Imprimir

“4 de cada 5 colombianos manifiesta no estar de acuerdo con la propuesta de eliminar las EPS. CON EL SISTEMA DE SALUD NO SE JUEGA” así finaliza una pieza grafica de la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI) gremio conformado por organizaciones privadas entre las que se encuentran Entidades Promotoras de Salud (EPS). La potencia de esta sentencia se encuentra en que permite una aproximación clara a la tendencia del debate planteado por los actores que defienden el actual sistema.
Si bien se pueden discutir varios puntos del proyecto de ley presentado para reformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) queda claro que es disruptivo y avanza en la materialización del derecho fundamental a la salud, su contenido pretende mantener el aseguramiento y la protección financiera que se reconocen como grandes avances del actual sistema pero se centra en los determinantes sociales de las inequidades en salud, la Atención Primaria en Salud, el fortalecimiento de la red pública hospitalaria y un nuevo modelo de organización de la seguridad social que cambia por completo la naturaleza y el papel de las EPS pese a mantener su nombre. Sin duda, al ser presentado por el poder ejecutivo no es un proyecto de reforma como los que hemos visto antes.

Precisamente la llegada al gobierno nacional de actores que históricamente han reivindicado una visión contrahegemónica en salud determina lo particular de esta coyuntura. Más allá de los arreglos institucionales lo que está en tensión es cómo se entiende el derecho a la salud y qué responsabilidades implica este para el Estado y la sociedad, es decir, se está jugando la hegemonía en salud (1). Los arreglos institucionales que dependen de esta visión del mundo naturalizada llamada hegemonía han cambiado en el SGSSS a través de diferentes reformas a la Ley 100 de 1993, por ejemplo con la Ley 1122 del 2007 y la ley 1438 del 2011, incluso con sentencias de la Corte Constitucional como la T-760 del 2008 que ha tenido profundas implicaciones en la organización del sistema, la característica es que quienes detentan la hegemonía en el sector han sabido implementar estos ajustes logrando mantener su liderazgo político y cultural por 30 años.

Pese a las interpelaciones de diferentes sectores en disputa, e incluso a la sanción de la Ley Estatutaria en Salud en el año 2015 que por obra de la sentencia modulatoria C-313 de 2014

de la Corte Constitucional incorporó una visión progresista del derecho a la salud, el desarrollo ordinario de esta norma no ha sido posible y los ajustes al sistema se han hecho desde una mirada restrictiva del derecho a la salud.



Tomada de Revista Conexxion- ACEMI.

El pensamiento hegemónico en salud

Presentándose como portadores de un saber técnico, aséptico y científico, en contraposición de la ideología o la política que viene a ser un saber espurio y por lo tanto portador de una carga negativa, los actores del pensamiento hegemónico en salud establecen el límite o frontera que es fundamental para sustentar su liderazgo. Aunque defender la existencia un supuesto saber exclusivamente técnico es insostenible a la luz de los procesos históricos de conformación de una hegemonía fuertemente influenciada por pensadores de la economía neoclásica, resulta útil como maniobra discursiva en el debate público.

La hegemonía se construye en procesos históricos a partir de la preminencia económica, política e incluso militar de determinados grupos humanos y se consolida en el plano

ideológico con discursos concretos. En el sector salud fue la transformación de la medicina en un campo científico-técnico a finales del siglo XIX la que posibilitó un proceso sin precedentes de desarrollo en la industria farmacéutica y un cambio de los hospitales tradicionales a servicios de salud complejos que con la aparición de los seguros médicos en los años treinta del siglo XX conformarían mercados de atención, investigación e innovación en salud, base de lo que hoy es el gran Complejo Médico Industrial de nuestra época(2).

La consolidación de una visión biomédica de la salud caracterizada por ser biologicista, pragmática y centrada en los individuos (3) tuvo saltos cualitativos con la mutación al capitalismo cognitivo pues este implicó una fuerte introducción de las patentes y la continuidad en la búsqueda del sueño de la “bala mágica”, es decir, compuestos químicos específicos que actúan contra los microorganismos patógenos (4), este proceso en un momento de financiarización de la economía global instauraría con potencia una visión de la salud como espacio de acumulación de capital.

En América Latina, las llamadas reformas neoliberales vendrían con el establecimiento de una “nueva protección social” cuyas características principales fueron los sistemas de pensiones con capitalización individual; protección social según perfil de riesgo y sistemas de salud basados en el aseguramiento (5). En Colombia, este aseguramiento funciona desde 1993 bajo el modelo de pluralismo estructurado en el que concurren actores privados y públicos.

Se comprende entonces desde premisas de la economía neoclásica que existe una asimetría de información entre los potenciales pacientes y los prestadores de servicios por lo cual se requiere incorporar un “comprador inteligente” (las EPS) que contrate lo necesario y organice redes de atención para lo cual recibe por cada afiliado un aporte llamado Unidad de Pago por Capitación (UPC). La idea central es que la mejor forma de garantizar la atención en salud es a través de un mercado regulado que en toda su extensión es útil a la acumulación de capital y deja como principales actores hegemónicos a las EPS (6), administrando más de 73 billones de pesos anuales (7).



Tomada de Revista Conexxion- ACEMI.

La batalla por el relato.

Llevar el debate a los términos que conviene, es una estrategia elemental en las confrontaciones políticas, lo importante para un análisis sensato es entender precisamente que se trata de estrategias y por lo tanto ponen luces en unos puntos y sombras en otros. La consigna con la que inicia este texto circula desde julio del 2022, es decir, cuando el gobierno Petro no estaba en funciones, la estrategia se complementa con lobby político en el Congreso, movilización de otros gremios e incidencia en medios de comunicación.

Como en otros momentos de la historia y pese a la amplitud y alcances del proyecto de reforma, las EPS y sus estructuras de apoyo pretenden que la discusión sea sobre ellas, para eso recurren a reivindicar sus logros en cobertura, protección financiera y reducción del gasto de bolsillo, lo hacen además comparando estos resultados con lo que era el anterior Sistema Nacional de Salud y el papel del Instituto de Seguros Sociales. Esto sirve para proyectar un colapso del sistema de salud y activar emociones negativas como el miedo, instrumento clave para la inacción política.

En el debate propuesto por las EPS se explota una idea labrada durante décadas que dice que el Estado es por naturaleza ineficiente y corrupto, por lo cual no puede auditar el 2% de la facturación en salud que le corresponde a través de los seguros de accidentes de tránsito, la idea resulta potente y se ensambla con fuerza en preconcepciones sobre la burocracia estatal. En este arsenal discursivo la descalificación del contrario tiene un papel central, El artículo de opinión titulado ¿Evidencia o ideología? del economista y político Mauricio Cárdenas que reivindica el ejercicio intelectual en defensa de la evidencia y en detrimento de los dogmatismos que pretenden reforma el sistema de salud (8) es un buen ejemplo de este aspecto, tildar la propuesta de reforma de fanatismo ideológico y falta de rigor está a la orden del día.

Así, de entrada, el debate se encuentra minado, empezar la discusión partiendo del papel de las EPS es en sí mismo un sesgo, el objetivo del sistema de salud es contribuir decisivamente a la garantía y materialización del derecho fundamental a la salud (9), ese debe ser el centro del debate ¿Garantiza el actual sistema el derecho a la salud? ¿Garantiza la reducción progresiva y eliminación de inequidades regionales, económicas, de género, etarias y étnico-raciales? ¿Realiza el actual sistema de salud intervenciones efectivas para la prevención de enfermedades? ¿Cómo se comportan los indicadores trazadores de salud pública en este sistema? Son preguntas claves para asumir la discusión.

---

1. Hernández Álvarez M. La fragmentación de la salud en Colombia y Argentina. Una comparación sociopolítica, 1880 – 1950. Universidad Nacional de Colombia, editor. Bogotá; 2004.
2. Hernández M. Sistemas universales de protecciones sociales como alternativa a la Cobertura Universal en Salud (CUS). Saúde em Debate. 2019;43(spe5):29–43.
3. Menéndez EL. Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. Salud Colect. 2020 May 5;16:e2615.
4. Chuaire L, Cediel JF. Paul Ehrlich: de las balas mágicas a la quimioterapia. Colomb Med [Internet]. 2008;39(3):291–5. Available from:

https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28339311

5. Basile G. Refundación de los sistemas de salud en Latinoamérica y el Caribe : apuntes para repensar y descolonizar las teorías y políticas. 2021. (Dossier de salud internacional Sur Sur no. 7). Report No.: 7.
6. Corcho. EL PROCESO DE LA LEY ESTATUTARIA: LA LUCHA POR LA HEGEMONÍA POLÍTICA DEL DERECHO A LA SALUD EN COLOMBIA FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y RELACIONES INETERNACIONALES MAESTRIA DE ESTUDIOS POLÍTICOS. 2017.
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia llegó al aseguramiento universal en salud al alcanzar el 99,6 %. https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-llego-al-aseguramiento-universal-en-salud-al-alcanzar-el-99.6.aspx. 2022.
8. Cárdenas Mauricio. ¿Evidencia o ideología? El Tiempo. 2023 Feb 4;
9. Congreso de la Republica Colombia. Ley Estatutaria 1751. Colombia; Feb 16, 2015.

Andersson Ospina Benavides, Profesor contratista y doctorando en salud de la Universidad del Valle.

Foto tomada de: Senado.gov.co