delitos referentes a la «perturbación del orden público», entre otras medidas que criminalizaron cualquier protesta social. La legislación y</p>	<p>1980 se crea el paraestado</p> <p>- crece el espiral de la violencia <i>el paraestado no sólo tenía a ser predominante, sino que con otras fracciones del territorial y bases sociales p (...) estamos frente a una poderosa facción capitalista; bienestar social; control ter eficaz apoyo popular</i></p>

	juicio de militares por civiles	
--	---------------------------------	--

Capítulo 4

4.1 La producción de subjetividades en el sistema de salud colombiano.

¿Pensar sin Estado?

En general, donde se da un conflicto profundo, los ojos de Los oprimidos disfrutan de mayor agudeza en la percepción de La realidad presente. Ya que por propio interés, más les vale Percibirla correctamente para poder así denunciar las hipocresías de sus gobernantes (Wallerstein, 1979)

“Al igual que las demás ciencias sociales, la evolución histórica del Trabajo Social encuentra su lugar a partir de los cambios sociales, económicos y políticos, suscitados a raíz del ascenso del capitalismo moderno, lo cual dio origen a la desintegración del tejido social provocada por la irrupción del mercado como principio regulador, el desarrollo de la desigualdad entre clases y los grupos e individuos. orientada básicamente al desarrollo de procesos de aprendizaje para tratar a la gente y comprender las condiciones en que vivía, interpretarlas e intervenirlas aplicando saberes metódicos y sistemáticos que podían emplearse, entender sus efectos y limitar, entre otros, el desarrollo de las desigualdades emergentes”. (Consejo Nacional de Trabajo Social, 2012)

En este capítulo como capítulo final hacemos un esbozo a las transformaciones producidas en torno a instituciones de salud y la prestación del servicio de salud, teniendo como eje temático el análisis de las características y de las formas de

producción de subjetividades que procure la construcción, resignificación y reflexión de las intervenciones realizadas partiendo de la consideración en la reconfiguración del sistema de salud que determinan un nuevo concepto en la definición y garantía del derecho; haciendo de la interpretación de estas significaciones una herramienta de intervención tanto social como política.

Partiendo de la relación que tiene el Trabajo Social con el Estado y con las instituciones es pertinente conocer como a través de las políticas públicas que se hacen reales en los entornos institucionales y son reflejadas en el vivir cotidiano de los sujetos, para acceder a una intervención adecuada, eficiente y eficaz que contribuya a la transformación social de los individuos, grupos y comunidades participando en la construcción de las políticas estatales e institucionales y en los planes y programas encaminados a los desarrollos económico, social, político y ambiental (Consejo Nacional de Trabajo Social, 2012), aportando al conocimiento de cómo lo socio institucional puede ser el agente de cambio necesario para mejorar las condiciones de desigualdad social.

El Trabajo Social, profesión ubicada en el campo de las ciencias sociales y humanas, promueve el cambio social; interviene en procesos y proyectos que tienen que ver con las relaciones humanas, las políticas de bienestar, desarrollo humano y social, considerando al individuo como ser biopsicosocial; fundamenta su quehacer en los criterios de la democracia que enmarcan la justicia, la libertad y el bien común. Así mismo, sus actuaciones se centran en atender lo social de los conflictos, necesidades, carencias y problemas de los sectores con limitaciones para satisfacer sus necesidades, producto, entre otros, de pobreza, desigualdades, injusticia. En consecuencia, adentrarse en el quehacer actual del Trabajo Social requiere asumir una postura integradora y flexible que reconozca la complejidad de la realidad social en los diferentes contextos. (Consejo Nacional de Trabajo Social, 2012)

Con el fin de determinar como la subjetividad presente aporta en el conocimiento profundo de la problemática, optamos por dar una mirada a la filosofía hegeliana que nos procure la comprensión de la dialéctica del proceso de pensamiento; relacionándola con la dualidad sujeto-objeto, representada en el que experimenta y el experimentado.

4.1 la verdadera figura en que existe la verdad no puede ser sino el sistema científico de ella. (HEGEL, 1807)

“todo lo racional es real y lo real es racional”

Interpretando a Hegel y su visión lineal de la historia, objeto y sujeto permanecen unidos intrínsecamente, pues de alguna manera este la construye a tal punto de darle una forma y/o configurarla, a esta unión la definió lo sustancial³⁶. Hegel insiste con el idealismo del método kantiano por qué parte del sujeto y lo adhiere a la cosa en sí, es decir, la totalidad del espíritu. Este paradigma se ve materializado o reflejado en la formación social, el poder institucionalizado y el mismo capitalismo

La crítica de las formas del intelecto tuvo el resultado mencionado, es decir, que dichas formas no tienen aplicación alguna a las cosas en sí. Esto puede tener sólo un sentido, que estas formas en sí mismas son algo no verdadero. Pero en cuanto se continúa considerándolas de valor para la razón subjetiva y para la experiencia, la crítica no efectuó ninguna modificación en ellas mismas, y las deja valederas para el sujeto con la misma configuración con que antes valían para el objeto. Pero, si son insuficientes para la cosa en sí, el intelecto a quien deberían pertenecer, tendría que considerarlas menos satisfactorias todavía y negarse a acomodarse a ellas (HEGEL, 1807).

³⁶"El Estado, en cuanto realidad de la voluntad sustancial, realidad que ésta tiene en la autoconciencia particular elevada a su universalidad, es lo racional en y por sí. Esta unidad sustancial es el absoluto e inmóvil fin último en el que la libertad alcanza su derecho supremo, por lo que este fin último tiene un derecho superior al individuo, cuyo supremo deber es ser miembro del Estado"

La linealidad de la historia de la humanidad planteada por Hegel es producida por el devenir entre el conflicto de dos deseos, que en una realidad dinámica conlleva a que toda afirmación debe tener una negación u oposición que permite concluir en una síntesis o nuevo resultado.

(HEGEL, 1807) Según mi modo de ver, que deberá justificarse solamente mediante la exposición del sistema mismo, todo depende de que lo verdadero no se aprehenda y se exprese como sustancia, sino también y en la misma medida como sujeto. Hay que hacer notar, al mismo tiempo, que la sustancialidad implica tanto lo universal o la inmediatez del saber mismo como aquello que es para el saber ser inmediatez.

Para dar un ejemplo; proponemos el de alcanzar la libertad en un Estado “represivo” (Tesis), pues si a éste se le presenta una insurrección (Antítesis), del surgimiento de esta confrontación resulta un vencedor, (Síntesis). Para explicar este proceso, Hegel postula su famosa dialéctica del amo y el esclavo.

4.1.1 Dialéctica del amo y el esclavo

Hegel en la dialéctica del amo y el esclavo explica el deseo de sometimiento del hombre; la conciencia es deseo, pensamiento idealista subjetivo; lo que yo deseo es el deseo del otro. El deseo de reconocimiento y sometimiento; lucha a muerte. El temor de una de las dos conciencias se soluciona con el miedo a morir, el que tiene miedo a morir antepone el temor a la muerte que su deseo de ser reconocido por el otro; es más fuerte el temor a morir que el deseo de ser reconocido por el otro y este es el que se somete.

El poder institucionalizado como autoridad, poder otorgado por el ciudadano a cambio de protección y defensa ante el medio que lo rodea; está reconociendo en

el Estado su salvación por lo tanto permite ser dirigido por él³⁷; la estrategia de privatizar los servicios públicos, en un pleonasma al carácter social incongruente, generan sentimientos de desconfianza y desarraigo en aquel ciudadano que no haya a quien o que institución acudir e incluso confiar, por tanto discurso negativo y de olvido que recepta por parte de su propio Estado. Esto somete al individuo a un proceso de pérdida en su identidad como ciudadano, con más obligaciones que derechos; produciendo en él pensamientos o conductas acordes a la situación que atraviesa el momento, dentro y fuera de la institución prestadora de un servicio.

El comienzo de la formación y del remontarse desde la inmediatez de la vida sustancial tiene que proceder siempre mediante la adquisición de conocimientos de principios y puntos de vista universales, en elevarse trabajosamente hasta el pensamiento de la cosa en general, apoyándola o refutándola por medio de fundamentos, aprehendiendo la rica y concreta plenitud con arreglo a sus determinabilidades, sabiendo bien a qué atenerse y formándose un juicio serio acerca de ella. Pero este inicio de la formación tendrá que dejar paso, en seguida, a la seriedad de la vida pletórica, la cual se adentra en la experiencia de la cosa misma; y cuando a lo anterior se añada el hecho de que la seriedad del concepto penetre en la profundidad de la cosa, tendremos que ese tipo de conocimiento y de juicio ocupará en la conversación el lugar que le corresponde. (HEGEL, 1807).

Pensar en la sociedad como lo universal, para dejar en el olvido el espacio-tiempo en que está aconteciendo, debemos remontarnos a la historicidad de la situación que nos permita comprender el todo como parte del proceso; ese remontar a la historia nos lleva al entendimiento de las estructuras como potenciales productoras del pensamiento social, así, se divide el universo conceptual en instituciones delegando funciones a cada una de ellas. Penetrar el concepto de variaciones en la

³⁷ Ver Thomas Hobbes el contrato social.

subjetividad³⁸ requiere el reconocimiento de las modificaciones que se manifiestan en las crisis: la evidencia de los cambios profundos en los modos de producción, distribución y reproducción de lo cultural y social, así como de las estructuras y las organizaciones que las conducen.

La percepción social de los problemas de forma particular y no colectiva, promueve la división en la coalición y el carácter mutualista de la comunidad; un usuario que hace parte de una institución que además prepondera la diferencia entre una clase y otra, debe someterse a reglas institucionales que se hacen legítimas en la política pública y aunque vulneran un derecho fundamental mediante la Ficción³⁹ deja al ciudadano en una posición de pasividad pues no posee herramientas que le permitan exigir su derecho; la institución y la sociedad en general ven al sujeto como producto de su problema en particular y no como producto de una realidad político-institucional-global que lleva inherente un carácter inequitativo y explotador de sometimiento.

En cuanto a la necesidad externa, concebida de un modo universal, prescindiendo de lo que haya de contingente en la persona y en las motivaciones individuales, es lo mismo que la necesidad interna, pero bajo la figura en que el tiempo presenta el ser allí de sus momentos. el demostrar que ha llegado la hora de que la filosofía se eleve al plano de la ciencia constituiría, por tanto, la única verdadera justificación de los intentos encaminados a este fin, ya que, poniendo de manifiesto su necesidad, al mismo tiempo la desarrollarían. (HEGEL, 1807)

La comprensión de lo que se ve, lo que está allí representado en la cotidianeidad del sujeto estudiado concebido de un modo universal, es decir de todo lo que

³⁸Subjetividad: se refiere a la trama de percepciones, aspiraciones, memorias, saberes y sentimientos que nos impulsa y nos da orientación para actuar en el mundo (MALACALZA, FUENTES, & CRUZ, 2012)

³⁹Aquella entidad discursiva que propone una creación o imaginación colectiva no opuesta a la realidad.

encierra ese momento que está viviendo, lo económico, lo político, lo ideológico como afirma Marx cuando habla de la materialización de una formación social, se convierten en la verdadera realidad, es la ciencia de lo que se está estudiando y a la vez su producto.

Aunque la explicación no pueda ser, aquí, otra cosa que una aseveración, ni más ni menos que aquella contra la que va dirigida. En efecto, sí lo verdadero sólo existe en aquello o, mejor dicho, como aquello que se llama unas veces intuición y otras veces saber inmediato del absoluto, religión, el ser -no en el centro del amor divino, sino el ser mismo de él-, ello equivale a exigir para la exposición de la filosofía más bien lo contrario a la forma del concepto. Se pretende que lo absoluto sea, no concebido, sino sentido e intuido, que lleven la voz cantante y sean expresados, no su concepto, sino su sentimiento y su intuición (HEGEL, 1807).

Lo subjetivo; aquello que no se ve, pero que está presente en todas las relaciones sociales bajo la comprensión de la “verdad” del pensamiento como saber absoluto insustancial, por consiguiente, su transformación en el espacio-tiempo está presente en cada uno de los procesos de relación entre una y otra esencia que conforman el proceso dialéctico de la existencia social. Ese antagonismo diacrónico que precede la forma del concepto inducen a cuestionar la manifestación verbal; sino más bien como se producen de acuerdo a que y como el sujeto estudiado refleja en lo que no se ve, en sus sentimientos en su subjetividad la realidad de donde procede.

Ese antagonismo presente en la figura del concepto cuestiona como ilustra Platón en *el mito de la caverna* lo que está detrás de ellas, las personas al encontrarse atadas de pies y manos por el discurso institucional formulado en la organización y legitimado en la institución solo pueden ver y aceptar como válida la figura emitida por estas, este proceso es conocido como “el teatro de sombras” (Gaarder, 1995)p.p

108. Los seres humanos sin posibilidad de cambiar la postura de la impronta desde su nacimiento se encuentran adheridos a su carácter constringente, por lo tanto, creen que ese “teatro de sombras” es lo único que existe, allí se encuentran en una situación de imposibilidad e impotencia ante un posible cambio. El cuestionamiento del origen de las sombras queda concluido en el sujeto estudiado que refleja en lo que no se ve, en sus sentimientos y en su subjetividad la realidad de donde provienen.

Las relaciones de poder que aparecen a lo largo de la historia como propone (Wallerstein, 1979) cuando nos invita a pensar ¿si toda la historia, es la historia de la lucha de clases? Nos daría quizás una respuesta ante el componente de lo que realmente existe como lo social; procurando entender la aparición de nuevas ideas, nuevas estructuras y nuevas organizaciones globales en los procesos de cambio que afectan y modelan el comportamiento del colectivo en general.

4.2 Pensar sin Estado

La globalización configura una forma de articulación social en la que irrumpen nuevos y viejos agiornados⁴⁰ poderes hegemónicos transnacionales que alteran las relaciones entre el Estado y la sociedad civil. Emergen otros actores políticos que dan cuerpo a este escenario y nos hablan de la profundidad de las transformaciones: crisis de representatividad, así como formas organizativas y de poder económico-político novedosas, como mercados regionales y agrupaciones étnicas, entre otras. (MALACALZA, FUENTES, & CRUZ, 2012).

El Estado al otorgar la posibilidad de participación del mercado privado y la irrupción de empresas multinacionales en la prestación de servicios, que deberían ser públicos crea una distancia entre su rol protector y productor de identidad y el

⁴⁰ agiornados: término argentino que hace alusión a lo moderno.

ciudadano; victimizando a aquellos menos favorecidos que por sus condiciones económicas, sociales, locativas, tecnológicas entre otras se ven desprotegidos y sin ninguna clase de poder ante la demanda de consumo y la necesidad que deben suplir.

La adquisición de una visión completa de la realidad requiere de un análisis complejo y detallado que aporte a las intervenciones realizadas desde una relación bidimensional en la cual el trabajo con la institución y el trabajo con el ciudadano⁴¹ será siempre el principal objetivo del Trabajador Social, que teniendo un fuerte anclaje en el Estado y las políticas públicas actúa como resorte, reconociendo en la cotidianidad institucional ¿cuál es el proceso de cambio que se requiere? Y en este proceso utilizar su conocimiento visibilizando las problemáticas, siendo el puente ya no de desanclaje, sino de anclaje entre el sujeto y el Estado, aportando a la producción de identidades que permitan la autorrealización⁴² que será siempre el fin de toda intervención.

Al no tener a quien acudir cuando ven vulnerados sus derechos, cuando sin esperanza deben recorrer a la luz de las sombras por lugares e instituciones que no les reconocen como sujetos dignos de buen trato, como seres humanos pertenecientes a una nación, el ciudadano se olvida de sí mismo, pierde la esperanza, se encuentra desorientado en un universo que solía reconocer pero que ahora lo hace completamente ajeno a él por su situación de vulnerabilidad.

Cursiva propia.

Comprendo tardíamente que la polémica modernidad-posmodernidad estaba estructurada por el Estado como figura institucional, social, política

⁴¹ Acerca del concepto de “ciudadano” Inmanuel Wallerstein (2001) señala que está ligado a la estructura de la economía-mundo capitalista y, por lo tanto, a la construcción de los Estados nacionales. Refiere que la política de ciudadanía tuvo un papel estabilizador, haciendo menos estridentes los conflictos de clase, étnicos o religiosos. El sufragio, el Estado de bienestar –o sea, cierta redistribución de la renta– y la escuela –en la mayoría de los países– contribuyeron al apego de los ciudadanos al Estado.

⁴² Pirámide de las necesidades de Maslow

que configuraba el pensamiento. La querrela modernidad-posmodernidad se agota cuando el Estado ya no provee supuestos para la subjetividad y el pensamiento. Pues en retrospectiva, modernidad-posmodernidad era pensamiento instituido estatal *versus* pensamiento crítico anti estatal.(...) (Lewkowicz, 2004). P.P 2-2

Esta separación cambia por completo el proceso dialéctico entre el Estado y el ciudadano establecido en el contrato social; lo que nos lleva a pensar: ¿sí, el ciudadano solo se reconoce cuando es primero reconocido por el Estado y en este proceso aparece como intermediaria la institución privada; el contrato social se ve vulnerado? Para dar claridad a este cuestionamiento comenzaré por el proceso dialéctico de configuración entre el Estado y el ciudadano.

El Estado⁴³ que en una formación capitalista adquiere el rol cómo regulador de las relaciones económicas, somete al ciudadano por medio del discurso legitimado en las políticas públicas que favorecen al capital, políticas tendientes a manipular la mente del sujeto en un endeble discurso de garantía de derechos en el que la inflexión por parte del usuario asegura el terreno de ganancias.

La formación social como sistema o como mecanismo solo puede comprenderse partiendo de la sustancia, pero también del sujeto, es decir esa comprensión de la realidad como materialidad que incluye al sujeto en toda su esencia, sus deseos, sus pensamientos, sus modos de ser, de vivir y de actuar frente a determinada situación.

⁴³Así: el tipo capitalista de Estado se refiere en primer lugar a la autonomía específica de sus estructuras y de la lucha económica de clases, en la relación de ese Estado con el efecto de aislamiento en las relaciones sociales económicas del M.P.C para ser claro sobre este punto, designaré en adelante esa relación del Estado con el aislamiento de lo económico o de las relaciones sociales económicas. Ese tipo de Estado debe ser confrontado, finalmente a su relación con la lucha política de clases, más particularmente con las prácticas políticas de las clases dominantes en ese modo: lo que importa en este caso es la relación del Estado con la hegemonía de clase, es decir, con la constitución de una clase como hegemónica respecto del “pueblo-nación” y respecto del bloque en el poder, cuya formación corresponde al tipo capitalista de Estado. (Poulantzas, 1969-1970)

El Trabajo Social que deberá orientar su acción al conocimiento complejo de los modos de ser, de actuar, de desenvolverse en un espacio institucional con el fin de interpretar en las acciones cotidianas el problema de fondo que deberá ser modificado con el fin de cambiar la realidad social del sujeto a intervenir, debe llevar este tipo de conocimiento a un profundo proceso reflexivo de comprensión e interpretación.

La predisposición de los sujetos a participar y a confiar los escenarios institucionales y estratégicos que les ofrece la sociedad, parece depender, cada vez más de una condición muy básica: el grado de seguridad, certidumbre y sentido que obtienen de ellos para sus vidas cotidianas. (MALACALZA, FUENTES, & CRUZ, 2012)

En este proceso de desanclaje entre el individuo y el Estado; la institución empieza a desarrollar su rol dentro de la organización como productor de pensamientos; su comportamiento obedece a una estrategia de manipulación entre la afirmación y la negación; la idea de la institución se hace presente en el individuo y en este proceso lo convierte en su esclavo; en ese ir y venir de trámites interminables el usuario se convierte en un sujeto pasivo incapaz de refutar lo que le dicen aunque esto suponga en él y su familia sufrimiento; se empieza a crear la incapacidad de revelarse contra las situaciones que le vulneran; el miedo a la institución es mayor que su capacidad de defensa y su argumento radica en la autoridad que ejerce la institución sobre él provocando sentimientos de desconfianza e incertidumbre en su vida cotidiana.

(Lewkowicz, 2004) La soberanía no emana ya del pueblo sino de la gente. La gente ya no son los ciudadanos sino los consumidores. Si el consumidor se inviste como soberano, la ley será la ley de consumo. Tanto como decir que la ley de la oferta y la demanda pasarán de fantasmagoría categorial de una disciplina a legislación explícita de la nueva ficción.

La palabra “consumidor” asume una posición ideológica relevante cuando otorga a éste derechos que no poseen los “no consumidores”, este modelo en el cual el individuo “es en cuanto tiene” posee un declive hacia la creación de un espacio educativo institucional ejerciendo la calistenia mental necesaria en los usuarios que permita proyectar ideas que faciliten las posiciones de dominación y poder; bajo este carácter la conceptualización del consumidor y el ciudadano solo revisten importancia cuando se trata de posicionar la ideología capitalista.

El poder no es algo que posee la clase dominante; postula que no es una propiedad, sino que es una estrategia. Es decir, el poder no se posee, se ejerce. En tal sentido, sus efectos no son atribuibles a una apropiación sino a ciertos dispositivos que le permiten funcionar plenamente. El poder moderno es esencialmente poder discursivo, definido de acuerdo con una sencilla relación de transitividad: existe el poder de controlar el discurso, el discurso controla las mentes, las –que a su vez– controlan las acciones, de allí que quienes controlan la formulación y circulación de discursos -esto es, quienes los legitiman- también (Roca, 2012)

Contra todas las formas del error “interaccionista” que consiste en reducir las relaciones de fuerza a relaciones de comunicación, no es suficiente señalar que las relaciones de comunicación son 1. uno piensa en el sentido etimológico de categorías tal como lo recuerda Heidegger: acusar públicamente: y, al mismo tiempo, en la terminología del parentesco, ejemplo por excelencia de categorías sociales (términos de tratamiento). 2 La tradición neo-fenomenológica (Schütz, Peter Berger) y ciertas formas de la etnometodología aceptan los mismos presupuestos por el solo hecho de omitir la cuestión de las condiciones sociales de la posibilidad de la experiencia dóxica (Husserl) del mundo (y en particular del mundo social), es decir, de la experiencia del mundo social como yendo de suyo (taken for granted, como dice Schütz). 2 siempre, inseparablemente, relaciones de poder que dependen, en su forma y contenido, del poder material o simbólico acumulado por los agentes (o las instituciones) comprometidos en esas relaciones

y que, como el don o el potalch, pueden permitir acumular poder simbólico. En cuanto instrumentos estructurados y estructurantes de comunicación y de conocimiento, “los sistemas simbólicos” cumplen su función de instrumentos o de imposición de legitimación de la dominación que contribuyen a asegurar la dominación de una clase sobre otra (violencia simbólica) aportando el refuerzo de su propia fuerza a las relaciones de fuerza que las fundan, y contribuyendo así, según la expresión de weber, a la “domesticación de los dominados”. (Gañan Echavarria, 2013)

Un nuevo habitante de la parte dogmática de la nueva constitución: el consumidor, primera irrupción del nuevo soporte subjetivo. Un malestar que traduce el agotamiento histórico de lo que aprendimos a imaginar cómo sustancial. Una ficción que se nos agota ante los ojos, una ley todavía sin legitimidad y un espacio vacante para un nuevo principio soberano. Si no recaemos en el tiempo homogéneo supuesto por las tendencias, veremos que habitamos un tiempo de incertidumbre - en el conjunto de las condiciones agotadas no está dado lo que viene a sustituirlas- ; un tiempo abierto entonces de creación -estos momentos de agotamiento son los momentos privilegiados de institución práctica de nuevas ficciones-o un tiempo, en definitiva, de silencio -de oclusión o de epifanía, ya veremos-o lo único que sabemos del futuro es que diferirá del presente (Lewkowicz, 2004)

Toda opción teórica es, a su vez, una opción ético-política. La rigurosidad en el análisis de la realidad es un elemento clave para cualquier proyecto dirigido a recuperar la “condición humana” de nuestro pueblo.

Hablar de “condición humana” advierte que como “humanos” todos tenemos los mismos derechos dando valor a la vida en sociedad ejercer el punto de conciliación entre una y otra clase social es decir ser el puente de conexión que hace visibles a los más oprimidos potenciando las capacidades

institucionales e individuales en el proceso de producción de identidad y garantía del derecho. (MALACALZA, FUENTES, & CRUZ, 2012)

Recuperar la “condición humana” solo es posible en un país justo, libre, democrático, donde pueda considerarse al conjunto humano superando la aparente incapacidad de construirse en sí, sin excluir al otro.

La institución convierte prácticas humanas en prácticas crueles e inhumanas el olvido del paciente de alto costo, convertido en un insumo de mercado, dominado por la ideología mercantilista impartida por la institución como concepto válido, escudando sus crímenes en la jurisprudencia y la psicologización de las problemáticas producidas por este; en su narrativa institucional, genera pensamientos y sentimientos de desesperanza y de incapacidad en una indisociable lucha por ser reconocido.

Sí, la condición básica interpuesta por la institución no cumple con los requisitos para que los usuarios participen y confíen en los escenarios institucionales; ¿estos se verán obligados a la dependencia total de sus derechos?

El proceso de mutua implicación entre sujeto y sociedad se mueve por las significaciones imaginarias sociales, productoras de coherencia y malestar, ya que son estas las que hacen que las instituciones tengan o no sentido y, por ello, eficacia. Por lo tanto, son las que ordenan la vida social y el modo de producción y reproducción de la subjetividad (Malacalza, 2006: 63). Teniendo en cuenta esta afirmación las instituciones como organismos del Estado en este caso las instituciones de salud producen en los usuarios subjetividades definidas por: su modo de ser, la atención que brinda y los procesos necesarios para acceder a los servicios; esta situación genera en los usuarios mecanismos de defensa o de acción en cuanto al cubrimiento de sus necesidades.

El Estado es un término importante entre otros de las situaciones, pero no es la condición fundante del pensamiento. El Estado no desaparece como cosa; se agota la capacidad que esa cosa tenía para instituir subjetividad y organizar pensamiento.

Al desaparecer la coherencia entre la función del Estado y el ciudadano aparece una privación de voluntad, libertad y capacidad con una impronta en la posibilidad social de ser o no ser frente al Estado. (Lewkowicz, 2004).

La pérdida de la capacidad estatal en la producción de pensamiento que como se afirma anteriormente afecta solo a aquellos que pertenecen a la población más oprimida e invisible de la formación social, esa población que requiere del Estado para suplir sus necesidades básicas debido a la desigualdad e inequidad a la que son sometidos. Esta estrategia lineal de “*Capiti diminuti*” se hace presente en las instituciones de carácter privado que fracturan la articulación ciudadano-Estado; con la imposición de condiciones excluyendo lo social.

El Estado que ejerce únicamente un rol de veedor o regulador pasando desapercibido por el ciudadano que requiere de este para que se garanticen sus derechos; rol regulado y legitimado en la constitución del 91, la ley 100 del 93 y su amplia jurisprudencia, que por medio del discurso ponen en jaque la garantía del derecho a la salud favoreciendo los focos de acumulación por desposesión y corrupción.

4.2 El Trabajador Social en el Sistema de Salud Colombiano.

La participación del Trabajador Social en el sistema de salud colombiano fue avalada en el plan nacional de salud pública 2007-2011, cuando expresa que la salud es un “...derecho esencial individual, colectivo y comunitario logrado en función de las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida, mediante acciones sectoriales e intersectoriales. Se evidencia entonces, que los actores son el individuo y el entorno social” (Consejo Nacional de Trabajo Social, 2012)

La intervención profesional del Trabajador Social no debe estar centrada en el individuo; resaltamos la importancia de la comprensión del proceso de enfermedad,

producto de las relaciones biopsicosociales del sujeto que encierran la formación social en su completitud; considerando que las condiciones materiales, ideológicas, políticas y económicas abarcan todos los procesos de atención, prevención, tratamiento y recuperación de la salud y la enfermedad que influyen en la garantía del derecho.

En este proceso de intervención debemos partir de la comprensión del sujeto dilucidando las complicaciones producidas por el entorno que lo rodea en el proceso de salud-enfermedad dando una mirada profunda a la situación en particular producto de la capacidad legislativa, olvidando la superficialidad de los conceptos para adentrarnos en el concepto mismo y así contribuir al conocimiento necesario que pueda convertirse en agente de cambio.

Estudiar los problemas sociales desde un componente político responsable de la problemática social como afirma (MALACALZA, FUENTES, & CRUZ, 2012)⁴⁴. *“toda intervención del Trabajo Social debe ser política, para que esto se de, la rigurosidad en el estudio de casos, la particularidad y singularidad del individuo son simplemente una desviación del objetivo real a estudiar”*. En definitiva, si nos limitamos dentro de la esfera individual estamos ignorando complejidades estructurales y abstractas que verdaderamente influyen en el tratamiento efectivo de la problemática.

⁴⁴**Verónica Cruz.** Licenciada en Trabajo Social egresada de la UNICEN. Magíster en Trabajo Social por la FTS, UNLP, es profesora adjunta ordinaria de la asignatura Trabajo Social IV en esta unidad académica,

Susana Malacalza - María Pilar Fuentes - Verónica Cruz (comp iladoras)

168

en la que también se desempeña actualmente como decana. Ha dirigido proyectos de extensión acreditados por la UNLP, y se desempeña como investigadora en proyectos acreditados por la UNLP y por la Comisión de Investigaciones Científicas. Junto a Susana Malacalza publicó el libro *Escenario social complejo* (2009). Ha escrito artículos en revistas y libros, y presentado ponencias en congresos y jornadas académicas, abordando la intervención profesional en el campo de la educación pública y de las políticas sociales dirigidas a niños y jóvenes. Es doctoranda en Trabajo Social en la FTS, UNLP.

El trabajo social, profesión ubicada en el campo de las ciencias sociales y humanas, promueve el cambio social; interviene en procesos y proyectos que tienen que ver con las relaciones humanas, las políticas de bienestar, desarrollo humano y social, considerando al individuo como ser biopsicosocial; fundamenta su quehacer en los criterios de democracia que enmarcan la justicia, la libertad y el bien común. Así mismo, sus actuaciones se centran en atender lo social de los conflictos, necesidades, carencias y problemas de los sectores con limitaciones para satisfacer sus necesidades básicas(...) (Consejo Nacional de Trabajo Social, 2012)

Teniendo en cuenta que el concepto de salud como afirma (Gañan Echavarría, 2013) desde otra perspectiva de categorías de evolución del concepto de salud, se proponen las siguientes: (i) la *bipolaridad* salud-enfermedad como concepto individual y como concepto colectivo, ambos basados en la noción de que salud era no estar enfermo⁵⁶. (ii) la salud como un Estado normal de las funciones orgánicas y psíquicas. Conceptualización de la salud, ya no ligada a la enfermedad, sino como el Estado normal de las funciones orgánicas y psíquicas⁵⁷. (iii) la salud como un Estado de equilibrio y sanidad del organismo. La salud no es solo un Estado normal de las funciones orgánicas y psíquicas, sino un Estado armónico y de sanidad del organismo como un todo en equilibrio⁵⁸. (iv) la salud como un Estado de completo bienestar. La concepción de la salud, ya no solo como un Estado de equilibrio y de sanidad del organismo, sino como el Estado de completo bienestar del individuo. Conceptualización que contiene elementos físicos, psíquicos y mentales, pero también elementos teóricos y utópicos de desarrollo personal⁵⁹. (v) la salud como la posibilidad del individuo de lograr el mayor desarrollo de su personalidad y de su capacidad de funcionamiento⁶⁰. (vi) la salud como visión integral e integradora en la cual el individuo debe tener la posibilidad de desarrollar al máximo su

personalidad y capacidad, no sólo bajo determinantes biológicos sino también bajo determinantes adecuados de tipo ambiental, de excelentes servicios de salud y de adecuadas condiciones sociales y culturales.

El remontarse a entender el significado del lenguaje en el proceso de pensamiento subjetivo, la declaración de lo bueno y lo malo, la aparición de nuevos términos, nuevas leyes, nuevas instituciones configuran un nuevo universo conceptual que cambia por completo el proceso relacional; entre el individuo y el entorno que lo rodea; constitucionalmente en este nuevo apartado donde aparece como sujeto de derechos el consumidor, incluso con mayores derechos que el ciudadano del común, posee una modificación entre la relación del concepto de derecho a la salud y la prestación del servicio de salud; como se posicionaba anteriormente la palabra consumidor posee un cambio significativo en este proceso; acorde con ello cabe preguntarnos ¿ Sí, la capacidad de consumo otorga derechos genera una diferencia entre aquellos con capacidad de consumir y aquellos no consumidores?; veamos:

Si en el proceso de prestación de servicios de salud dentro de su lenguaje legítimo analizamos que existen ya dos conceptos que fundan pensamiento “el régimen contributivo, y el régimen subsidiado” haciendo una clara diferencia entre aquellos que tienen la posibilidad de pagar por el servicio y aquellos que no; a parte de ello existe otra configuración por medio del lenguaje, aquella que hace diferencia entre “el pos-c, el pos-s y el No POS; en este proceso discursivo de negación evidente por el solo hecho de no pertenecer a un tipo específico de régimen o por la “categoría” del medicamento formulado ya se están estableciendo marcas previas y legitimidad en la vulneración del derecho; aún más acuciante es la evidencia de que no se cumple a ninguno de los dos regímenes ambos deben ejercer acciones legales con el fin de acceder a los servicios incluso a los que se encuentran dentro del pos como se evidencia en capítulos anteriores (Op.cit.p.p 83-3)

Estas marcas previas impuestas por medio del mecanismo jurisprudencial y el discurso institucional de negación, generan en el usuario ciertos modos de actuar, ahora bien, el tipo de pensamiento subjetivo como vemos es producido de manera si se puede usar la palabra “manipulación” para que aquel que se encuentra sometido y vulnerado siga en su Estado de pasividad pues el discurso recibido aunque vulnere sus derechos se encuentra legitimado en la jurisprudencia y por lo tanto la vulneración del derecho queda normalizada y el individuo estupefacto ante tal respuesta acepta como “normal” lo que se supone que al atentar contra la vida y la dignidad humana debería ser **inaceptable**.

Como suele suceder con los problemas serios, la *violencia institucional* actual comporta un desafío para nuestros hábitos de pensamiento. Lo que sabemos o creemos saber sobre el asunto se agotará rápidamente en su productividad. No se nos impone solamente pensar otra cosa; sobre todo se nos impone pensar de otro modo. (Lewkowicz, 2004).

Este tipo de sujeción que configura y domina el pensamiento, evitando el levantamiento ante la cruel ventaja de unos sobre otros, y en este proceso dialéctico la institución que aparece para remitir un discurso ya implementado por las políticas económicas del BM que con su afrenta de “salvación a los países subdesarrollados” mercantiliza todo lo que está a su alcance, derechos, deberes, ciudadanos, usuarios, consumidores entre otros; este tipo de pensamiento mercantilista e instrumentalista termina por vulnerar aquellos ciudadanos que teniendo derechos son vistos por las instituciones como aquellos pobres a quienes se debe subsidiar por su imposibilidad de consumo; en este proceso la institución no se hace presente para defender los derechos de los usuarios, en contraposición los moldea con un discurso punitivo que ataca violentamente pero de forma silenciosa.

Sí pensamos en la reacción de alguien violentado legítimamente en una riña o en una pelea, esta persona por lo general reaccionará de la misma manera, su

respuesta a la violencia y a su vez su instinto de supervivencia le proporcionan el valor para enfrentarse a su enemigo, no obstante, cuando la violencia ni siquiera permite a su contraparte defenderse; aquel vulnerado queda sumido en un estado de humillación y de sometimiento al que no sabe cómo enfrentarse porque ni siquiera posee el conocimiento suficiente para saber que se le está violentando.

(Lewkowicz, 2004), lo que hoy llamamos violencia institucional no denuncia un disfuncionamiento específico, sino que más bien alerta acerca de una alteración drástica en el concepto mismo de institución. El Estado-nación como mega institución cuyo organigrama interno es el conjunto de todas las instituciones. La trama de la red resultante es coherente; la cadena puede ser recorrida como quien aborda un silogismo, o una cadena deductiva matemática. Nada queda fuera de la trama estatal-institucional. La violencia institucional se encuentra entonces diseminada en una red orgánica de instituciones.

La referencia hacia la vida sustancial se refiere a la reproducción de la vida material, cuales son los procesos que vive, como se mueven a uno y otro lado del individuo; pensar los problemas sociales requiere de un elemento que apoye o refute los conceptos emitidos durante la intervención, esa capacidad crítica de interpretar las señales que son invisibles para otros, debe hacerse evidente.

El estudio de la sociedad a partir de lo mínimo, de lo común, del todo en general, busca entender la completa plenitud de ese pensamiento social o subjetivo desde su fundamento como organización o como institución que normaliza y legitima el discurso. en este contexto el usuario, el pensamiento subjetivo producido a través de los efectos institucionales y la violencia estructural⁴⁵ generan sentimientos y emociones quizás desconocidas para el

⁴⁵La violencia estructural fue establecida conceptualmente por Galtung (1985) para abordar las formas menos visibles de violencia como son, por ejemplo, la injusticia social,

sujeto que sobrelleva una situación de desigualdad o de vulneración a sus derechos, en este proceso la evolución física, psíquica y moral del sujeto se ven alteradas, ya no piensa como antes, ya no actúa como antes; le desconocen aquellos que pertenecen a su entorno relacional más cercano y para la institución su respuesta es un proceso psicológico de desadaptación (Lewkowicz, 2004).

En este proceso de “desadaptación” en el que el individuo buscando su defensa ejerce “acciones ilegales” el Estado continúa siendo un regulador de pensamiento reduciendo en el discurso “ilegal” nuevamente al individuo a un sujeto pasivo, generar miedo por medio del discurso se convierte en la clave para evitar una posible insurrección que cuestione las posiciones de poder, proporcionando un carácter antagónico entre “lo que es, y lo que debería ser”.

Mientras que, de una parte, la primera manifestación del mundo nuevo no es más que el todo velado en su simplicidad o su fundamento universal, tenemos que, por el contrario, la conciencia conserva todavía en el recuerdo la riqueza de su existencia anterior. La conciencia echa de menos en la nueva figura que se manifiesta la expansión y la especificación del contenido; y aun echa más de menos el desarrollo completo de la forma que permite determinar con seguridad las diferencias y ordenarlas en sus relaciones fijas (...). (HEGEL, 1807)

la desigualdad y la exclusión. A diferencia de la violencia directa, relacionada con la agresión física o moral en la cual se puede identificar el agente de violencia; en la violencia estructural, aunque sus consecuencias puedan ser visibles (pobreza, exclusión), esa clara identificación no es posible. En todo caso, el “agente” se vincularía a la estructura social, en el sentido de que situaciones de dominio y desigualdad social limitan el desarrollo de las capacidades de una parte de la sociedad. Y esas limitaciones estructurales son consideradas como violencia (Penalva & La Parra, 2008)

En lo que respecta al contenido, los otros recurren a veces a medios demasiado fáciles para lograr una gran extensión. Despliegan en su terreno gran cantidad de materiales, todo lo que ya se conoce y se ha ordenado y, al ocuparse preferentemente de cosas extrañas y curiosas, aparentan tanto más poseer el resto, aquello que ya domina el saber a su manera, y con ello lo que aún no se haya ordenado, y someterlo así todo a la idea absoluta, que de este modo parece reconocerse en todo y prosperar en forma de ciencia desplegada. Pero, sí nos paramos a examinar de cerca este despliegue, se ve que no se produce por el hecho de que uno y lo mismo se configura por sí mismo de diferentes modos, sino que es la informe repetición de lo uno y lo mismo, que no hace más que aplicarse exteriormente a diferentes materiales, adquiriendo la tediosa apariencia de la diversidad (...).

Bajo esta línea teórica el discurso legitimado por las instituciones basado en la infinita “procesión” de disculpas, instituye con estas una verdad repetida; la palabra y el lenguaje como fundadores de pensamiento cumplen su rol en el engranaje de la maquinaria organizacional, constriñendo a los individuos a un sometimiento burocrático por la omisión del derecho a la salud, en aras de la economía disfrazada de constitución y democracia.

De modo similar, se establece el discurso en la ley que para impartirlo hace uso de las instituciones que protegen el sistema económico actual, tan mecánico e inmune donde la política, las leyes, la fuerza pública y hasta los medios de comunicación; otorgan a los usuarios de la salud el papel de mayor carga en el soporte de dicho engranaje funcional, de manera que, no pasa de ser un cotizante o beneficiario de un deficiente y además justificado modelo de salud. Aceptando así la normalización que su estrato socio-económico o educativo le limite.

La evidencia de la dialéctica del amo y el esclavo se manifiesta con la indisociable dualidad institución de salud (estructura) / usuario o paciente (sujeto social),

mientras esto sucede la institución niega los servicios y acumula capital y el esclavo por lo tanto se sigue sometiendo a una lucha donde su única arma es la acción de tutela y su espectro de justicia.

Sí, como venimos señalando, el actual contexto se caracteriza por la crisis del Estado-nación, podemos afirmar que dicho proceso trastoca también el suelo de la constitución subjetiva, cuya expresión se da en el desplazamiento de la “promesa” del Estado por la del mercado. Ya no se trata de sujetos-ciudadanos, sino de consumidores, que configurarían una subjetividad situacional por fuera de los dispositivos institucionales modernos, entre los cuales encontramos la familia y la escuela (Duschatzky y Corea, 2002: 31). (MALACALZA, FUENTES, & CRUZ, 2012)

comprender la totalidad de lo esencial, nos proporciona el secreto del conocimiento, el materialismo nos muestra una estructura del sistema, para este caso el sistema de salud, protege sus intereses en la dialéctica utilitarista; en el advenimiento entre la afirmación y la negación, la institución de salud crea el concepto de vida y muerte, el esclavo temeroso de la situación se somete, se calla, no reclama lo que le corresponde y se convierte en la materia prima ideal en el sostenimiento del sistema.

En el marco de la ley 53 de 1977, se reglamentó el ejercicio de la profesión del Trabajador Social, y el decreto 2833 de 1981 reglamentó dicha ley, lo cual reviste la legalidad el ejercicio profesional del Trabajador Social, para facilitar que las personas desarrollen plenamente sus potencialidades, enriquezcan sus vidas y prevengan las disfunciones. Por ello, los trabajadores sociales se convierten en agentes de cambio en la sociedad y en la vida de las personas, familias y comunidades con las que trabajan.

Es necesario contemplar la salud como un concepto estructural que abarca todas las dimensiones del ser humano como ser biopsicosocial en una triada de aseveraciones que resaltan el derecho como parte fundamental en el desarrollo personal, familiar y a partir de esta concepción comprender la vulneración del derecho no solo como un problema individual sino como un problema social, que limita el progreso y las posibilidades de solventar las crisis profundizando los caracteres específicos de la desigualdad social, generando en el sujeto y su entorno familiar y socio-político, en esta situación el Estado debe hacerse presente otorgando al ciudadano las posibilidades de suplir sus necesidades básicas y la promoción al sujeto a potencializar al máximo sus capacidades.

Pero la realidad social es diferente, pues recaen en el dispositivo Estatal funciones que éste no ejerce y delega el máximo de responsabilidades a intereses neoliberales de perpetuos escenarios diacrónicos. En ese proceso, afirma (Lewkowicz, 2004). Seguramente no estamos lejos de los núcleos problemáticos si nos abocamos a dos transformaciones paralelas, y hasta consustanciales: la conversión de los Estados-nación en técnico-administrativos; la conversión simultánea de los ciudadanos en consumidores. O tal vez no la *conversión* sino la *emergencia* de la figura del consumidor como nuevo término fundante de nuestro oscuro contrato social, si queremos conservar la agradable fórmula.

“recordar que el campo intelectual como sistema autónomo o que pretende la autonomía es el producto de un proceso histórico de automatización y de diferenciación interna, es legitimar la automatización metodológica que permite la investigación de la lógica específica de las relaciones que se establecen en el seno de este sistema y lo integran como tal; equivale también a disipar las ilusiones nacidas de la familiaridad, al poner al descubierto que, como producto de una historia, este sistema no puede dissociarse de las condiciones históricas y sociales de su integración y condenar por ello toda tentativa de considerar las proposiciones que se

*desprenden del estudio sincrónico de un Estado del campo como verdades esenciales, transitorias y transculturales.12 una vez conocidas las condiciones históricas y sociales que hacen posible la existencia de un campo intelectual -una vez definidos, al mismo tiempo, los límites de validez de un estudio de un Estado de este campo-, este estudio adquiere entonces todo su sentido, porque puede captar "en acto" la totalidad concreta de las relaciones que integran el campo intelectual como sistema"*⁴⁶.

Por otra parte (MALACALZA, FUENTES, & CRUZ, 2012). Actualmente, y tal como lo señala Sonia Fleury Texeira (1997) asistimos a un proceso de reproducción de la "ciudadanía invertida", producto del carácter compensatorio y punitivo que asumen las políticas asistenciales del Estado, las cuales someten a los asistidos a la comprobación de su condición de "pobres". En esta condición política, el individuo entra en relación con el Estado en el momento en que se reconoce como un "no-ciudadano" al requerir, desde ese lugar, la asistencia social.

¿Sí, el discurso de la institución es de negación y aquel que no posee el conocimiento suficiente para refutar esa negación y llegar a la negación de la negación se convierte en esclavo del sistema?

Sea contributivo o subsidiado el régimen al que pertenezca el usuario de acuerdo con la constitución política se debe garantizar de forma equitativa el cumplimiento del derecho obedeciendo a los principios consagrados en la constitución del 91 y en la ley 100 del 93.

Es natural ver como en el sistema de salud la educación y la clase socio-económica revisten gran importancia en la prestación del servicio; pues aquellos que

⁴⁶*Pierre, Bordieu. Campò de poder, campo intelectual; itinerario de un concepto; editorial Montresort; 2002 p,9Fuente especificada no válida.*

pertenece a estratos socio-económicos más altos, también poseen relaciones sociales mucho más “efectivas” es notorio ver que el ser humano a parte de su materialidad es producto complejo de sus relaciones sociales.

El régimen subsidiado es el que recibe los mayores efectos destructivos del sistema, pues la clase burguesa al poseer mayor conocimiento sobre ello, además cuenta con relaciones sociales de las que muy seguramente pueden recibir un beneficio; en yuxtaposición el pobre olvidado por su falta de conocimiento, de dinero, y de relaciones sociales ve su vida y la de su familiar en peligro; su salud y su dignidad se ven afectadas por la legitimación de la supremacía de una clase sobre otra.

Los presupuestos de acción de acuerdo a la clase social están instaurados por el tipo de instituciones a las que se asiste; ¿qué clase de institución educativa, institución religiosa, institución sanitaria o institución familiar? (en esta se forman los primeros conceptos sobre el pensamiento); dichas instituciones al ser organizaciones del Estado tienen el deber de impartir conceptos con el fin de crear pensamiento; este pensamiento institucional obedece a una política de carácter dualista entre lo económico y lo social.

Nos preguntamos entonces ¿si existen usuarios que acceden a mejores condiciones en el sistema de salud que otros; esos otros que no pueden acceder a las mismas condiciones no son considerados ciudadanos?

(Lewkowicz, 2004) Ofrece esta concepción *“el consumidor aparece en un momento en la constitución, pero no tiene lugar en el sistema lógico de la constitución. ¿Es un cuerpo extraño? ¿Un suplemento? ¿Un sustituto? será preciso insistir en la indeterminación abierta por esta ambigüedad. ¿El consumidor es también un integrante del pueblo? ¿Es el átomo de la gente? ¿La gente figura en la constitución? ¿Coexisten en armonía o en tensión la gente y el pueblo? ¿Hay dos países heterólogos en el mismo territorio textual? parece que no importa la constitución lógica. Importa que funcione. El devenir producirá las formas efectivas.”*

El consumidor que solo se hace ciudadano de acuerdo a su capacidad de consumo, y solo de acuerdo a ella tendrá la capacidad de exigir sus derechos como ejemplo: la representación del derecho a la salud lleva un componente teórico político a destacar: el Estado como principal garante del derecho al permitir la participación de la empresa privada en sus funciones posibilita el distanciamiento del ciudadano y el Estado, es decir, la aparición de intermediarios entre el ciudadano y el Estado establece ya un ambiente poco confiable; el sector privado al convertirse en prestador de servicios tiene un principio que salvaguardar, el capital empresarial y su capital personal, este pensamiento capitalista bajo el cual se implementó el nuevo enfoque en la prestación de servicios a nivel global presenta la institución de la salud como campo mercantil, configurando en los usuarios pensamientos estructuralistas de acuerdo al nivel jerárquico en el que se ubique la institución; para ser más claros el paradigma en el caso nacional: el Estado se encuentra en la cúspide de la pirámide como principal garante del derecho; luego aparecen los entes territoriales, las instituciones y por último el ciudadano como producto de esa estructura.

El conocimiento de lo cotidiano en las instituciones y organizaciones sociales resulta fundamental para comprender la indisociable articulación entre la producción social de la subjetividad y su participación en el sostenimiento de los procesos sociales de conservación y cambio. En esta búsqueda, pensamos que el análisis de las dinámicas institucionales y de las prácticas sociales que contribuyen a la construcción de subjetividades posibilita la comprensión de cómo lo socio institucional produce identidades. (MALACALZA, FUENTES, & CRUZ, 2012).

Son entonces las instituciones y las organizaciones aquellos entes que producen pensamiento, como vimos anteriormente por medio del discurso impartido por las instituciones que se legitima en los entes territoriales y por último es avalado por el

Estado que obedece a la ideología pos-neoliberal; así las subjetividades tienen un sentido de totalidad y por lo tanto los problemas sociales están inmersos en ella.

4.2.1 análisis de caso

Las subjetividades producidas por la ideología (pos) neoliberal, el caso de Leydy Paola y su Papá

En este apartado describimos la pertinencia herética de Jhon Jairo y Leidy Paola en su disputa por el reconocimiento del derecho a la salud, nos proponemos una exploración a profundidad de las experiencias y subjetividades; la propuesta metodológica parte de un estudio correlacional en búsqueda de la manifestación de la ideología (pos) neoliberal en la maquinaria político-económico-institucional, posibilitando la lectura de la tensión instituido-instituyente.

El caso de Leydy Paola y Jhon Jairo ilustra de manera clara las subjetividades producidas por el discurso institucional y el itinerario Burocrático y su relación procedente con la acumulación por desposesión.

Los itinerarios burocráticos son "demandas obligatorias administrativas, financieras y jurídicas que se imponen en los pacientes para acceder a los servicios o recibir una atención adecuada. [...] los cuales se componen de las luchas por el acceso a la atención en salud por parte de las/os ciudadanos, las fallas estructurales del funcionamiento del sistema, y las consecuencias perjudiciales en la vida de las personas". (Abadía & Oviedo, itinerarios burocráticos del Sistema de Salud en Colombia. una herramienta teórico metodológica para evaluar los sistemas de salud basados en la atención gerenciada, 2009).

El presente caso tiene como objeto declarar la prestación del servicio de salud en Colombia como un servicio inexecutable cuando se trata de enfermedades de alto costo; "la atención en salud no depende de las necesidades de las personas o de la valoración médica, pero sí del cumplimiento exitoso de las normas administrativas

del sistema y los costos financieros (nuevas barreras de acceso y calidad). Cuando es imposible recibir la atención necesaria, el acceso depende de conocer y realizar acciones legales, cuyos resultados se basan no sólo en las interpretaciones de los jueces, sino también en el cumplimiento de los fallos por parte de las instituciones y demostrar la limitación y sublevación en la que se encuentra la profesión pues en el caso estudiado nunca hubo una intervención de Trabajo Social". (Abadía & Oviedo, itinerarios burocráticos del Sistema de Salud en Colombia. una herramienta teórico metodológica para evaluar los sistemas de salud basados en la atención gerenciada, 2009).

La presentación del caso pretende la interacción de tres voces, que para distinguirlas, se usarán las siguientes convenciones: i) las diversas instituciones que intervienen: EPS, jueces, otras autoridades estatales, etc; esta voz estará en el formato corriente usado hasta el momento, entre comillas y conservando la estructura original de dichos textos⁴⁷; ii) *la voz de Jhon Jairo; esta voz estará con cursiva*⁴⁸; iii) el escribiente del texto; esta voz estará subrayada.

En este sentido, el caso de Leidy Paola expresa la materialización de la acumulación por desposesión en salud y su efecto en la subjetividad producida por medio del discurso institucional, y los efectos en la "normalidad" del proceso de evolución o involución social que deben transcurrir aquellos que no poseen las condiciones suficientes para pertenecer al sistema, para lo cual se siguió la propuesta de análisis de Itinerarios Burocráticos para los sistemas de salud de Abadía & Oviedo (2009), se tomó como base de referencia el estudio realizado por (Alzate Mora, 2014).

Para ello se siguió la propuesta de los autores de realizar entrevistas a profundidad y conversaciones cortas con el fin de obtener un panorama completo de los

⁴⁷Los documentos fueron tomados del archivo personal de Jhon Jairo.

⁴⁸Entrevistas realizadas los días 27 de septiembre, 1 de octubre y 9 de octubre del año 2018

elementos relevantes para afrontar las negativas por parte del sistema de salud (Kleinman y Seeman, 2000) que lograran la saturación de información. El capital social, cultural y económico se convierte en fundamentales para lograr con éxito la respuesta del sistema a las necesidades básicas en materia de servicios de salud.

<u>Diciembre</u> de	<u>Declaración</u>	<u>Diagnóstico de Leydy: INSUFICIENCIA</u>
<u>2007</u>	<u>madre de leydy.</u>	<u>RENAL CRÓNICA.</u>

Declaración de Jhon Jairo, *Ese diciembre de 2007 diagnosticaron a Leydy ⁴⁹de apenas diez añitos con insuficiencia renal crónica, nosotros no sabíamos que era eso, y ahí empezó la odisea en 2008. La niña sufre **esclerosis focal y segmentaria**, Esos hospitales acá en Popayán es una cosa horrible, no haber un nefrólogo pediatra en la capital de un departamento, ninguno.*

La primera vez que yo decidí demandar fue cuando llevamos la niña a valle de Lili, nos dijeron que no había vínculos con Salud Coop, fuimos a Valle de Lili y nos dejaron por allá botados en un corredor, cuando nosotros íbamos al protocolo del trasplante pues había vínculos, pero cuando ya tocaba hacer la cirugía ya no había vínculos, y que como no había vínculos no podían hacer ningún procedimiento, no le habían hecho el trasplante, apenas le íbamos a hacer el primer trasplante. Nadie nos paraba bolas y la niña estaba muy mala, estaba que se nos moría.

Yo me vine pa ca pa Popayán y ya no pensé más nada y me fui pa la procuraduría y allá me dijo el procurador que había que hacer una tutela y bueno yo hice la tutela y me mandaron pa los juzgados y como estaban en ese paro no me recibieron nada, me dijeron que no podían recibir papeles de ninguna clase, entonces me devolví

⁴⁹Según cifras del Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo en su documento sobre la enfermedad renal crónica para del año 2011, en Colombia hay 788.565 personas con Enfermedad Renal Crónica, de este total, el 18,2% corresponden al estado 1, el 31,7% al estado 2, el 43,6% al estado 3, el 3,3% al estado 4 y el 3,2% al estado 5. No fue posible obtener cifras sobre la incidencia acumulada de trasplante renal en nuestro medio. **Fuente especificada no válida.**

pa la procuraduría otra vez y allá me dijeron que tenía que ir a los altos tribunales y allá me recibieron la tutela y la resolución de la tutela salió a los dos días, y ya pues que tenían que llegar a un preacuerdo y allá ya consignaron esa plata y ya nos llamaron que tal día fuéramos pa la cirugía de la niña.

La institución de salud, la institución judicial y las demás instituciones que trascienden el imaginario del colectivo social, se ven inmersas en la reproducción del mismo concepto sometiendo al individuo a una categoría pasible en la que pierde su rol identificador y de autonomía el papel institucional se convierte en un mero facilitador y potencializador de relaciones económicas entre las EPS y el Estado.

La enfermedad de Leidy Paola y el comienzo de la Odisea en la lucha por su vida.

A ella le hicieron el trasplante el 21 de octubre de 2008 y ahí comenzó esa odisea pa pedir esa droga, y esa droga nada que llegaba y nada que llegaba y nada que llegaba, toco ir a un desacato, y otra vez bueno, eso ya comenzó así unos días y ahí comenzó otra vez eso que un mes si había y al otro mes no había, que si había controles y luego que no. Acudimos a la procuraduría y a la superintendencia y nada, eso por ninguna parte nos ayudaban.

Desacato acción de tutela:

Hechos: 1- a la niña LEIDY PAOLA OSORIO YANZA, se le realizó trasplante de riñón, el día 21 de octubre de 2008.

2- el control y las valoraciones mensuales, hasta el mes de julio de 2010, las realizó el Dr. JAIME MANUEL RESTREPO, especialista y nefrólogo pediátrico.

3- por trámites administrativos la EPS SALUD COOP, decidió cancelar estas valoraciones, remitiendo a la niña con la Dra. NEIDER PREDRAZA.

4- las citas con esta doctora son muy escasas, en una sola ocasión se le dio cita a la niña con esta doctora en la cual la Dra. no asistió a la cita.

5- los controles de la niña son mensuales y se requieren de forma prioritaria por su estado de salud. La próxima cita que se le dio a la niña fue el 28 de agosto y NO FUE ATENDIDA.

6- el pasado 1 de septiembre presento cefalea e hipertensión.

7- la NO CONTINUIDAD en la atención por el médico especialista que conoce el diagnóstico y FUE quien realizo el trasplante, genera no solo la violación de los Derechos Humanos de mi hija, sino GRAVES CONSECUENCIAS PARA SU CALIDAD DE VIDA, puesto que los controles son necesarios, en ellos se le ordenan exámenes médicos como los NIVELES DE **TACROLIMUS**⁵⁰ y el ajuste de medicamentos.

El discurso institucional se convierte entonces en un proceso de agotamiento de instancias estructurales en una relación comunicacional en la cual el individuo en su lucha por el reconocimiento; ve su derecho inobservado, invisibilizado y en este proceso termina por agotar su paciencia y fortaleza esperando que este se rinda en su intento y quede sometido a solo dos posibles soluciones: “asumir los costos de manera particular, o esperar impasiblemente las complicaciones producidas por la demora en la prestación del servicio y en muchos casos la pérdida de la vida”; ambas situaciones facilitan la acumulación de capital por parte de las EPS, dando evidencia de la ideología mercantilista implementada y la acumulación por desposesión legitimada en el discurso institucional, haciendo del “derecho a la salud y a integridad física y moral” un concepto básico y sin mayor trascendencia en el beneficio de la sociedad en general.

⁵⁰El tratamiento inmunosupresor es indispensable para prevenir o controlar la respuesta inmune del paciente receptor contra el riñón donado, lo cual permite incrementar la supervivencia tanto del injerto como del paciente. No hay un inmunosupresor ideal, pero existen al momento cinco grupos de fármacos, corticosteroides (ej. prednisona); inhibidores de calcineurina (como ciclosporina o tacrólimus); inhibidores de la síntesis de nucleósidos (v.g. azatioprina); inhibidores de m-TOR (sirolimus); anticuerpos policlonales anti-linfocito (ATG); anticuerpos monoclonales anti-linfocito (OKT3) y medicamentos anti CD25 (daclizumab). **Fuente especificada no válida.**p.p 6-2

La dosis debe basarse principalmente en la evaluación clínica del rechazo y la tolerancia de cada paciente individualmente, con la ayuda de la monitorización de los niveles en sangre.

Es evidente la necesidad de un control exhaustivo por medio de controles con especialista y exámenes de laboratorio para garantizar la recepción adecuada del trasplante, el seguimiento debe ser continuo con la finalidad de disminuir o aumentar las dosis del medicamento de acuerdo a los resultados de laboratorio. La negación de dichos servicios conlleva complicaciones severas en la salud de Leidy Paola hasta el extremo de perder su vida en el intento.

*Como en el 2012 pusimos otra tutela porque pensábamos que la anterior ya no servía porque estaba muy vieja y salió el resultado y ahí volvieron a darle los controles a la niña y ahí pa esa droga desacetos y desacetos y desacetos, iba yo allá y me decían que ya se mandó el comunicado a la EPS que hay que esperar que respondan, yo pasaba 15 y hasta 20 días yendo allá todos los días y eso nada y a lo último me aburría y ya no iba más por allá. **Eso son miles de cosas y miles de trabas.***

En Popayán el 8 de junio de 2012 con oficio número 1619, se admitió la tutela por el juez primero civil municipal y ordena: “admitir, notificar y oficiar a SALUDCOOP EPS, para que dentro del término perentorio e improrrogable de tres días en ejercicio del derecho de defensa que les asiste, informen y alleguen todo cuanto considere de importancia frente a los hechos en que se basa la presente acción tutelar e indiquen porque a sabiendas que se trata de una niña de tan solo 14 años afectada por una patología ruinosa degenerativa, catastrófica y de alto costo, no se le autoriza y entregan las ordenes de apoyo, ni se garantiza el servicio de transporte con acompañante y está en otra ciudad a sabiendas que de conformidad con el artículo 33 del acuerdo 008 del 29 de diciembre de 2009, desde el 01 de enero de 2010 dichos servicios forman parte del POS S para los dos regímenes, contributivo y subsidiado?. Si los servicios solicitados y demás tratamientos ordenados a la menor afectada forman parte o no del Plan Unificado de Salud. ¿Porque se somete al usuario al agotamiento de trámites administrativos torpedeando de esta manera la prestación del servicio con eficiencia y calidad, cuando la jurisprudencia

constitucional ha decantado que antes de cualquier trámite administrativo, prima ante todo el derecho a la salud y vida en condiciones dignas de los usuarios afectados por patologías ruinosas, catastróficas o degenerativas? Todo cuanto consideren de importancia frente a los hechos.

Después de eso llego el caso donde a la niña no le dieron más controles ni nada de eso, eso fue en noviembre de 2016 pasamos unos tres o cuatro desacatos, el juez decía que se le cumpliera que ese tipo ya estaba suspendido por cinco días o por veinte días, yo que me ganaba con un man de esos que le cumplieran eso, yo no necesitaba eso, yo necesitaba era que le dieran la droga a la niña nosotros no necesitábamos más nada y eso desacato tras desacato y en 2016 eso nada valió a nadie le hicieron caso con eso hasta que la niña llego al caso donde perdió ya el riñón, la EPS nos decía que no había contrato con ellos, el Dr. Héctor Ruiz era el gerente, paso noviembre de 2017 un año sin control y eso casi sin medicamentos ni nada, tocaba eso esperar que MEDIMAS RESPONDIERA Y ELLOS NUNCA RESPONDÍAN.

La ley en Colombia es una ley absurda que ampara al más rico, las gentes del gobierno, esos senadores son los que manejan la salud aquí en Colombia.

Ahí fue donde la niña perdió el riñón y desde noviembre de 2016 que había que hacerle el trasplante apenas se le hizo en agosto de 2018.

En septiembre de 2017 la niña se nos desmayó acá en la sala y la llevamos al médico y el médico de acá la remitió para Cali, y llegamos allá y que el riñón ya no le funcionaba, ya tenía un 20 % del riñón funcionando, el médico dijo que le iba a mandar pa sostenerla, en septiembre el doctor le mando una droga a la niña pa recuperarle el riñoncito y se llegó hasta el 13 de diciembre de 2017 y yo ya pues veía que no había ninguna posibilidad porque eso nadie nos daba la droga, no valió la procuraduría, la defensoría del pueblo, ni la personería, ni la superintendencia nacional de salud; nadie, ninguno los podía hacer cumplir y ya al verme así que nada servía yo me fui a meterle candela a eso, lastimosamente eso no prendió; la

meta era meterle candela a eso allá, mira que ya la niña perdió el riñón, entro a esas diálisis y ya empezamos un protocolo con la otra hermanita que ella le dono el riñón.

Hacer el esfuerzo de hacer el trasplante a una niña pa que no le den la droga es otro riesgo, se puede perder el riñón, uno se siente totalmente humillado con esas EPS y con el Estado, El Estado no brinda nada, si eso el Estado es una cosa muy horrible, uno vota por un tipo de esos para que lo amparen a uno, para que lo ayuden, eso es uno solo, frente a las EPS siento rabia, imagínese que en este momento el riñoncito que yo le done todavía funciona por ahí un 20%, eso no tiene nombre, uno no pide si no lo justo, lo que es, lo que manda el médico. El trato de las EPS ha sido horrible.

La prolongación del sufrimiento a través de la negación del servicio sostiene una connotación de dominio ideológico por medio de la reproducción de un concepto (leyes, medios de comunicación, entre otros) que complejiza la forma original del imaginario institucional como espacio simbólico productor de identidad y significación en un espacio de vulneración y arbitrariedad en el cual se instala una muralla infranqueable de represión y autoritarismo que Bajo el componente ideológico producido en la institución con El discurso de sometimiento en el cual el miedo y la culpa facilitan el adoctrinamiento del individuo por medio de la confusión y el aprovechamiento de la “estupidez” de la “masa en general”, obturan la capacidad de emancipación y el goce efectivo de los derechos, **¿es entonces el Estado el único capaz de otorgar identidad al individuo?**⁵¹.

⁵¹Según esto, la conciencia que es en y para sí encuentra, indudablemente, en el poder del Estado su esencia simple y su subsistencia en general, pero no su individualidad como tal; encuentra en él, indudablemente, su ser en sí, pero no su ser para sí; más bien encuentra en él el obrar, como obrar singular, negado y sometido a obediencia. Ante este poder, el individuo se refleja, pues, en sí mismo; el poder del Estado es para él la esencia opresora y lo malo, pues en vez de ser lo igual, es sencillamente lo desigual con respecto a la individualidad. La riqueza, por el contrario, es lo bueno; tiende al goce universal, se entrega y procura a todos la conciencia de su sí mismo. La riqueza es bienestar universal en sí; y sí niega algún beneficio y no complace todas y cada una de las necesidades, esto constituye una contingencia que no menoscaba para nada su esencia necesaria universal, que es comunicarse a todos los singulares y ser una donadora con miles de manos.”Fuente especificada no válida.

El papel del Estado y la distancia existente entre este y el sujeto, mediado por la estructura institucional que debe cumplir su papel de acercamiento facilitando al individuo singularidad y capacidad de identificación respecto a ella. Delegar en la institución la responsabilidad de proporcionar identidad, supone un proceso de inhibir o desinhibir la conciencia del sujeto frente al mundo que le rodea, imposibilitando su capacidad reflexiva y su proceso de pensamiento en torno a la realidad existencial en el imaginario social en el cual se desenvuelve; Este proceso dialéctico que sirve para acotar la distancia entre el ciudadano y el Estado sostiene entonces un papel de construcción narrativa lineal en el cual se ve limitada la autonomía de la voluntad política del sujeto.

La institución es la maquinaria productivo-distributiva y circuladora-consumidora de burocracia. No es que toda institución lo sea, sino que todas tienen el poder de serlo. El dominio burocrático es el del papeleo y de la reiteración de lo formal, pero también se traduce en comportamientos instituidos que transforman las gestiones en portentosas cadenas de montaje de los tiempos modernos institucionales; cada uno en su puesto, cada cual en su función. Todos somos, al fin y al cabo, una gran familia. Y en las buenas familias cada cual sabe o debe saber bien el lugar que le corresponde. (Kaminsky, 1990: 13).

cuando la “anormalidad” se hace presente en el comportamiento humano, que en ocasiones podría denominarse bajo el título de “antisocial” con acciones violentas que quizás atenten en contra de otros, nos alerta sobre una situación de vulneración, la violencia institucional que no espera respuesta del violentado sino que lo ubica como un sujeto pasivo, se hace tan visible y de un componente físico tan alto que el comportamiento violento del individuo visibiliza en este momento aquella violencia silenciosa que lo vulnera.

Es necesario denotar la relevancia que cobra el que en una sola familia tres de sus integrantes sobrevivan con un solo riñón, permitiendo demostrar el daño colectivo

producido por la no prestación del servicio, “el derecho a la salud y la integridad física, psíquica y moral” consagrado en la v convención panamericana, vulnerado por parte de las instituciones que basadas en políticas injustificadas como se mencionaba anteriormente que potencializan la acumulación de capital se perjudique de manera irremediable el entorno familiar y social del individuo, vulnerando derechos fundamentales y disminuyendo progresivamente la capacidad física, económica, política y social de tener una vida digna.

Leydy Paola está viva por la fuerza de su papá...y el apoyo familiar, pero? Porque someter a la familia a estas necesidades sociales, era necesario esperar tanto tiempo: la forma de despojo de la salud y la capacidad por el ejercicio de normas institucionales y judiciales injustificadas en una política económica diseñada para el beneficio de unos a costa del sacrificio de otros (...) dinámica dialéctica, en la que el esclavo se cansa de reclamar reconocimiento e identidad al amo, y revierte su funcionamiento por un corto tiempo, el miedo a que se haga efectiva la ley natural de la causalidad, mitiga la problemática dominándola por medio del discurso y las promesas , este constreñimiento hacia la psicologización de la normalización de la problemática en la salud , que induce al error al creer que una acción individual es simplemente producto de la mente del individuo y por lo tanto es su culpa, preguntémosnos entonces ¿qué está pasando con los que ni pueden reclamar porque no tienen ni el acceso ni el conocimiento necesarios para hacerse reconocer?. Los podemos llamar los olvidados, los que no tienen identidad, LOS INVISIBLES de los que requiere el sistema para subsistir.

Es aquí donde el profesional del trabajo social encuentra su mayor tarea, visibilizar, mostrar, iluminar ese camino oscuro que se recorría, encontrar en su trabajo con la sociedad vulnerada la salida de los problemas sociales, formando verdaderas redes de apoyo, gestionando y organizando en búsqueda del fortalecimiento del tejido social. Ese tejido capacitado para reclamar justicia y derechos, ese tejido

capaz de encontrar en el otro un semejante, un igual, ese tejido en el cual cada individuo es un líder que busca el beneficio de los otros, y ese líder es reconocido en cada uno de los integrantes, ya que cada uno conoce y está capacitado para ejercer dicha función.

El trabajador social actúa entonces como integrador entre el tejido social y el Estado, visibiliza este tejido organizado, actúa como mediador procurando siempre la consecución de los intereses del vulnerado, protegiendo sus derechos constitucionales y morales.

Comienza a enseñar a la sociedad a moverse en verdadera sincronía, entregándoles un fin común, el fin de superar su situación de vulnerabilidad, funcionando al igual que la estructura como una maquinaria, esta sería la maquinaria social en pro del bien y el beneficio común, procurando potenciar las capacidades individuales con el fin de lograr la verdadera emancipación y goce total de las facultades humanas.⁵²

Tabla 1 matriz de vester

TRAMITES INTERNOS EN SALUD		
Fecha	Tipo	Descripción
Diciembre de 2007	Declaración madre de leydy.	Diagnóstico de Leydy: INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.
Octubre 2 de 2008	Acción de tutela	Solicitud para iniciar protocolo trasplante de Riñón, con donante vivo.
Octubre 21 de 2008		Trasplante de riñón.
07 de septiembre de 2010	Desacato de tutela # referencia 20080033100	Incumplimiento de tutela: -por trámites administrativos la EPS SALUD COOP, decidió cancelar las valoraciones de la niña.

⁵²Los documentos fueron tomados del archivo personal de Jhon Jairo.

⁵²Entrevistas realizadas los días 27 de septiembre, 1 de octubre y 9 de octubre del año 2018

18 de mayo de 2011	Orden médica.	
	Presupuesto Fundación Valle de Lili	-consulta de primera vez por endocrinología- -----44100
	Historia clínica	-emitida por Mario Angulo Mosquera Fundación Valle de Lili: orden de control por endocrinología en un mes
13-15 de junio de 2011	Historia Clínica: seguimiento de trasplante por especialidad en NEFROLOGIA PEDIÁTRICA	DX: Glomerulonefritis focal y segmentaria, Síndrome Nefrotico Focal y Segmentaria, trasplante renal riñon derecho Pte vivo (21/10/2008) poner artículo de que los familiares no se dan Abasto, Síndrome de Cuidador, poner en la metodología la investigación todo lo de práctico. Buscar el archivo de análisis de la sistematización , hacer la evaluación desde las argentinas. Adecuada adherencia al tratamiento, laboratorios normales?., están en los topes máximos, en esta época debieron haber iniciado diálisis, pero la historia clínica emitida por el nefrólogo pediatra no concuerda con los resultados, afirma que se encuentra en buen estado de salud, mientras los resultados de laboratorio, muestran topes máximos, posibles inicios de falla por saturación.....
16 de junio de 2011	Resultados de laboratorio	GLICEMIA BASAL: 121.5 mg/dl TRANSAMINASA OXALACETICA TGO:24 U/L TRANSAMINASA PIRUVICA TGP: 24 U/L
17 de junio de 2011	Resultados de laboratorio	CORTISOL: 2.9 ug/dl ESTRADIOL: 34 pg/ml INSULINA: 52.80 mUI/ml
27 de junio de 2011	Resultados de laboratorio	FSH: 8.4 m UI/ML
27-07-2011	Orden clínica	Consulta de control seguimiento post-trasplante de órganos
27-07-2011	Historia clínica	No se evidencia valoración por nutrición, a pesar de dx de endocrinología que descarta DM tipo II <i>pero resalta valores de insulina y glicemia altas?</i> ; orden de control en un mes, insulino-resistente, sugerencia de tratamiento con Metformina. Ordenes de laboratorios para próximo control
27-07-2011	Solicitud de autorización de	Endocrinología resalta "niveles de insulina que nos expresan una severa insulino

	servicios de salud, Fundación Valle de Lili	resistencia en niveles de DM tipo 2, orden de metformina cada doce horas, (<i>glicemia basal: 91.5; glicemia post 81.5; insulina basal: 18.2; insulina post:68.02</i>) ; se descarta DM tipo 2, presencia de insulino resistencia, cifras de insulina y glicemia altas) control en tres meses.
27 de julio de 2011	Resultados de laboratorio	Resultados dentro de los límites de normalidad?
02/08/2011	Resultados de laboratorio	Nivel de insulina 11.6 Glicemia 85.90 mg/dl
08 de agosto de 2011	Resultados de laboratorio	INSULINA 18.2; Glicemia 91.50; Glicemia 2 horas post 81.90; INSULINA POST: 68.02
24 de agosto de 2011	Orden Clínica	Consulta de control en un mes (mes sept.2011) Nefrología Pediátrica.
21 de septiembre de 2011	Historia clínica	<i>Observación importante no está tomando la metformina ordenada por el endocrinólogo</i>
25 de enero de 2012	- Solicitud de servicios NO POS. - Historia Clínica	TACROLIMUS EN SANGRE PAQUETE TRASPLANTE.
	-	
21 de marzo de 2012	- Historia Clínica	Paciente clínicamente estable, laboratorios normales, bacterias en orina 15-20 ++. -se deja orden clínica laboratorios y control de seguimiento en un mes.
8 de junio de 2012	- Acción de Tutela . (juzgado primero civil Municipal)	_solicitud de entrega ordenes de apoyo y solicitud de transporte y estadia en la ciudad de Cali. - EXHORTAR: al señor JHON JAIRÓ OSORIO, informar a despacho POR ESCRITO y en el perentorio término de 2 días, bajo la gravedad del juramento ¿Por qué someter al usuario a demostrar su condición de pobre para poder acceder a un servicio que esta constitucionalizado? Discurso de sometimiento?
22 de junio	- Acción de Tutela	- Pretensiones: -se ordene a SALUDCOO EPS, autorice la consulta con el especialista en ENDOCRINOLOGIA y NEFROLOGIA PEDIATRICA, así como el suministro del medicamento MICOFENOLATO
22 de junio de 2012	- Fallo de Tutela.	- ORDENESE a SALUD COOP EPS, por intermedio del Representante

		<p>Legal, que en el perentorio término de 24 horas se proceda a expedir la orden de apoyo para la valoración y atención por NEFROLOGIA PEDIATRICA Y ENDOCRINOLOGIA.... (ACUMULACIÓN POR DESPOSESIÓN, TÉRMINO DE TIEMPO UTILIZADO ANTES DE PRESTAR UN SERVICIO). Suministro del Fármaco MICOFENOLATO (SERCELL) 250 MG y los exámenes de Control que deben practicarse en la IPS FUNDACIÓN VALLE DE LILI.</p> <ul style="list-style-type: none"> - ORDENAR a la directora de SALUD COOP EPS que en el término de 24 horas si es que no lo ha hecho, asuma también el cubrimiento..... - Señalar: que el REPRESENTANTE LEGAL EN SALUDCOOP EPS, o quien haga sus veces, si en el cumplimiento de la orden contenida en los numerales anteriores, deba cubrir algún procedimiento
06 de julio de 2012	- Negación a la respuesta de solicitud de presupuesto	- La IPS Valle DE LILI informa que por instrucciones de la Dirección Financiera de la Institución, no es posible realizar el presupuesto solicitado.
03 de agosto de 2012	Historia clínica: seguimiento de trasplante por especialidad en NEFROLOGIA PEDIÁTRICA	Remisión a medicina especializada endocrinología pediátrica : responsable: Blanca Alape,
22 de agosto de 2012	Historia clínica medicina general	Viene a pedir cita de control con endocrinología, se remite a pediatría.
4 de septiembre de 2012	Incidente de desacato	Incumplimiento con entrega de órdenes de apoyo para controles por especialista en la Fundación Valle de LILI; todos los días me hacen ir, haciéndome perder tiempo y no me resuelven nada
4 de septiembre	Diligencias previas al incidente de desacato, notificación juzgado	Solicitud al representante legal de Salud Coop EPS para que alleguen al despacho todos los documentos para su defensa en el término de 3 días.

5 de septiembre	Historia clínica, consulta por pediatría	Se sospecha hiperglicemia, el endocrinólogo le ha formulado Metformina pero la EPS no ha autorizado el control.
26 de septiembre de 2012	Historia clínica, nefrología pediátrica	Evolución adecuada se ordena control con paraclínicos en un mes.
7 de noviembre de 2012	Acción de Tutela	Incumplimiento por parte de Salud Coop de fallos de tutela e incidentes de desacato puestos desde el año 2009 hasta la fecha.
13 de noviembre de 2012	Denuncia Fiscalía	Incumplimiento por parte de Salud Coop de ordenes médicas afectando de manera directa su vida, se pide ordenar a la EPS que en el termino de 24 horas autorice la atención por Especialista en Nefrología Pediátrica.
28 de noviembre de 2012	Evolución por nefrología Pediátrica	Paciente con altísimo riesgo de presentar rechazo de injerto renal y de comprometer su vida en la medida en la que no tome el tratamiento inmunosupresor, no ha tomado la medicación porque la EPS no le autoriza, si esto se hace repetitivo se comprometerá seriamente la vida de la niña. Jaime Manuel Restrepo Nefrólogo Pediatra.
17 de enero de 2013	Pago de anticipo: control Post-transplante renal.	
19 de marzo de 2014	Presupuesto Aproximado	Control mensual POST TRANSPLANTE
19 de marzo de 2014	Evolución por Nefrología Pediátrica	Requiere ampliar el control de parámetros metabólicos en la próxima consulta
02 de julio de 2014	Presupuesto aproximado	Control mensual POST TRANSPLANTE
08 de octubre de 2014	Evolución por Nefrología pediátrica	Análisis y conducta. Paciente que clínicamente se encuentra bien, excepto por cuadro respiratorio y hallazgos al examen físico que nos autorizan la realización de RX de Torax, por otro lado, nos está preocupando la forma tan irregular que su eps autoriza los controles del trasplante renal, situación que coloca en alto riesgo la viabilidad del injerto yu la propia vida de la paciente, de hecho en estos momentos nos preocupa unos niveles de tacrolimus extremadamente bajos que se suman a una elevación de su creatinina basal de manera significativa. El día de hoy aparece una glucosuria para la que no tenemos explicación (normo

		glicémica) pero este es un hallazgo aislado dentro de sus uro análisis previos. Se ordena control mensual POST Trasplante. Niveles de Tacrolimus 1.40 V/R normal 5-20 Nefrólogo Pediatra Hernando Londoño
12 de noviembre 2014	Evolución Médica. Nefrología Pediátrica	Paciente que clínicamente se encuentra bien, asintomática, llama la atención ascenso progresivo de la creatinina, uro análisis anormal con leucociturio y bacterias, sin síntomas urinarios, niveles de tacrolimus que mejoraron con los cambios realizados, se ordena control en una semana con exámenes.
27 de agosto de 2015	Respuesta procuraduría	En atención a su comunicación mediante la cual puso en conocimiento de este ente de control presuntas irregularidades con relación a la demora en asignación de cita para control de trasplante de riñón, así como demora en entrega de medicamentos, me permito informarle que esta dirección ha requerido a Salud Coop EPS con la instrucción de que informe sobre el caso en el término de cinco días hábiles.
16 de septiembre de 2015	Evolución Médica. Nefrología Pediátrica	Paciente estable, en el momento con injerto renal normo funcional. Creatinina estable, dentro de lo ya establecido con base a ella. Niveles de tacrolimus bajos por lo que se decide incrementar dosis del medicamento a 2 mg cada 12 horas. Control en un mes
25 de noviembre de 2015	Evolución médica Nefrología Pediátrica	Paciente estable en el momento con injerto renal normo funcional. Creatinina estable, niveles de tacrolimus en rango terapéutico. Control en un mes.
20 de diciembre de 2015	Presupuesto aproximado	Control mensual post trasplante.
30 de noviembre de 2016	Evolución Médica Nefrología Pediátrica	Pte. con trasplante renal requiere continuar con tratamiento médico de base y control mensual con paraclínicos.
20 de febrero de 2017	Notificación tutela e incidente de desacato	Dar orden de cumplimiento del fallo de tutela No. 104 de 22 de junio de 2012 y del escrito a través del cual se formuló incidente de desacato
07 de abril de 2017	H.c Triage Fundación Valle de LILI	Familiar refiere paciente con cefalea desde hace una semana, no ha podido tomar los medicamentos del trasplante porque la EPS no se los suministra.

		Conducta: puede recibir atención en IPS primaria.
02 de mayo de 2017	Solicitud de cotización para realizar pago anticipado	Control mensual Post trasplante.
10 de mayo de 2017	Mipres Tacrolimus	No. Prescripción. En junta de profesionales
	Evolución Médica	Se remite al servicio de urgencias por los hallazgos de presión arterial alta 220/110.
02 de agosto de 2017	Mipres Tacrolimus	No. Prescripción. En junta de profesionales
27 de septiembre de 2017	Ingreso Centro médico Esimed	Paciente con trasplante renal desde 2008 sin control médico desde noviembre de 2016, presenta deterioro de su función renal de 1.4 a 4.9 mg/dl se hospitaliza para estudio y manejo por Nefrología, remisión para valoración por grupo de trasplante renal. Nefrólogo considera que la paciente está cursando con lesión renal aguda en riñón trasplantado, considera que la paciente no debe ser manejada en esta institución por no encontrarse habilitada para manejo de paciente trasplantado, que debe ser remitida a clínica Valle de Lili o Centro Médico Imbanaco, paciente comentada en fundación Imbanaco por lo cual se da egreso. Alta posibilidad que requiere diálisis.
28 de septiembre de 2017	Evolución médica	Nefrólogo de turno considera que la paciente debe ser remitida cuanto antes porque la IPS no cuenta con Habilitación para manejo de paciente trasplantado.
29 de septiembre de 2017	Recepción de Petición Defensoría del Pueblo	Paciente afiliada a MEDIMAS EPS, quien se encuentra hospitalizada en Esimed CALINORTE y pendiente remisión a centro médico Imbanaco, Estefany Lasso de referencia quien nos informa que la no aceptación de la paciente se debe al alto grado de ocupación pero se compromete a priorizar el caso
30 de septiembre de 2017	Evolución médica	Mejoría leve de la función renal, Nefrólogo de turno considera que la paciente debe ser remitida cuanto antes porque la IPS no cuenta con Habilitación para manejo de paciente trasplantado.
02 de octubre	Reporte Defensoría del Pueblo	La paciente no ha sido remitida y el estado de la paciente cada día empeora

		pues se teme la pérdida del riñón trasplantado y con ello la exposición de la salud y vida de la paciente. Se solicita trato preferente para la paciente que a pesar de su corta edad atraviesa por una situación extremadamente grave.
02 de octubre de 2017	Evolución Médica	pte con H.C de trasplante renal en 2008 sin control desde noviembre de 2017 con creatinina de 4,9 remiten para valoración por nefrología y grupo de trasplante renal, deterioro de su función renal, pendiente Ecografía renal de Riñón Trasplantado, depuración y proteinuria en 24 horas. Se comentó con DR Lopera nefrólogo de turno quien refiere remitir a la red externa para manejo por grupo de trasplante renal por alta sospecha de rechazo agudo del injerto.
03 de octubre de 2017	Ingreso Imbanaco	paciente estable hemodinamicamente, no datos de respuesta inflamatoria sistémica, tolerando oxígeno ambiente, se solicita valoración por el servicio de nefrología y paraclínicos de ingreso.
10 de octubre de 2017	Evolución Nefrología	Llega reporte de paraclínicos con azoados elevados, leucos en ascenso por lo cual se toma hemocultivos y urocultivo, anemia normocítica normocromica, de acuerdo a resultado se determinara la conducta a seguir.
11 de octubre de 2017	Evolución Nefrología	Compromiso de la función renal, paciente con posible rechazo renal, mediado por células t de tipo lactato plasmáticas, cdr neg en los capilares peritubulares, micoangiopatía trombotica aguda, fibrosis renal intersticial, atrofia tubular moderada, toxicidad crónica por anticalcineuricos. Por lo cual considero toma de Isa o antígeno único del cual se comparara con los del donante de acuerdo a resultados se determinara pauta a seguir, paciente cursa dentro de la biopsia con células plasmática lo cual es de mal pronóstico. Paciente fue manejada con pulsos de metilprednisolona ahora en manejo con esteroide-prednisolona.
12 de octubre de 2017	Evolución Nefrología	Biopsia renal llega reporte final con rechazo mediado por células t de tipo ia rico en células plasmática, cd4 neg en los capilares, micoangiopatía trombotica aguda, fibrosis

		intersticial y atrofia tubular moderada, toxicidad crónica por anticalcineuricos. Por lo cual se considera toma de Isa i positivo y Isa II neg, se contactara para comparar resultados con los del donante de acuerdo a resultado se determinara pauta pauta a seguir.
14 de octubre de 2017	Evolución Nefrología	Paciente Tx renal con rechazo renal mediado por células plasmáticas cd4+, sin anticuerpos donante específicos. En el momento en manejo hídrico con función renal estable, leucocitosis sin evidencia de sintomatología alguna, sin SIRS, en manejo con esteroides se solicita PCR, función renal y potasio, hoy en límite inferior se indica dieta rica en potasio. Continuar control.
16 de octubre de 2017	Egreso	Paciente con ERC glomerulonefritis focal y progresiva, diálisis por 1 año, trasplante renal padre 2008, última SCR 1.47 en nov de 2016 dr Jaime Manuel Restrepo FVL posterior sin controles de nefrología, si le formulaban medicamentos a dosis usual. Presento un síncope por lo cual es hospitalizada, encuentran SCR alredero de 5 mg, manejaron con LEV y posterior mejoría leve de la función renal. Se indica egreso. Por tendencia a la hipertensión se suspende enalapril y se inicia losartan. Salida Fórmula médica, recomendaciones, control en 2 semanas.
02 de noviembre	Mipres Sirolimus	
23 de noviembre de 2017	Procuraduría General de la Nación	Se presenta ante la procuraduría el señor Jhon Jairo Osorio presentando queja ante este despacho en calidad de padre de la joven de Leydy Paola Osorio Yanza no se le han dispensado los medicamentos necesarios para atender su patología, pues a pesar de que se les autorizó su entrega en la farmacia no las hay, las piden y no llegan, mientras que la salud de mi hija se ve seriamente comprometida.
04 de diciembre de 2017	Incidente de desacato	El fallo de tutela nunca ha sido cumplido a cabalidad por parte de la accionada MEDIMAS EPS, antes Salud Coop, hasta la fecha mi hija no ha recibido los medicamentos, hemos acudido a la EPS MEDimas, nos dan la orden y vamos a

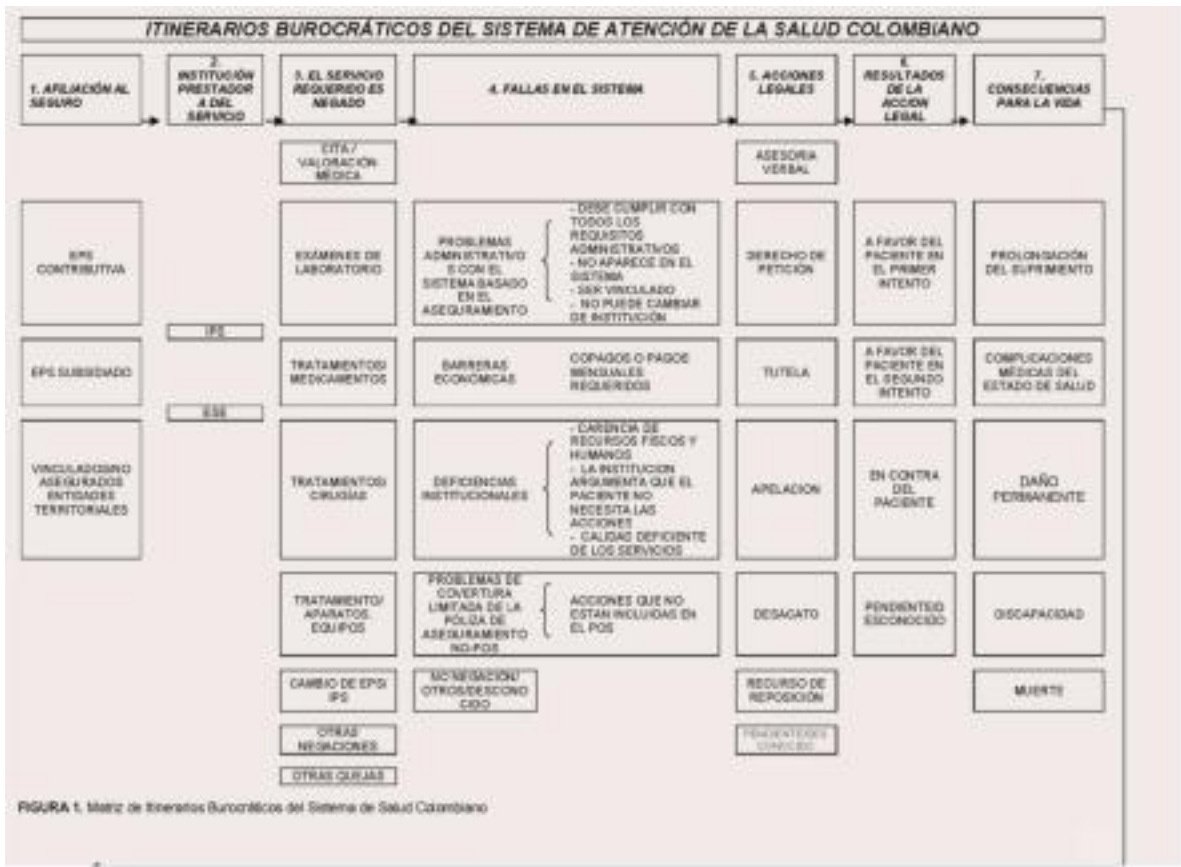
		farmacia y no nos entregan los medicamentos, la niña se encuentra muy mal de salud tanto física como psicológicamente.
04 de diciembre de 2017	Respuesta incidente de desacato	Para que se cumpla lo ordenado en el fallo de tutela y de ser el caso abra el respectivo proceso disciplinario en contra del directo responsable contrastando el incumplimiento que específicamente se atribuye en el incidente de desacato.
06 de diciembre de 2017	Formato de sospecha de eventos adversos a medicamentos	Se formula micofenolato mofetilo. Análisis paciente trasplantado renal de alto riesgo inmunológico, se solicita entreguen medicamento de marca CELLCEPT.
12 de diciembre de 2017	Noticia diario la opinión	<p>Protesta de hombre en Medimás, casi termina en incendio</p> <p>El hombre le donó un riñón a su hija y denunció que por falta de atención de la EPS lo podría volver a perder. Tras obtener otro 'No' a la hora de pedir una vez más por atención especializada, el desesperado padre regó gasolina en las instalaciones de la EPS cuando adelantaba su protesta.</p> <p>El drama de las personas por la lenta atención en las EPS que se vive en Colombia tocó una vez más a Popayán. Jhon Jairo Osorio, un honesto trabajador y padre de una joven que está muy enferma por la demora en el trámite de órdenes de remisión para la atención de especialistas, optó por realizar una desesperada protesta ayer en la sede de Medimás, ubicada en el barrio Santa Clara de la capital del Cauca.</p> <p>Eran 9:45 a.m. de ese martes. Al parecer, tras obtener otro 'No' a la hora de pedir una vez más por atención especializada, el desesperado padre regó gasolina en las instalaciones de la EPS cuando adelantaba su protesta porque su hija Lady Paola Osorio no recibe atención médica desde hace aproximadamente cuatro meses.</p> <p>Medimás argumenta que no tiene convenio vigente con la clínica Valle del Lili, de Cali, entidad que presta el servicio profesional que requiere su hija, como el mismo Jhon Jairo explicó al comandante Operativo de la Policía al salir de las oficinas de la entidad derrotado en su amenaza, llorando y temblando de miedo por</p>

		<p>los líos jurídicos a los que podrían enfrentarse ahora, empeorando aún más su de por sí ya crítica situación familiar.</p> <p>“Tranquilícese mi señor, estamos para asistirlo, su hija va a estar bien, usted va a recibir su ayuda, confíe en Dios, confíe en nosotros”, le hablaba un paramédico. Después vino la aseveración de otra de las hijas del desesperado padre, Katherine Osorio, quien llegó al lugar tras enterarse por los medios de comunicación del comportamiento de su progenitor.</p> <p>La joven explicó que su hermana Lady Paola, tras una falla en su riñón, debió aceptar que su padre sacrificara este órgano de su cuerpo y donárselo en un acto propio de amor, de amor paternal infinito, de ese que nunca se cansa de darle lo mejor a los hijos. Los relojes marcaban ya las 10:30 de la mañana, “Ahora mi hermana está en riesgo porque no ha recibido la asistencia adecuada tras el trasplante, porque ella debe recibir un medicamento especial que es recetado por el especialista. Pero como no hay orden para que el especialista la atienda, entonces no hay la droga porque no la atiende el médico tratante”, dijo Katherine al ver cómo su padre lloraba delante de los policías y los bomberos.</p> <p>Mientras esto sucedía, integrantes de Bomberos Popayán evacuaron las instalaciones de Medimás, indicándoles a los presentes y a los trabajadores que se alejaran de la zona porque era penetrante el olor a gasolina. Luego acordonaron el lugar para después descontaminar la sede recurriendo a un pequeño ventilador y tras rociar aserrín en la amplia macha de gasolina de los dos pisos de la sede, para conjurar el peligro.</p> <p>“Es por mi hija, no vi más opción, no le quieren dar el medicamento...No me quieren atender, señor agente, mi niña está grave, va perder otra vez el riñón”, fueron otras palabras que dio Jhon Jairo en medio del llanto al oficial que dio la orden para que fuera trasladado a la instalaciones de la URI de la Fiscalía para su judicialización por los delitos de terrorismo y pánico.</p>
--	--	---

	<p>Entonces el atribulado padre, con una carpeta en la mano donde guarda la historia clínica de su hija Lady Paola y otros documentos, entró silenciosamente a la patrulla de la Policía, una camioneta Duster. Aún lloraba. Para entonces ya eran las 11:10 a.m., momento en que terminó la protesta.</p> <p>Paralelo a esto, en una casa del barrio Pandiguando de Popayán, el drama de padecer esclerosis segmentaria focal y crónica de Lady Paola Osorio se sumó la preocupación de ver a su papá peleando con la EPS, más cuando por él, ella está viva.</p> <p>Cuando Lady Paola tenía 9 años, él decidió someterse a valoraciones médicas para establecer si su riñón era compatible con el organismo de su pequeña. Al final, tras varios meses de diagnósticos, los galenos ordenaron el trasplante, que fue todo un éxito.</p> <p>“Desde esa edad venía bajo tratamiento, que permitieron que la niña llevara una vida normal, estaba estudiando poco a poco. Pero resulta que desde el pasado mes de septiembre no la volvieron a atender en el Valle del Lili, en Cali, porque ya no existía convenio con Medimás; empezamos a preguntarles a los funcionarios, pero sin respuesta. Entonces ayer mi esposo me dijo: 'ya vengo, voy a hacer una vuelta de Lady, tranquila yo llamo'”, relató Lilia Eugenia Yanza, madre de la paciente y cónyuge de Jhon Jairo, al contar que se enteró del censurable comportamiento del esposo cuando escuchó por radio la noticia.</p> <p>Para Katherine, hermana de Lady Paola, el comportamiento de su padre fue producto de su desespero al ver que pasaban los meses y no existía una respuesta a los requerimientos para obtener la atención con el especialista. “El viejo se fue callado, se montó en su moto, con la cual trabaja como ‘motorratón’ y se fue para allá (Medimás), cuando al rato escuchamos el escándalo por la radio”, manifestó la joven.</p> <p>Finalmente, Jhon Jairo pasó la noche en las instalaciones de la Estación Sur de la Policía, a raíz del hacinamiento en la URI de la Fiscalía. Luego autorizaron su libertad, pues los</p>
--	--

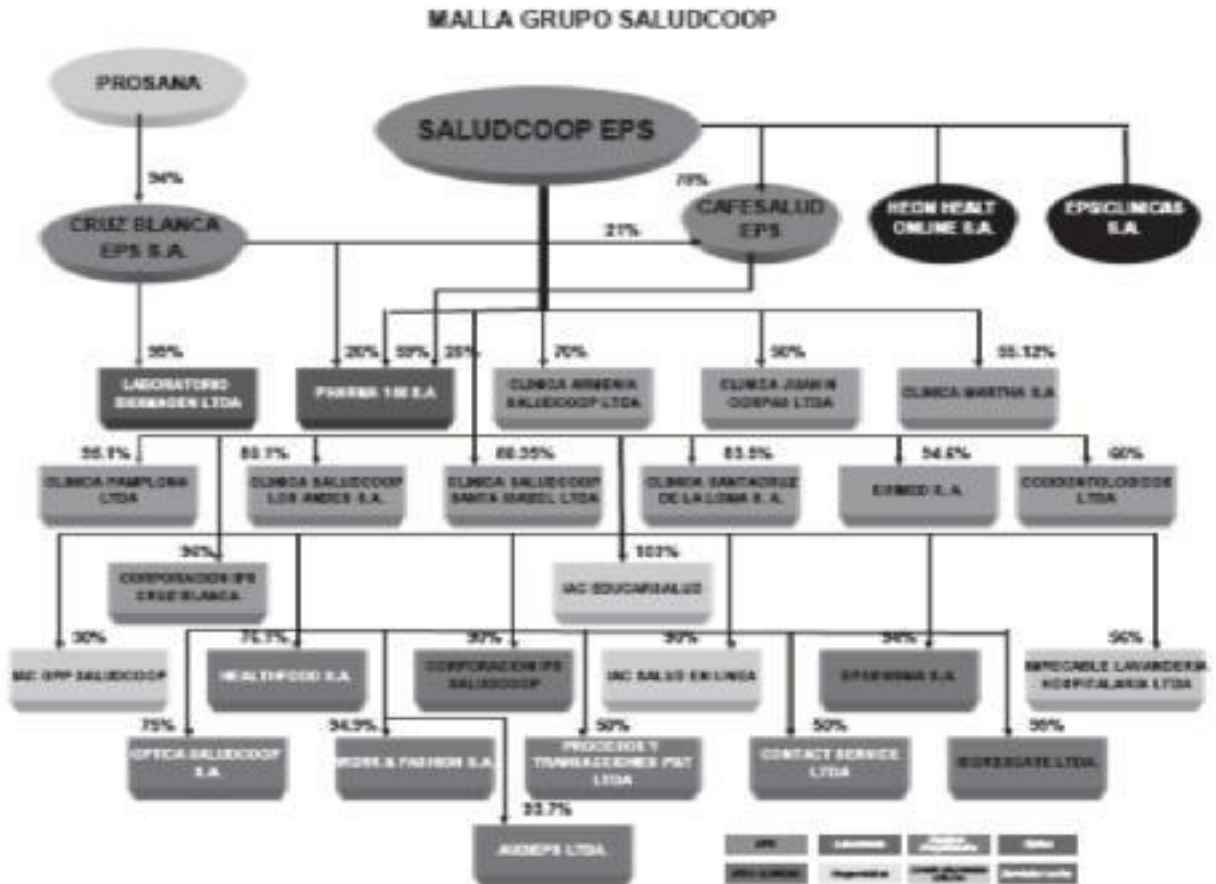
		<p>funcionarios de la EPS no presentaron denuncia contra Jhon Jairo Osorio, pero eso sí: le hicieron saber su rechazo contundente al método que utilizó a la hora del reclamo. Le recordaron que las vías de hecho no pueden aplicarse pues eso sería hacer justicia por mano propia cuando debe ser la justicia institucional la que se encargue.</p> <p>No obstante, Jhon Jairo fue multado con una caución económica.</p> <p>La historia de Lady Paola</p> <p>Lady Paola Osorio, protagonista central de esta historia cuyo padecimiento físico causó este reprochable comportamiento, es oriunda de Popayán, cursaba décimo grado de bachillerato en el colegio Ulloa, pero a raíz de su recaída de salud, optó por aplazar sus estudios.</p>
12 de diciembre de 2017	Denuncia policía judicial	<p>Datos del entrevistado: Catalina Osorio A mi hermana la remitieron a la clínica Imbanaco en Cali, donde le hicieron una biopsia renal que decía que tenía intoxicación por tacrolimus, el medico dijo que el riñón de mi hermana estaba funcionando en un 48% estuvo en tratamiento hasta que lograron estabilizarle el riñón, donde le dieron salida el 17 de octubre de este año, le cambiaron los medicamentos por Sirolimus y Eritropoyetina y desde esa fecha MEDIMAS no nos ha entregado lo medicamentos, estos medicamentos tenían como fin de que el riñón de mi hermana evolucionara y que trabajara en un 50%, mi hermana tuvo un control el 6 de diciembre donde le manifestó al doctor que se sentía indispuesta, que no quería comer, ni bañarse, vomitaba, entonces el médico dijo que mi hermana estaba presentando un rechazo renal, que todo esto se debía a que ella no tuvo un control adecuado y que por eso estábamos en esa situación de nuevo, que ya probablemente le faltaba un mes para que i hermana iniciara con tratamiento de</p>

		<p>diálisis y entrara nuevamente a protocolo de trasplante con nuevo donante, yo voy a servir como donante en esta ocasión, la primera vez fue mi papá, entonces mi hermana se puso a llorar porque empezaba el mismo tratamiento de antes, la misma angustia y a soportar dolores, entonces ya al ver mi papá esta situación de angustia y desespero por ayudar a mi hermana. Pregunta, ¿de los hechos acontecidos narrados en su relato ustedes informaron con anterioridad a alguna entidad para que les ayude con la prestación de salud de su hermana? CONTESTO. Si nosotros hemos puesto tutelas, demandas, desacatos, hemos pedido ayuda en la Defensoría del pueblo, en la procuraduría, en la superintendencia de salud y otras entidades, pero nos dicen que hay que llevarlos a MEDIMAS, pero nunca hacen nada en concreto.</p>
--	--	---



Fuente (Abadía & Oviedo, itinerarios burocráticos del Sistema de Salud en Colombia. una herramienta teórico metodológica para evaluar los sistemas de salud basados en la atención gerenciada, 2009)

Figura 3. Participación patrimonial de la EPS Saludcoop en otras empresas del sector, según Supersociedades.



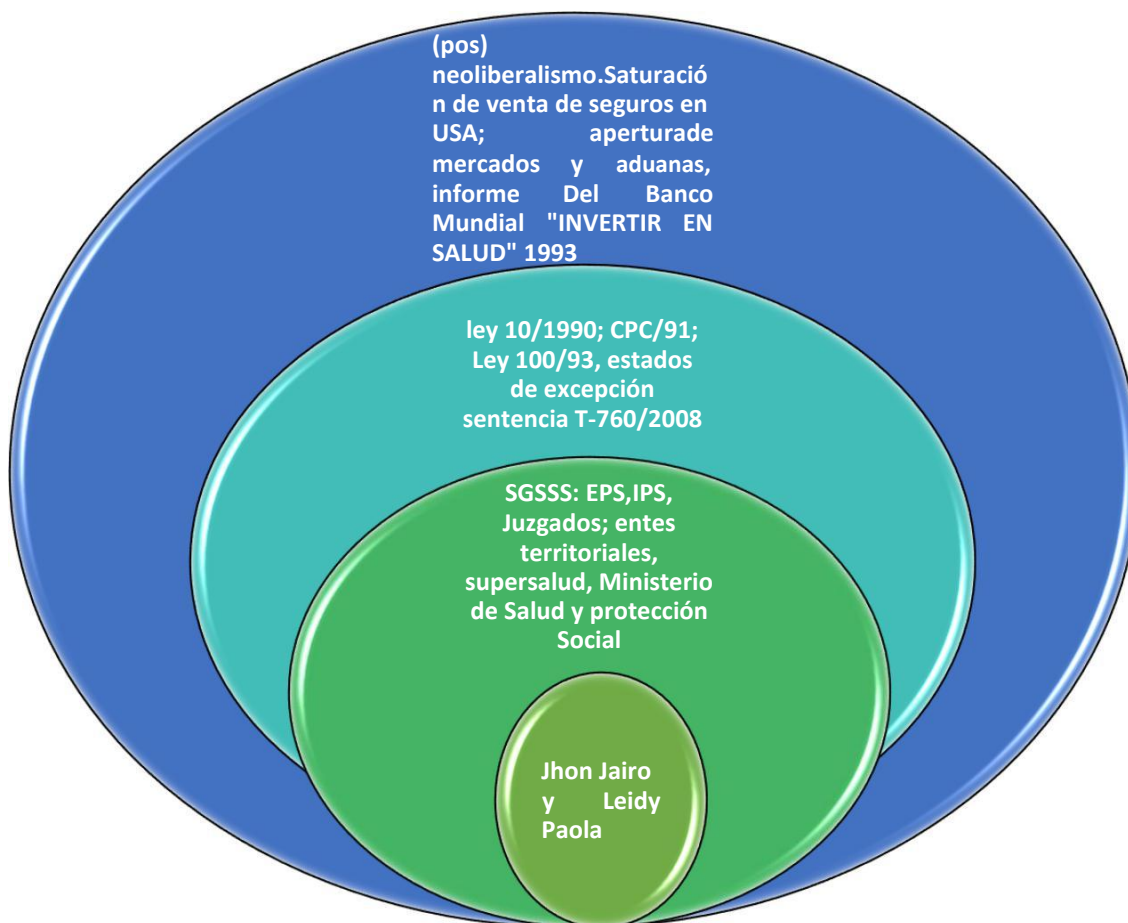
Fuente (Alzate Mora, 2014)

4.3 Análisis diagnóstico

4.3.1 Problema en análisis sincrónico y diacrónico (Ander-Egg & Aguilar Idañez).

A partir de la ideología (pos) neoliberal situada entre finales de los ochenta y principios de los noventa, la reforma constitucional del 91 y las posteriores leyes y reformas tendientes a posibilitar la apertura del libre mercado y la privatización, acto

seguido, la conversión del derecho a la salud en producto de mercado; la facultad otorgada constitucionalmente a la participación de entidades privadas en la prestación de servicios públicos y la legitimación de esta en el Sistema de Salud con la ley 100 del 93; posicionan la nueva economía del Sistema propuesta por el BM en él informe titulado **“informe sobre el desarrollo Mundial: invertir en salud una agenda para la reforma”**. Tras más de dos décadas de haber iniciado la reforma la inconformidad en la prestación del servicio y los miles de muertos a raíz de la hiperburocratización y la legitimación del derecho demuestran que la economía del libre mercado y la empresa privada en dicho sistema, no proporciona resultados favorables en cuanto a la garantía del derecho, violentando así los principios constitucionales y legales consagrados tanto en la constitución como en la mencionada ley.



Problema en sí

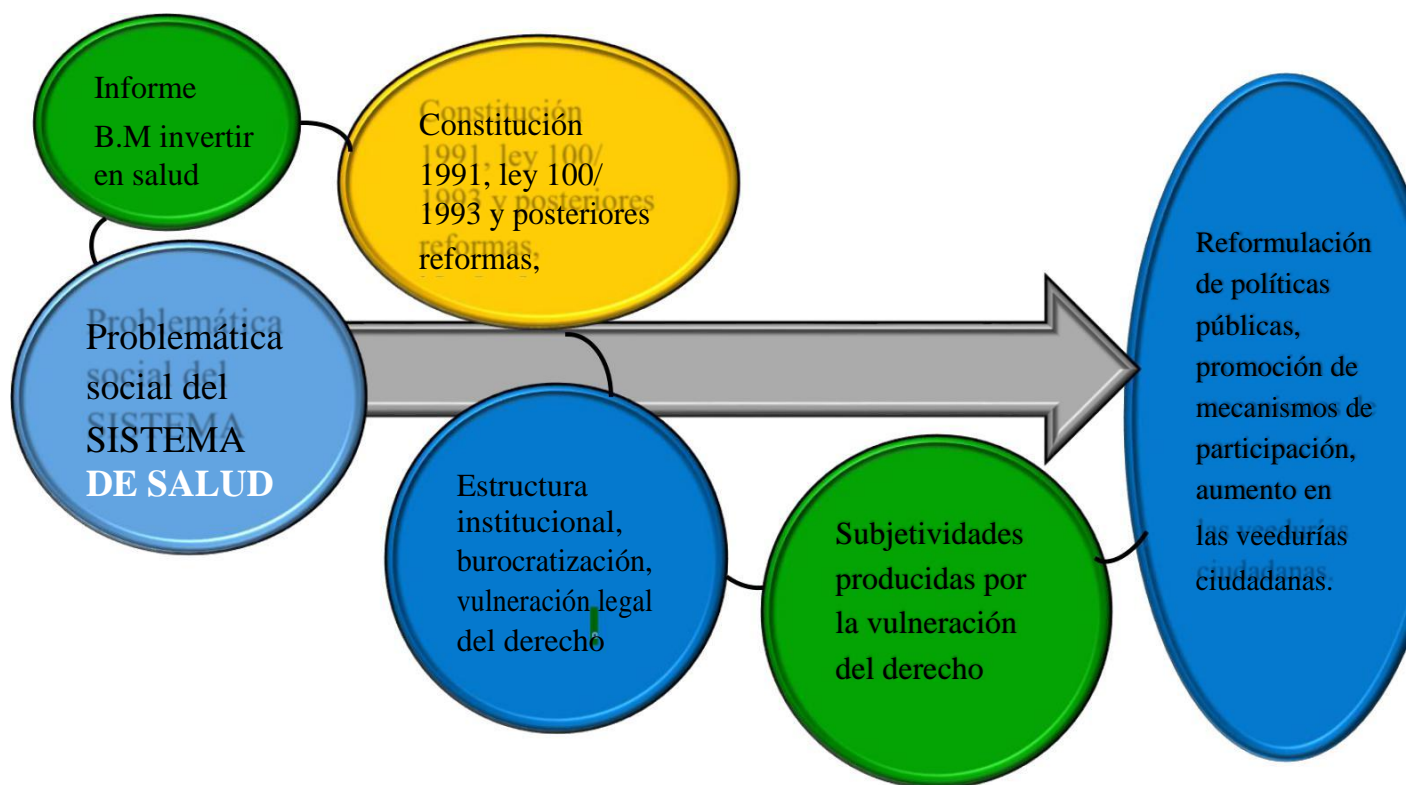
El tratamiento estipulado en las instituciones tiene una base fundamental en la familia e intervención de caso que comúnmente se convierte en una labor puramente asistencialista, sin tener en cuenta la atención adecuada respecto a la trascendencia que tiene la familia como núcleo fundamental donde se forma la sociedad, por otro lado, cuando nos enfrentamos a problemas estructurales la función del Trabajador Social se encuentra limitada por el Sistema que no permite una observación adecuada de la problemática abordada, como se evidencia en la investigación expuesta durante el desarrollo del presente proyecto, la singularización de la problemática social se postula como el mayor obstáculo en el abordaje y la intervención profesional, la visión acelerada e inobservada de la política pública evidentemente ineficiente ante las necesidades presentes en el Sistema de Salud, de ahí que, además de no cumplir con las expectativas reales planteadas en sus inicios y la falta de promoción y participación ciudadana en el planteamiento de las mismas. El Sistema sigue contribuyendo a la inequidad, la desigualdad y la vulneración.

Arco direccional



En pro de un sistema más equitativo y justo que cumpla verdaderamente con la función y visión social en la garantía integral del “Derecho a la salud y la integridad física, psíquica y moral”, respetando la dignidad humana y otros derechos constitucionales e internacionales; la propuesta sigue siendo **“humanizar la economía”**.

Arco de coyuntura



Necesidad o satisfactor:

la problemática del sistema de salud posee un satisfactor violador⁵³ evidente en cada una de las reformas en la política pública que en lugar de mejorar la capacidad de atención y satisfacción de la necesidad de atención adecuada en salud, violentando directamente a los sujetos imponiendo barreras de acceso dentro de ellas la más importante es la burocratización y la ineficacia de la justicia que a pesar de ejercer todas las acciones legales posibles no se puede conseguir que se cumplan las ordenes médicas y peor aún la negligencia por parte de los profesionales pertenezcan al área asistencial o administrativa ya poseen un discurso configurador hasta de su propia ética.

Propuesta de satisfactor:

Satisfactor sinérgicos: que son los que, por la forma en que satisfacen una necesidad estimulan y ayudan a la satisfacción simultánea de otras necesidades. Por ejemplo, la lactancia materna, los juegos didácticos, la producción autogestionada las organizaciones comunitarias democráticas, los programas de autoconstrucción de viviendas por ayuda mutua, o un programa de promoción de huertas orgánicas intensivas destinado a familias pobres.

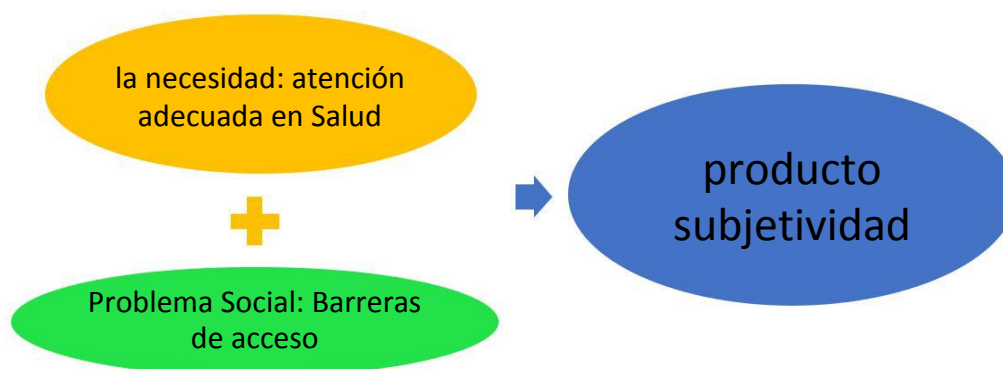
Como propuesta para crear un satisfactor que pueda cumplir a cabalidad y además de ello genere la satisfacción de otras necesidades propongo los mecanismos de participación ciudadana, aumento de veedurías ciudadanas, construir tejido social entre usuarios del Sistema, iniciando con capacitaciones y grupos focales en las ligas de usuarios y luego de ellos con el colectivo en general, proporcionar la participación de usuarios de todos los estratos y todos los regímenes pertenecientes al SGSSS, socializando las diferentes necesidades; la creación de centros de escucha reales; y como perspectiva utópica el Sistema de Salud exclusivamente prestado por entidades públicas.

⁵³Ver pág 40 (Ander-Egg & Aguilar Idañez) "El diagnóstico Social"

“una necesidad insatisfecha o mal satisfecha puede desencadenar problemas sociales”.

Problema social: incapacidad de la sociedad o un colectivo de personas que no puede acceder a la satisfacción de sus necesidades básicas: la deficiente infraestructura: en el SGSSS en Colombia, compuesto por barreras de acceso que impiden a la comunidad satisfacer la necesidad de atención adecuada vulnera y violenta la garantía del derecho a la salud y la integridad física, psíquica y moral.⁵⁴

La necesidad: acceso a una atención en salud adecuada **problema social:** barreras de acceso



“si el sujeto no se entera el tipo de violencia ejercida no se puede defender”; si no es consciente de que los medios de comunicación y las guerras externas o internas, reales o ficticias (como ejemplo: la delincuencia común) están violentando a su comunidad en general en todas las dimensiones políticas y culturales nos deja entrever el problema producido por la ignorancia; el llamado es a concientizar al colectivo en general sobre los verdaderos problemas sociales, es decir, el problema en sí no es la delincuencia común, el problema es la desigualdad social y la falta de acceso equitativo a oportunidades.

Por otro lado las enfermedades crónicas o catastróficas ya tienen en sí un problema que afecta al sujeto y a su entorno en todas sus dimensiones: si no posee

⁵⁴la necesidad (él la entiende como carencia de algo) de la afección ("la presencia de un rasgo o factor social que sabemos que es perjudicial, indeseable, etc) (Ander-Egg & Aguilar Idáñez)

alimentación adecuada el problema se hace más profundo, si no posee acceso a un salario que le permita satisfacer sus necesidades básicas hay otro problema; si estas dos no son resueltas, su salud se ve en detrimento: si no puede y no tiene como satisfacer la necesidad de atención en salud; se produce el efecto domino, teoría del caos o efecto colateral; lo que nos lleva a otra conclusión para que hayan grandes empresarios del complejo médico industrial; debe existir un público a quien se dirige su producto, a esto llamamos valor de uso/valor de cambio; derecho o necesidad convertidos en productos de consumo masivo; podríamos decir que “todos trabajamos para el complejo médico industrial”.

barreras de acceso: pago de transporte, cuotas moderadoras y copagos; trámites innecesarios; “**negación**”, la más importante el discurso de la negación: amo y esclavo luchando por su propio beneficio, el que posee el poder somete a quien no lo tiene, si el que no lo tiene le reconoce como su amo creerá que lo que el amo dice y hace está bien; por esta razón los usuarios del sistema al no comprender que el que la respuesta a su requerimiento sea un no, no es porque no se pueda o no se deba; es porque es el mecanismo de sometimiento encaminado a favorecer el incremento injustificado de capital y dentro de este **la acumulación por desposesión**.

Problema diagnóstico: categorización de los pacientes de acuerdo a su patología; el problema social no es la afección o la particularidad del diagnóstico, es la política pública que no posee la capacidad de solución para el problema. Por tal razón se generaliza en el título “Sistema de Salud Colombiano”, todos se rigen por la misma política pública independientemente de la patología que padecen, el discurso es el mismo; vuelve el problema no son los usuarios es el ineficiente sistema.

Magnitud del problema

El problema del Sistema de Salud afecta a la mayor parte de la población del territorio nacional que no posee la capacidad económica para asumir los costos generados por las afecciones a su salud o la de su familia, cuando recurren al

Sistema de Salud creado para exigir la garantía de su derecho fundamental, reciben respuestas inadecuadas o que no resuelven de fondo la problemática, el sometimiento por parte de las instituciones a la mayoría de los usuarios que no tienen relaciones sociales o económicas de las que puedan salir beneficiados; nos lleva a una comprensión injusta en la que “el ser humano es producto tanto de la clase social a la que pertenece, como de sus ingresos económicos”, obviando el camino de una sociedad justa, en la cual el acceso a las oportunidades y atención este caracterizado por la equidad y la igualdad; lo que deja al famoso “Estado Social de Derecho” en un nombre bonito pero sin ninguna trascendencia.

Gravedad del problema o necesidad

1. barreras de acceso: debido a la burocratización exagerada en el Sistema, las afecciones físicas, sociales, psicológicas, entre otras, siguen en aumento y profundidad; la afectación del ser humano y su entorno relacional en todas sus partes es cada vez más evidente, en el caso de Leidy Paola y su entorno relacional, la dificultad en el acceso a una atención adecuada provoco la pérdida de su otro riñón, además de que su padre y su hermana fueron donantes y por ende deberán vivir con un solo riñón al igual que Leidy, profundizando la problemática, en este caso el efecto colateral trae consigo consecuencias irreparables.
2. la subjetividad y las profundas afecciones físicas y psicológicas producidas en Leidy y su entorno relacional antes y después de la acción cometida por Jhon Jairo en la EPS, aunque fue la única salida que encontró, ha marcado sus vidas por completo, a pesar de haber sido una acción catalogada como “delincuencial” nos demuestra que hay algo que no está bien, y sí, la única salida que encuentran los usuarios es la violencia esto deja mucho que decir de la eficiencia del Sistema que en lugar de soluciones, ha convertido el proceso de atención en un laberinto sin salida.

3. las afecciones económicas producidas por los gastos que debe asumir la familia para poder acceder a los servicios, la obligación a destinar recursos de otras necesidades básicas en la atención de la enfermedad (transporte, medicamentos no entregados, citas particulares, exámenes particulares entre otros) siguen profundizando la problemática social, todo esto como producto de la ineficacia del sistema.

Necesidades de cambio y oportunidades de mejora



55 Ver

pág 46 (Ander-Egg & Aguilar Idañez)

⁵⁵ Ver pág 46 (Ander-Egg & Aguilar Idañez), y esos servicios se ofertan y están disponibles para la población que los requiere. Esta convergencia entre necesidades, demanda y oferta es, generalmente y por desgracia, escasa. Y suele estar influenciada por el nivel educacional de la población, el nivel de vida, la percepción subjetiva de calidad de vida de la gente y el grado de participación interesada; todo ello mediatizado en ocasiones- por mecanismos tales como los medios de comunicación masiva. De lo que se trata, en definitiva, es de intentar agrandar en lo posible la zona 4, disminuyendo las zonas de intersección 1, 2 Y 3; procurando, asimismo, que dicha convergencia entre necesidades, demanda y servicios sea cada vez más amplia.



Ilustración 3 Factores de riesgo, factores estructurales y factores determinantes en la problemática

Capitulo 5 conclusiones

Asimilando una concepción economicista del derecho a la salud y la integridad física y mental además de ignorar los conceptos de otras organizaciones, el BM empieza un nuevo proyecto de acumulación con base en la teoría marxista en la cual se invierte una cantidad de dinero en el mercado; cantidad que solo volverá a sus manos después de ser trabajada y en ese proceso el aumento de capital se verá reflejado, pero a raíz de un fondo oscuro en el cual transcurren este tipo de relaciones económicas.

La comprensión del individuo como parte del todo, inmerso en las categorías del imperialismo, la globalización y el moderno sistema mundial como universo conceptual, centran las problemáticas sociales a través de la evolución del sistema capitalista teniendo en cuenta sus reproducciones, modificaciones y profundización con políticas que contrario a promover el cambio social, amplían la brecha entre

ricos y pobres generando desigualdades y malestar social, físico, y material en aquellos individuos que por su condición no pueden acceder a los beneficios que presta el sistema.

La naturalización y normalización de las problemáticas sociales a través de la evolución del neoliberalismo y el pos neoliberalismo estructura o configura la formación social con base en la privatización de las entidades públicas, eximiendo al Estado de su obligación como factor de cohesión y fortalecedor del lazo social, esto refleja un énfasis que la carta del 91 hace en seguridad social, que a su vez delega la condición de garante de derechos conexos como el de la salud con la vida y dignidad humana “en el buen obrar de la descentralización de funciones” generando amplios desacuerdos y una cruel pero evidente ventaja de una clase sobre otra.

La consolidación de la propuesta del BM en el informe invertir en salud, para Colombia, concluye con las nuevas reformas que se pretenden implementar, la salud, quedará sumida al servicio del POS, la configuración ideológica a través de la reducción del precio de los medicamentos No POS tiene la mirada puesta en la acumulación por parte de las entidades del Estado que al no estar obligadas a prestar servicios No POS tienen la excusa suficiente para que el usuario consuma medicamentos y servicios asumiendo los costos como particular a pesar de pertenecer como afiliado a una EPS, es decir, esta política 1- impulsa la capitalización del complejo médico industrial con el aumento en las ventas de forma particular. 2- beneficia a las EPS, en tanto que ya no están obligadas a cumplir con aquello que no está en el POS, legitimando la normalización de la problemática de la acumulación por desposesión, tanto en el sistema de pago por parte del Estado como en las contribuciones de los usuarios y el modelo legislativo.

El proceso dialéctico de construcción de la formación social se basa en un proceso interrelacional entre emisor y receptor, con la diferencia del discurso entre uno y otro, el del emisor quien se muestra con autoridad se da a través de la negación y

el receptor responde a esta negación con el sometimiento; en el caso del sistema de salud queda clara la función de sometimiento dirigida por las instituciones hacia sus usuarios.

El mecanismo jurídico ha sido utilizado de igual manera como herramienta de negación y sometimiento; lo que genera una amplia distancia entre el Estado como representante del ciudadano y el ciudadano mismo, esta relación distante genera en el individuo subjetividades, recalcando la diferencia en la prestación de servicios en uno y otro estrato socio-económico.

Es importante resaltar la influencia del nivel educativo cuando se trata de exigir derechos ante entidades ya sean públicas o privadas, pues el desconocimiento de las actividades a realizar profundiza la negación del servicio y por lo tanto legitima la vulneración del derecho.

La salud como mecanismo de mercado convierte la práctica de la misma en un campo de deshumanización, desigualdad, vulneración, sometimiento y en ese anodino de ideas y conceptos, aquel individuo que sin pensar o esperar encuentra en su vida una enfermedad catastrófica, se va convirtiendo en una mercancía que circula entre EPS, IPS, instituciones estatales, instituciones judiciales entre otras.

La acumulación por desposesión legitimada a través de políticas públicas generadas no en pro del pobre o el necesitado, contrario a ello, encontramos políticas que favorecen las acciones inhumanas y desiguales de empresas privadas que detrás de cortinas de humo basadas en leyes y decretos, excusan la deficiente prestación de los servicios a los que se comprometieron desde su inicio.

La apertura del mercado a la privatización más allá de otorgar libertad, legitima, normaliza y vulnera a los menos favorecidos por un sistema en el que las relaciones de interacción se convierten en relaciones de opresión y desigualdad.

Los trabajadores sociales debemos abrir nuestra mirada al análisis global de las problemáticas, buscando el fondo de ellas y evidenciando la vulneración de derechos humanos en todos los ámbitos de la vida cotidiana; el olvidar el asistencialismo al que nos han sometido políticas sociales y gubernamentales que esconden nuestra labor, obligándonos a participar en escenarios institucionales donde nuestra profesión queda doblegada ante políticas e instituciones que lejos de la justicia social buscan un camino de reproducción y acumulación de capital.

La investigación en Trabajo Social debe abrir nuestro campo de intervención a un campo en el que se nos permita participar en la formulación, implementación y evaluación de las políticas que pretenden disminuir las consecuencias de la desigualdad social.

Bajo esta perspectiva operativa propuesta por el BM se analiza la deficiente prestación del servicio que por medio del itinerario burocrático se convierte en la principal herramienta del capitalismo en salud para legitimar la acumulación por desposesión y responder a las demandas establecidas que favorecen la acumulación de capital.

El Trabajo Social como resorte entre el Estado y el ciudadano deberá cumplir con su tarea de visibilizar las desigualdades sociales y sus representaciones en los problemas sociales, haciendo énfasis en el reconocimiento del “pobre” no por su condición de “pobre” sino por su condición de ciudadano, procurando la devolución de su dignidad, identidad y representación por parte del Estado, procurando suavizar las profundas diferencias entre una y otra clase social producidas por el modo de producción capitalista.

En nuestro afán de recuperar la condición humana, debemos tener en cuenta que esto solo se logrará con políticas justas, que promuevan la igualdad, la oportunidad, la solidaridad y la universalidad obedeciendo a los principios constitucionales.

5.2 recomendaciones

Proponer y potenciar la lectura crítica de las intervenciones por medio del análisis profundo de las mismas., buscando en la profundidad aquello que no se ve, pero que vulnera, teniendo en cuenta siempre el sistema en el cual se encuentra inmerso el individuo, además de leer las acciones de este no como producto individual sino como producto de las relaciones Estado-Institución-Individuo, dejando una gran connotación a la producción estructural de la subjetividad.

A la universidad le invitamos a promover no solo la interdisciplinariedad sino también la transdisciplinariedad, procurando una conexión real entre cada uno de los programas, El Trabajo Social y el Derecho vistos como principales herramientas en el desarrollo social tanto de la región como del país, ya que el uno tiene como principal función visibilizar los problemas sociales, el otro reglamentarlos por medio de las políticas públicas, potencializando la complementariedad entre ambos en la formulación, ejecución y evaluación de políticas encaminadas a la atención de los menos favorecidos y la promoción de la equidad, la igualdad, el acotamiento de la brecha entre ricos y pobres, y la disminución de las condiciones sociales producidas por los niveles más bajos de pobreza.

Promover desde la Universidad educación al colectivo en general sobre mecanismos de participación ciudadana y promoción de políticas públicas que busquen la atención de los problemas sociales más apremiantes partiendo de la vulneración de los derechos fundamentales.

Promover la participación y las veedurías ciudadanas como principales herramientas para la ejecución de políticas justas.

Proyectar los procesos de intervención elevando siempre el Trabajo Social a la profesionalización, dejando atrás el carácter asistencialista y de subordinación a otras profesiones, posicionando el T.S no solo como evaluador de las políticas públicas, sino también evidenciar nuestra capacidad de formulación y ejecución de las mismas ya que somos quienes conocen el fondo de los problemas sociales y

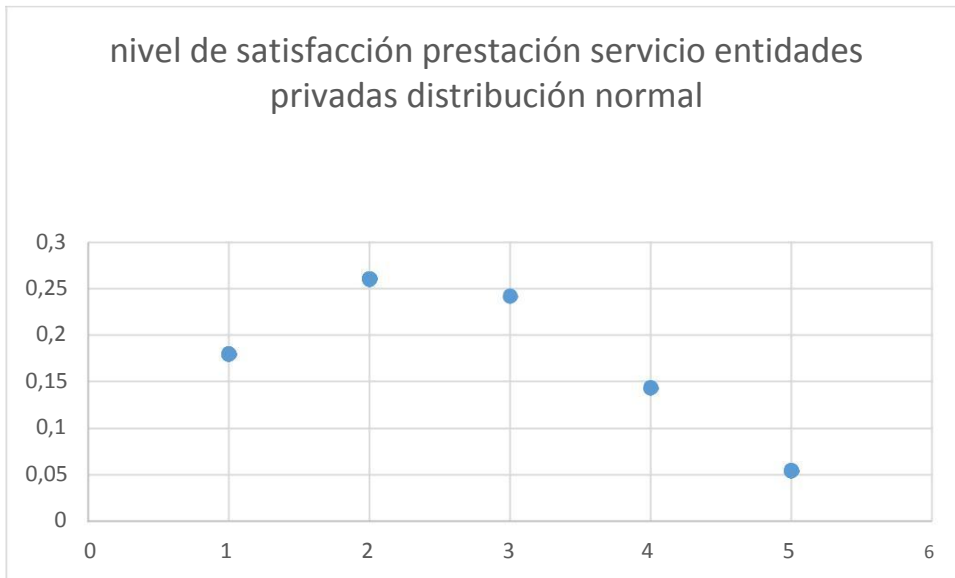
además tenemos la compleja tarea de evidenciarlos y proponer las soluciones más factibles y eficaces hacía su superación.

Fundamentar la movilización de redes, con base en el conocimiento intra e interinstitucional de las funciones políticas, asistenciales y públicas en búsqueda de establecer la conexión necesaria para promover acciones encaminadas a contribuir en la determinación de los aspectos sociales, económicos y culturales como factores relevantes en el sistema de Salud Colombiano, procurando el desarrollo de intervenciones sociales en todos los componentes del sistema.

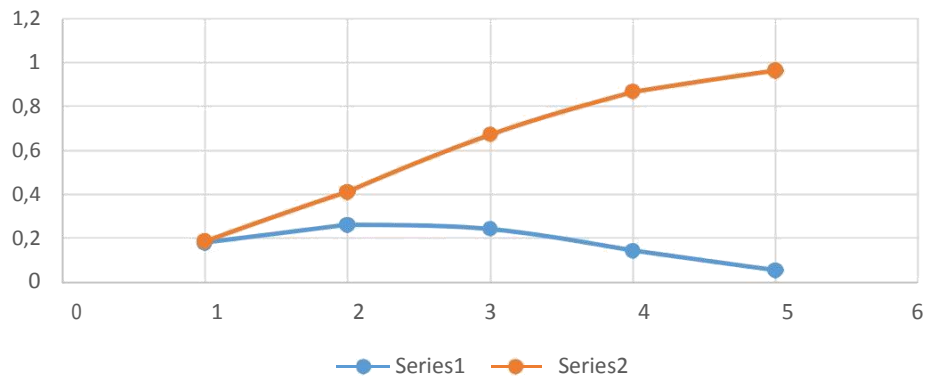
7. Análisis de resultados

7.1 Tablas

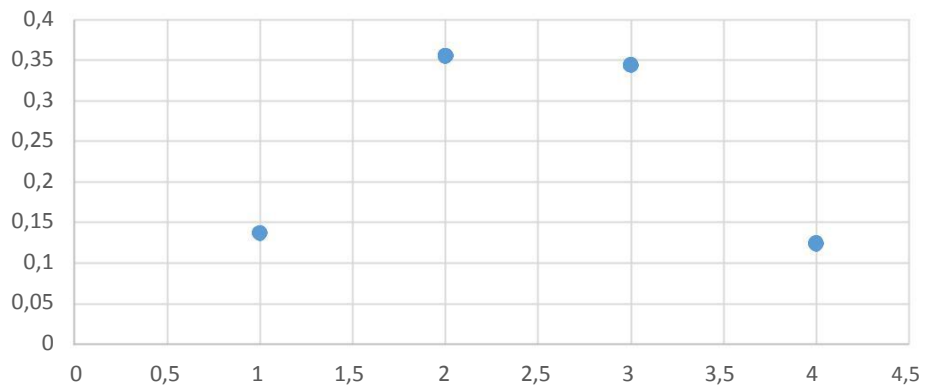
6.2 Gráficos



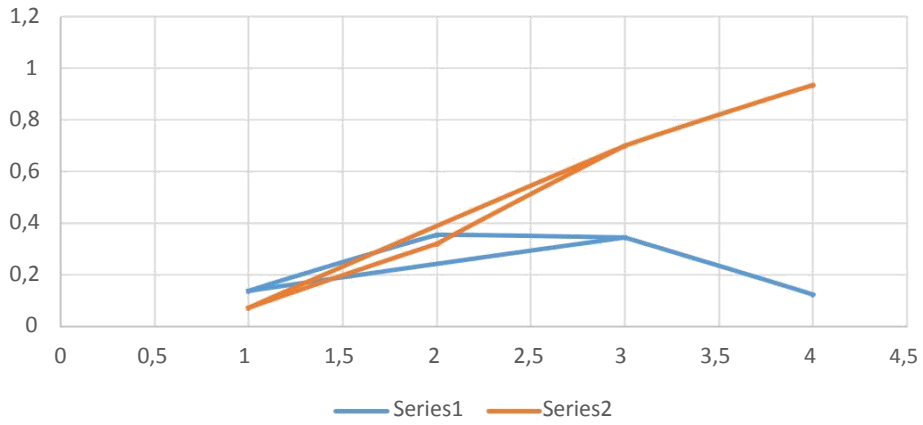
nivel de satisfacción prestación del servicio,
distr.normal acumulada



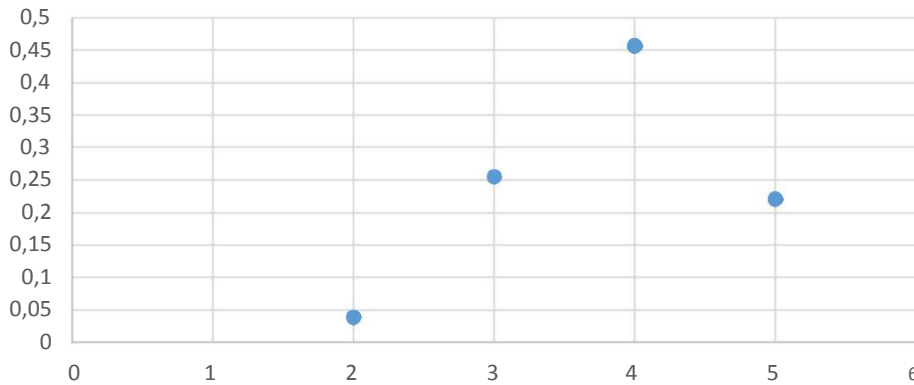
nivel de satisfacción prestación de servicios
entidades públicas. distr.normal



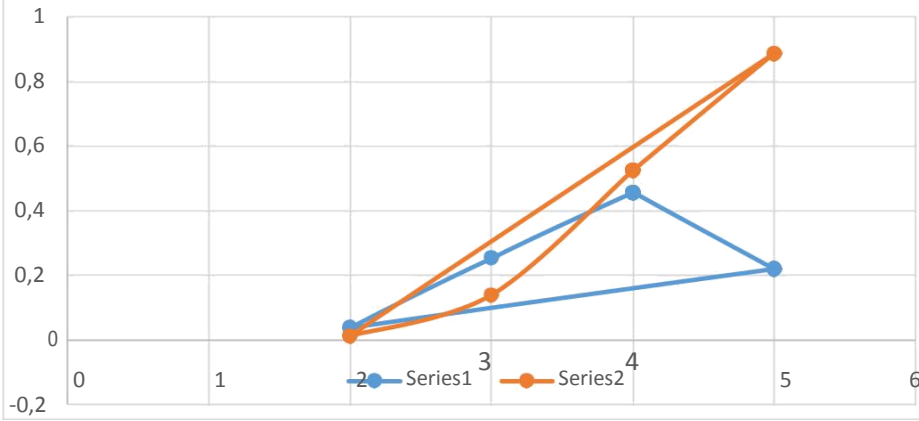
nivel satisfacción prestación del servicio
entidades públicas, distr. normal acumulada



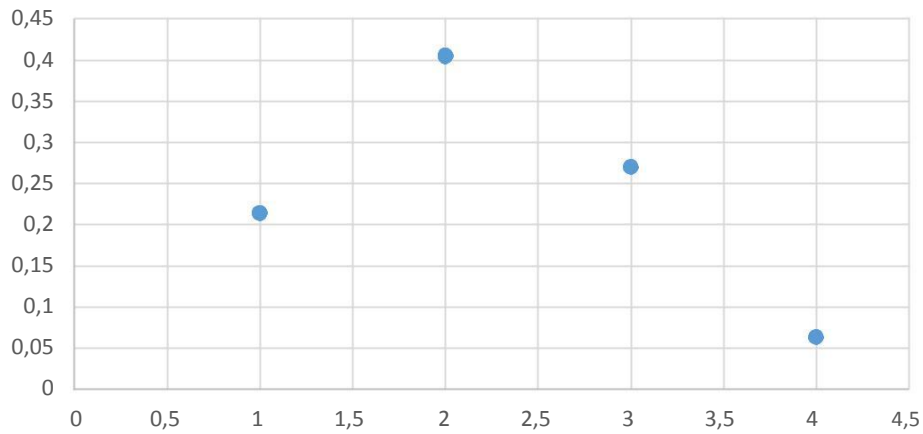
subjetividades producidas discurso institucional,
entidades privadas, distr. normal



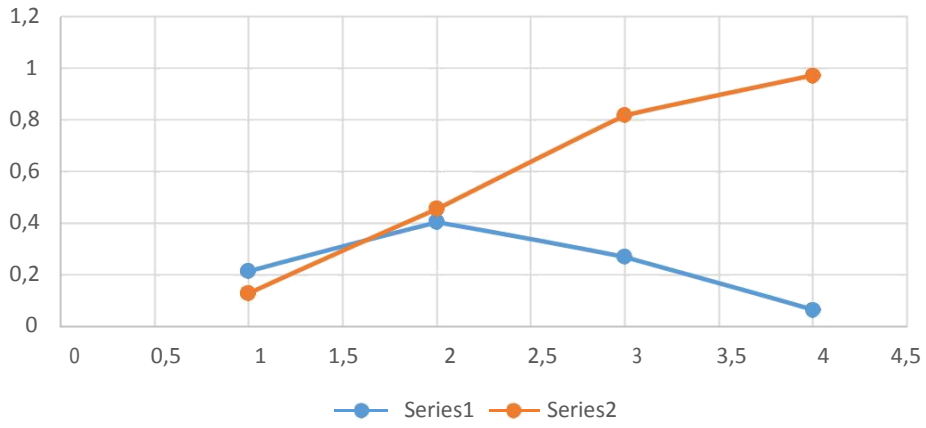
subjetividades producidas discurso institucional,
entidades privadas, distr, normal acumulada



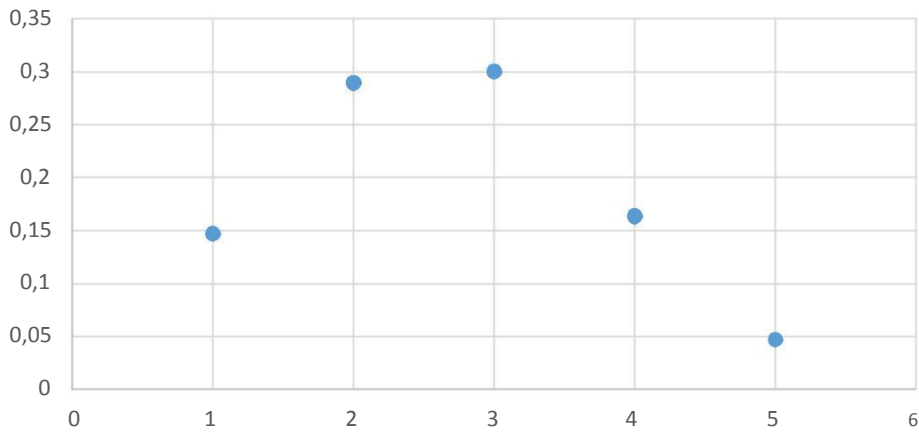
reacciones producidas entidades públicas;
distribución normal}



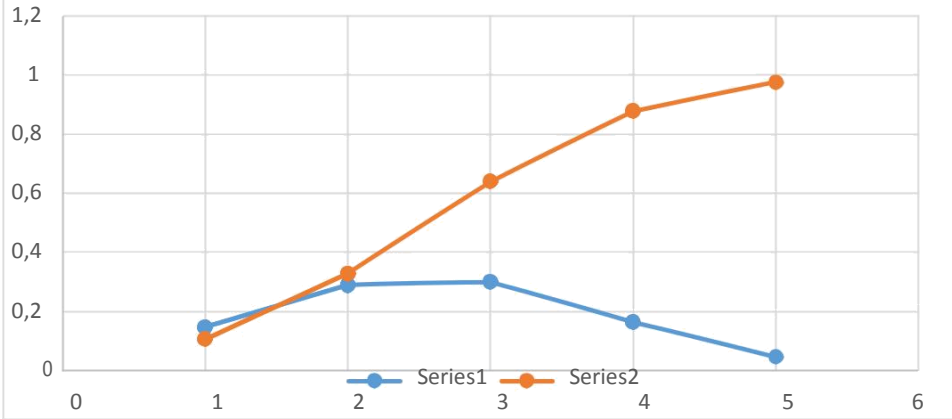
reacciones producidas discurso institucional,
distribución normal acumulada



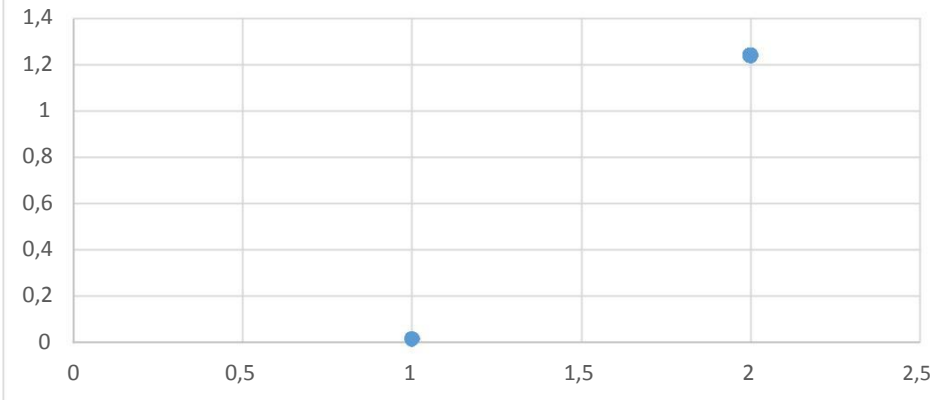
reacciones entidades privadas; distr.normal



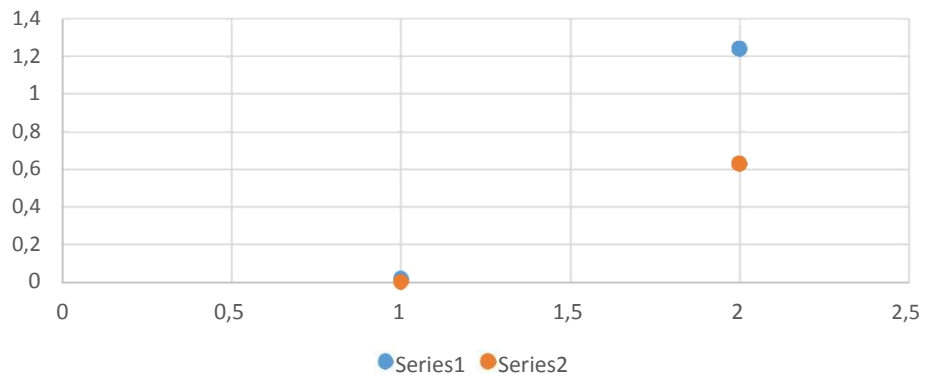
reacciones entidades privadas; distribución normal acumulada



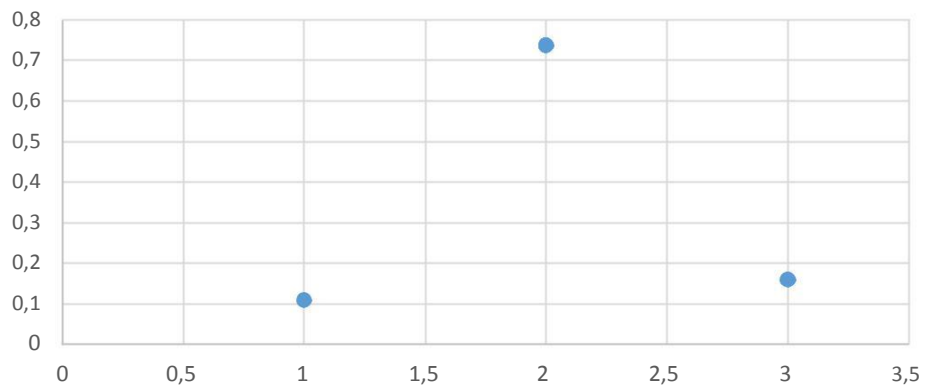
sentimientos de representación hacia el Estado distribución normal

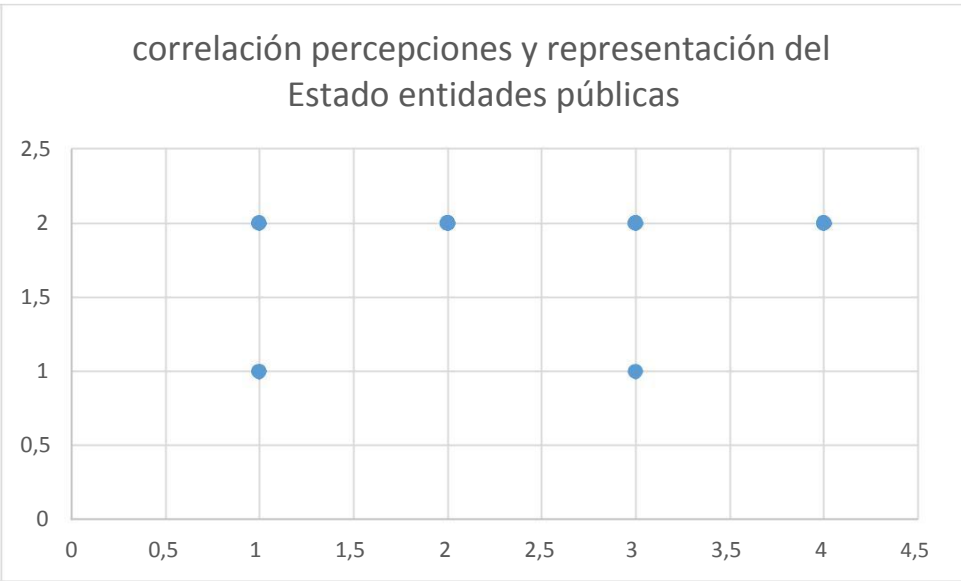
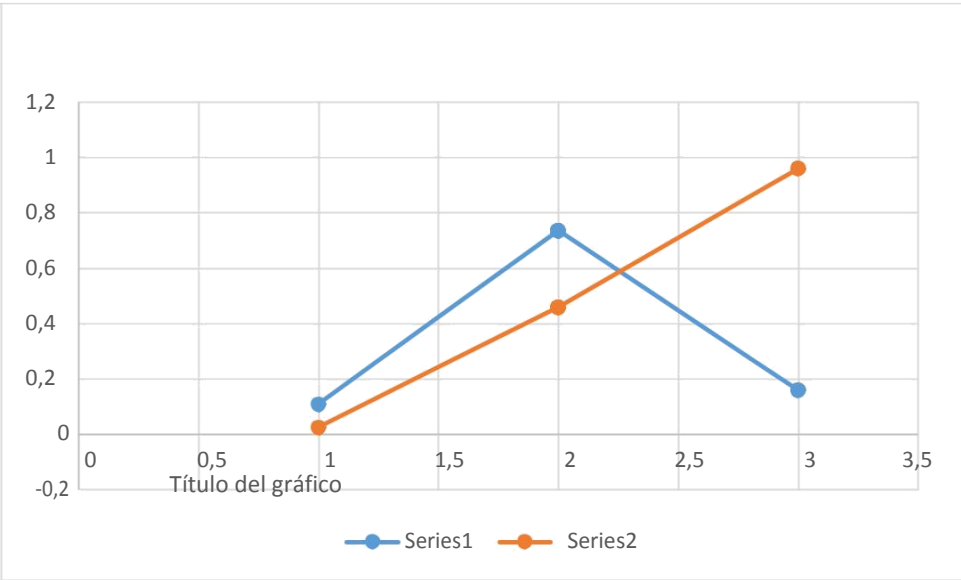


sentimientos de representación frente al Estado.
distribución normal acumulada

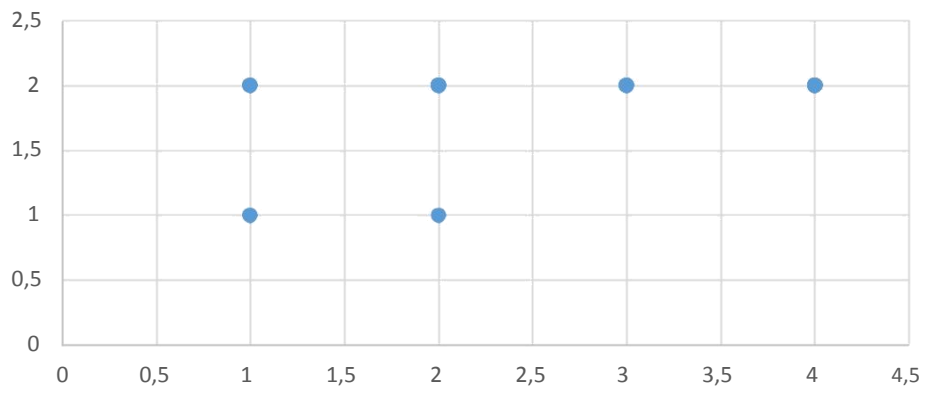


sentimientos de representación del Estado.
frente a entidades privadas. distr.normal

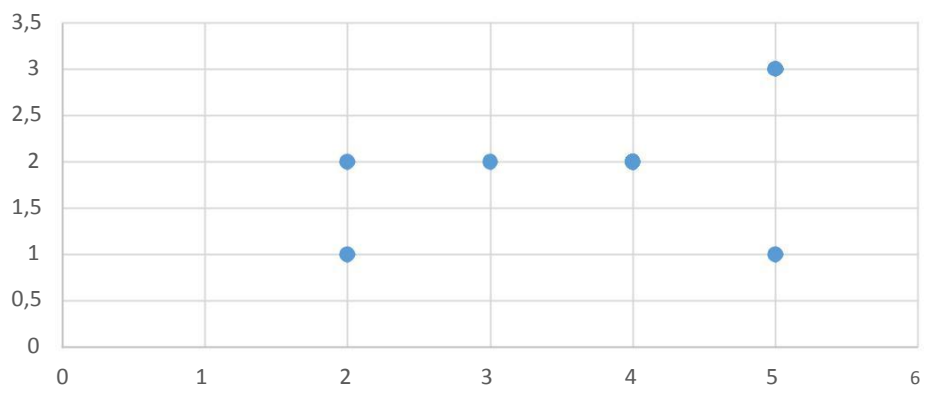




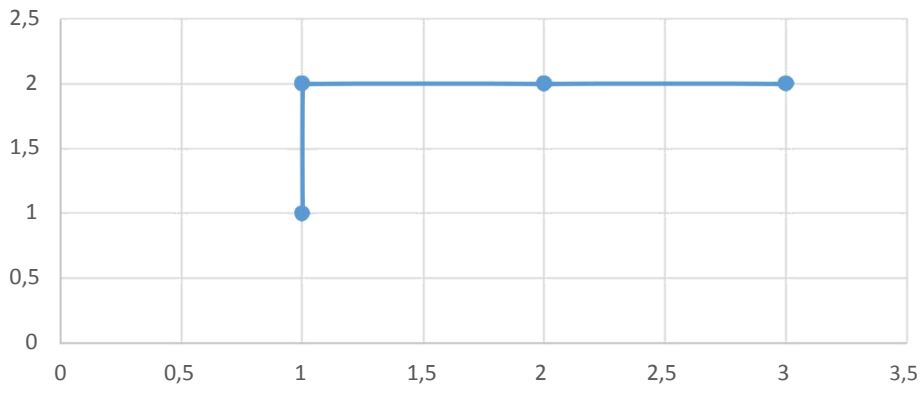
correlación representación estatal y producción de subjetividades entidades públicas



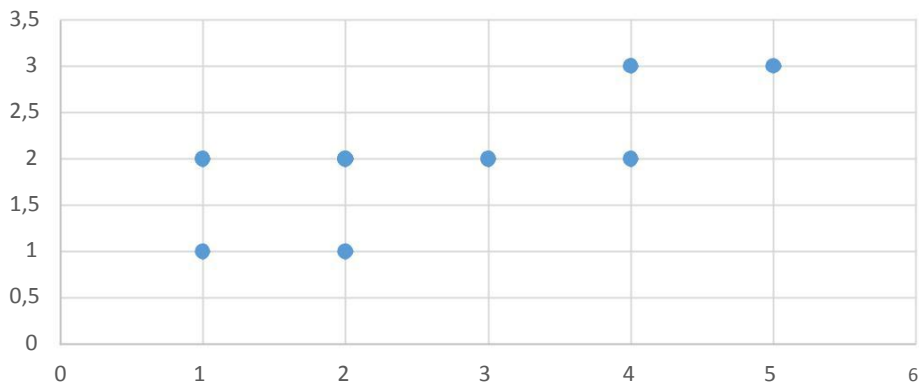
correlación subjetividad y representación del Estado entidades privadas.



correlación reacciones y representación del Estado



correlación representación del estado, reacciones entidades privadas



CUADRO DE PRESUPUESTOS

DETALLE	VALOR
Fotocopias	250.000
Equipo de computo	3.000.000
Papelería	225.000
Transporte	325.000
Varios	298.000
TOTAL	4.098.000

Bibliografía

- Abadía, C. E., & Oviedo, D. (2009). itinerarios burocráticos del Sistema de Salud en Colombia. una herramienta teórico metodológica para evaluar los sistemas de salud basados en la atención gerenciada. *departamento de Antropología Universidad Nacional* , 51-152.
- Abadía, C. E., & Oviedo, D. (2009). itinerarios burocráticos del Sistema de Salud en Colombia. una herramienta teórico metodológica para evaluar los sistemas de salud basados en la atención gerenciada. *departamento de Antropología Universidad Nacional*, 86-102.
- Aden, C., Enrique, M., Regueira, A., Amor Ameal, J., S, C., S, A., . . . García, M. (2012). la convención americana de derechos humanos, y su proyección en el derecho argentino. *La Ley, Facultad de Derecho UBA*, 20.
- Alzate Mora, D. (2014). Las formas jurídicas (pos)neoliberales desde Colombia:el sistema de salud en las dinámicas lucro-destructivas del derecho útil al capital. Bogotá, Universidad del Rosario, Colombia: facultad de jurisprudencia.
- alzate, d. (2014). Las formas jurídicas (pos)neoliberales desde Colombia:.. Bogotá, Colombia: universidad del rosario.
- Ander-Egg, E., & Aguilar Idañez, M. (s.f.). *El Diagnóstico Social, Conceptos y metodología*. Buenos Aires, México.
- Arroyave, Z. I. (2005). I desbalance de las EPS públicas: muerte pronosticada. *El Pulso*.
- banco mundial. (1993). *informe sobre el desarrollo mundial, invertir en salud, indicadores de desarrollo*. Washington D:C: banco mundial.
- Banco Mundial. (1993). *informe sobre el desarrollo mundial, invertir en salud, indicadores de desarrollo*. Washington D:C: Banco Mundial. Recuperado el 27 de 09 de 2018
- Caballero, A. M. (s.f.). sentencia de mayo 11 de 1993. corte constitucional.
- Colombia, C. d. (1993). Ley 100.
- Consejo Nacional de Trabajo Social. (2012). Trabajo Social en el Sistema de Salud Colombiano. *pérfiles y competencias básicas del Trabajador Social; Ley 53 de 1977 decreto 2833 de 1981*. Bogotá, Colombia: Consejo Nacional de Trabajo Social.
- constitución política de Colombia. (1991).
- Gaarder, J. (1995). *El Mundo De Sofía, novela sobre la historia de la filosofía*. (K. Baggethun, & A. Lorenzo, Trads.) Oslo: Norma.

- Gañan Echavarría, J. (2013). *los muertos de la ley 100, Prevalencia de la libertad económica sobre el derecho fundamental a la salud: una razón de su ineficacia*. Antioquía, Colombia: universidad de Antioquía.
- Gómez. (3 de 2014). *El Tiempo*.
- Guerrero, R., Gallego, A. I., Becerril Montekio, V., & Vasquez, J. (9 de febrero de 2011). sistema de salud en Colombia. (C. d. Salud., Ed.)
- HEGEL, G. (1807). *Phänomenologie des Geistes*. (1 ed.). (J. Hoffmeister, Ed., & W. ROCES, Trad.) ALEMANIA: Félix Meiner. Obtenido de <http://biblio3.url.edu.gt/Libros/wilde/fenomenologia.pdf>
- I., V., García, T. M., & PHD. (2015). violencia estructural y trabajo social: nuevos paradigmas de acción e intervención. *revista costarricense de trabajo social*, 147-167.
- Klein, N. (2007). *La Doctrina del Shock, el auge del capitalismo del desastre*. Canadá: Random House of Canadá.
- Klein, N. (s.f.). la doctrina del shock.
- Laurell, A. C. (2014). *contradicciones en salud: sobre acumulación y legitimidad en los gobiernos neoliberales y sociales de derecho en América Latina*. Rio de Janeiro, Brasil.
- Lewkowicz. (2004). *pensar sin estado*. Buenos Aires: Paidós.
- MALACALZA, S., FUENTES, M. D., & CRUZ, V. (2012). *claroscuros, trabajo social, capitalismo tardío y subjetividades*. la plata: universidad de la plata.
- Marx, K. (1989). *contribución a la crítica de la economía política*. (M. Kuznetsov, Trad.) progreso.
- Mejía, J. D. (16 de octubre de 2008). la salud, un estado de cosas inconstitucional. *El tiempo*.
- Mora, D. A. (2014). las dinámicas lucrodestructivas del derecho útil al capital. Bogotá.
- Moreno, D. Y. (1996). *Derecho Constitucional Colombiano*. ESAP.
- palacios, M. a. (1986). *la delgada corteza de nuestra civilización*. bogotá: linotipia bolívar.
- Penalva, C., & La Parra, D. (2008). comunicación de masas y violencia estructural. *Convergencia, revista de ciencias sociales*, 17-50.
- Poulantzas, N. (1969-1970). *poder político y clases sociales en el estado capitalista*. méxico 12, D.F: siglo XXI editores, S.A.
- Pueblo, D. d. (2014). *la tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social*. Bogotá: defensoría del pueblo.

- Rangel*, R. M. (2012). El Consenso de Washington: la instauración de las políticas. *Política y Cultura*, 37.
- Reyes, A. M. (.1991.). *concepto de estado social de derecho*. Ed. Cerec, .
- Roca, L. V. (2012). Microfísica del poder y biopolítica en Foucault: posibles correspondencias con las antropotecnias y heterotopías en la. *Eikasía*.
- Rodríguez, L. (1981). *Derecho administrativo general y volombiano, ogot`pa*. Bogotá: Temis.
- S, L. B., & Chinchilla M, M. (2007). el trabajo social en la respuesta hegemónica a la construcción de ciudadanía. *Eleuthera*, 9-26.
- Unidas, C. d. (s.f.). El Estado de Derecho y el Cambio Social. *intervención en el seminario de El Estado de Derecho y el Cambio Social*.
- Wallerstein, I. (1979). *el moderno sistema mundial*. siglo XXI editores.

Bibliografía marco jurídico

- Abadía, C. E., & Oviedo, D. (2009). itinerarios burocráticos del Sistema de Salud en Colombia. una herramienta teórico metodológica para evaluar los sistemas de salud basados en la atención gerenciada. *departamento de Antropología Universidad Nacional* , 51-152.
- Abadía, C. E., & Oviedo, D. (2009). itinerarios burocráticos del Sistema de Salud en Colombia. una herramienta teórico metodológica para evaluar los sistemas de salud basados en la atención gerenciada. *departamento de Antropología Universidad Nacional*, 86-102.
- Aden, C., Enrique, M., Regueira, A., Amor Ameal, J., S, C., S, A., . . . García, M. (2012). la convención americana de derechos humanos, y su proyección en el derecho argentino. *La Ley, Facultad de Derecho UBA*, 20.
- Alzate Mora, D. (2014). Las formas jurídicas (pos)neoliberales desde Colombia: el sistema de salud en las dinámicas lucro-destructivas del derecho útil al capital. Bogotá, Universidad del Rosario, Colombia: facultad de jurisprudencia.
- alzate, d. (2014). Las formas jurídicas (pos)neoliberales desde Colombia:. Bogotá, Colombia: universidad del rosario.
- Ander-Egg, E., & Aguilar Idañez, M. (s.f.). *El Diagnóstico Social, Conceptos y metodología*. Buenos Aires, México.
- Arroyave, Z. I. (2005). I desbalance de las EPS públicas: muerte pronosticada. *El Pulso*.
- banco mundial. (1993). *informe sobre el desarrollo mundial, invertir en salud, indicadores de desarrollo*. Washington D:C: banco mundial.

- Banco Mundial. (1993). *informe sobre el desarrollo mundial, invertir en salud, indicadores de desarrollo*. Washington D:C: Banco Mundial. Recuperado el 27 de 09 de 2018
- Caballero, A. M. (s.f.). sentencia de mayo 11 de 1993. corte constitucional.
- Colombia, C. d. (1993). Ley 100.
- Consejo Nacional de Trabajo Social. (2012). Trabajo Social en el Sistema de Salud Colombiano. *pérfiles y competencias básicas del Trabajador Social; Ley 53 de 1977 decreto 2833 de 1981*. Bogotá, Colombia: Consejo Nacional de Trabajo Social.
- constitución política de Colombia. (1991).
- Gaarder, J. (1995). *El Mundo De Sofia, novela sobre la historia de la filosofía*. (K. Baggethun, & A. Lorenzo, Trads.) Oslo: Norma.
- Gañan Echavarría, J. (2013). *los muertos de la ley 100, Prevalencia de la libertad económica sobre el derecho fundamental a la salud: una razón de su ineficacia*. Antioquía, Colombia: universidad de Antioquía.
- Gómez. (3 de 2014). *El Tiempo*.
- Guerrero, R., Gallego, A. I., Becerril Montekio, V., & Vasquez, J. (9 de febrero de 2011). sistema de salud en Colombia. (C. d. Salud., Ed.)
- HEGEL, G. (1807). *Phänomenologie des Geistes*. (1 ed.). (J. Hoffmeister, Ed., & W. ROCES, Trad.) ALEMANIA: Félix Meiner. Obtenido de <http://biblio3.url.edu.gt/Libros/wilde/fenomenologia.pdf>
- I., V., García, T. M., & PHD. (2015). violencia estructural y trabajo social: nuevos paradigmas de acción e intervención. *revista costarricense de trabajo social*, 147-167.
- Klein, N. (2007). *La Doctrina del Shock, el auge del capitalismo del desastre*. Canadá: Random House of Canadá.
- Klein, N. (s.f.). la doctrina del shock.
- Laurell, A. C. (2014). *contradicciones en salud: sobre acumulación y legitimidad en los gobiernos neoliberales y sociales de derecho en América Latina*. Rio de Janeiro, Brasil.
- Lewkowicz. (2004). *pensar sin estado*. Buenos Aires: Paidós.
- MALACALZA, S., FUENTES, M. D., & CRUZ, V. (2012). *claroscuros, trabajo social, capitalismo tardío y subjetividades*. la plata: universidad de la plata.
- Marx, K. (1989). *contribución a la crítica de la economía política*. (M. Kuznetsov, Trad.) progreso.

- Mejía, J. D. (16 de octubre de 2008). la salud, un estado de cosas inconstitucional. *El tiempo*.
- Mora, D. A. (2014). las dinámicas lucrodestructivas del derecho útil al capital. Bogotá.
- Moreno, D. Y. (1996). *Derecho Constitucional Colombiano*. ESAP.
- palacios, M. a. (1986). *la delgada corteza de nuestra civilización*. bogotá: linotipia bolivar.
- Penalva, C., & La Parra, D. (2008). comunicación de masas y violencia estructural. *Convergencia, revista de ciencias sociales*, 17-50.
- Poulantzas, N. (1969-1970). *poder político y clases sociales en el estado capitalista*. méxico 12, D,F: siglo XXI editores, S.A.
- Pueblo, D. d. (2014). *la tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social*. Bogotá: defensoria del pueblo.
- Rangel*, R. M. (2012). El Consenso de Washington:la instauración de las políticas. *Política y Cultura*, 37.
- Reyes, A. M. (.1991.). *concepto de estado social de derecho*. Ed. Cerec, .
- Roca, L. V. (2012). Microfísica del poder y biopolítica en Foucault: posibles correspondencias con las antropotecnias y heterotopías en la. *Eikasía*.
- Rodríguez, L. (1981). *Derecho administrativo general y volombiano, ogot`pa*. Bogotá: Temis.
- S, L. B., & Chinchilla M, M. (2007). el trabajo social en la respuesta hegemónica a la construcción de ciudadanía. *Eleuthera*, 9-26.
- Unidas, C. d. (s.f.). El Estado de Derecho y el Cambio Social. *intervención en el seminario de El Estado de Derecho y el Cambio Social*.
- Wallerstein, I. (1979). *el moderno sistema mundial*. siglo XXI editores.

