

CONTROL BIOPOLÍTICO EN EL DISCURSO DE LA SALUD EN  
COLOMBIA 1994-2013



CHARLIE STEPHANIA OCAÑA CALVACHY

Trabajo de grado para optar al Título de Politóloga

Director

Ph.D. JULIÁN ANDRÉS CAICEDO ORTIZ

UNIVERSIDAD DEL CAUCA  
FACULTAD DE DERECHO, CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES  
DEPARTAMENTO DE CIENCIA POLÍTICA  
POPAYÁN  
2016

CHARLIE STEPHANIA OCAÑA CALVACHY

CONTROL BIOPOLÍTICO EN EL DISCURSO DE LA SALUD EN  
COLOMBIA 1994-2013

Trabajo de grado presentado a la Facultad de Derecho, Ciencias  
Políticas y Sociales de la Universidad del Cauca para optar al Título de

POLITÓLOGA

Director

Ph.D. JULIÁN ANDRÉS CAICEDO ORTIZ

POPAYÁN

2016

Nota de aceptación

-----  
-----  
-----  
-----

-----

Firma del presidente del jurado

-----

Firma del jurado

-----

Firma del jurado

POPAYÁN, 4 DE MARZO DE 2016

*One for my [darling]  
(and one more for the road)*

*Better by Billie Holiday*

## **¡GRACIAS!**

A la memoria de mi Abuelito Orlando...

A mi chica especial, Renatta, en sus 5 años.

A mi familia entera, por el apoyo y el cuidado constantes, aún en la distancia. Por los mil empujones, siempre tan necesarios.

A Camila, Gloria y Angela, por aguantar los trasnochos en cuatro puntos diferentes del país.

A Cristian, por la guía y la incondicionalidad. Por el silencio.

A Sandra, Paola, Marcela, Caroline, Eliana, Stefania; amigas sinceras, leales.

Al profesor Julián Caicedo, por escuchar, orientar y aconsejar.

A mis docentes... ¡cuánta ayuda y comprensión recibí de parte de ellos!

A mis compañeros... por soportar mi retahíla constante durante los últimos dos años.

A todos los que hicieron de este espacio y este tiempo una hermosa experiencia con su sola presencia.

A los recuerdos que trae la luna. A todos ellos. A todos los que estuvieron, a los que fueron o permanecen.

Y también a él... que sean mil grullas más.

Gracias, infinitas gracias... ¡de todo corazón!

## TABLA DE CONTENIDO

<b>INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>CAPÍTULO 1. DESCRIPCION DE LA TEORIA BIOPOLÍTICA DE MICHEL FOUCAULT</b>	6
1.1. EL PLANTEAMIENTO INICIAL SOBRE LA BIOPOLÍTICA	6
1.1.1. EL ESTADO EN LO PÚBLICO Y LO PRIVADO	9
1.2. LA BIOPOLÍTICA COMO UNA TEORÍA APLICADA A LA SALUD PÚBLICA	12
1.2.1. LA BIOPOLÍTICA COMO OBJETO DE ESTUDIO EN AMÉRICA LATINA	14
1.3. EN PROCURA DE UNA BIOÉTICA DE LA BIOPOLÍTICA	17
<b>CAPÍTULO 2. CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO MODIFICADO CON LA LEY 100 DE 1993</b>	22
2.1. ANTECEDENTES DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO ACTUAL	23
2.1.1. FORMULACIÓN DEL SNS (1968)	24
2.1.2. EL SNS	25
2.1.3. LEY 100 DE 1993	26
2.2. NORMATIVIDAD QUE RIGE EL SISTEMA DE SALUD	29
2.2.1. ¿A QUIÉNES CUBRE EL SISTEMA DE SALUD?	31
2.3. VENTAJAS Y DEFICIENCIAS DEL SISTEMA DE SALUD PROPUESTO POR LA LEY 100 DE 1993	33

<b>CAPÍTULO 3. VALORACIÓN DE LA PRESENCIA DE CONTROL BIOPOLÍTICO EN LAS ESTRUCTURAS DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO MODIFICADAS CON LA LEY 100 DE 1993</b>	<b>38</b>
3.1. LA SALUD COMO UN MEDIO DE PODER	39
3.2. LOS TITULARES DEL PODER	40
3.3. EL PACIENTE EN EL SISTEMA DE SALUD	45
3.3.1. ASPECTOS GENERALES DE LA CONSULTA EXTERNA	45
3.3.2. EL SERVICIO DE URGENCIAS	48
3.4. LA POSICIÓN DE LOS FUNCIONARIOS ASISTENCIALES	50
<b>CONSIDERACIONES FINALES</b>	<b>54</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>59</b>

## INTRODUCCIÓN

El sistema de salud que se maneja en Colombia desde hace más de 20 años es un tópico trabajado desde diversas posiciones y enfoques. Sin embargo, al analizarlo desde una perspectiva politológica, usualmente se privilegia la propuesta de las políticas públicas como base para este estudio sobre otras posibilidades. Con la presente investigación se espera otorgar a la discusión sobre la salud en Colombia la perspectiva del análisis mediante la teoría política, específicamente (en esta oportunidad) por la teoría de la biopolítica propuesta por Michel Foucault. De este modo, el objetivo principal del trabajo es comprobar la posible existencia de control biopolítico (tal como se entiende desde la perspectiva propuesta por Foucault) en las estructuras del sistema de salud colombiano modificadas con la ley 100 de 1993, durante su vigencia entre los años 1994 y 2013.

A fin de alcanzar el objetivo principal se propusieron tres objetivos específicos, a partir de los cuales se establecieron los capítulos que conforman el proyecto: el primer objetivo comprende la descripción de la teoría biopolítica de Michel Foucault, el segundo implica la caracterización del sistema de salud colombiano modificado con la ley 100 de 1993 y el tercero desarrolla una valoración de la presencia de control biopolítico en las estructuras del sistema de salud colombiano modificadas con la ley 100 de 1993.

Teniendo esto en cuenta, el desarrollo de los capítulos expone, en principio, tanto las particularidades de la teoría de la biopolítica propuesta por Michel Foucault, como las características básicas del sistema de salud colombiano modificado con la ley 100 de 1993, para definir los objetos de enfoque de la investigación y las perspectivas teóricas concretas que van a trabajarse; posteriormente, muestra un cotejo de las relaciones que se pueden presentar entre los hallazgos sobre el sistema de salud colombiano y la teoría de la biopolítica de Foucault, para



finalmente verificar si existe realmente una conexión entre la teoría de la biopolítica y la realidad del sistema de salud que señale la existencia de control biopolítico para la salud en Colombia; tras la realización de una profundización en los conceptos y los objetos de la investigación, es preciso especificar si existe o no un punto de encuentro entre ellos, establecer si existen relaciones directas o indirectas, y en qué medida la teoría llega a ser un posible determinante de la realidad en el caso del sistema de salud colombiano.

Para el desarrollo de la presente investigación se eligió un diseño metodológico de tipo cualitativo que privilegia las fuentes documentales y las entrevistas, buscando así una mejor determinación de los que podrían ser los puntos de encuentro entre la teoría de la biopolítica y el discurso del sistema de salud colombiano. Además, siguiendo a Losada y Casas, los enfoques crítico contemporáneo<sup>1</sup> y biopolítico<sup>2</sup> fueron paradigmas clave para la formulación de este proyecto, debido a las implicaciones conceptuales sobre el poder y la dominación sobre la vida presentes en el mismo.

Inicialmente, el análisis documental fue la base principal para la recolección de información en la investigación, mediante revisión bibliográfica. En principio, las fuentes citadas en el proyecto fueron libros, capítulos de libros o publicaciones de carácter científico presentes en revistas especializadas que facilitaron la comprensión del componente teórico de la investigación. Además, los documentos de tipo normativo, tales como leyes y jurisprudencia permitieron la contextualización institucional del referente empírico. Por otro lado, los datos obtenidos mediante algunas entrevistas a los actores principales del sistema de salud, permitieron una apreciación más material del objeto de análisis empírico, complementando los vacíos que se pudieran haber presentado en la búsqueda de información anteriormente descrita.

---

<sup>1</sup> LOSADA, Rodrigo; CASAS, Andrés. Enfoques para el análisis político. Historia, epistemología y perspectivas de la ciencia política. Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales. 2008. Bogotá, Colombia. Pp. 272-280.

<sup>2</sup> *Ibíd.*, pp. 252-259.

Con respecto a la pertinencia del trabajo, se puede inferir que si el sistema de salud colombiano ha sido estudiado desde las perspectivas de las políticas públicas y la administración pública, es posible relacionar sus dinámicas y su discurso con diversas corrientes teóricas pertenecientes a la Ciencia Política. La presente investigación puede verse como un acercamiento a la comprensión del poder que se podría obtener a partir del control de la vida de los ciudadanos, y los manejos que se pueden realizar con ese poder y esas vidas. Dentro de la variedad de teorías pertenecientes a la rama normativa de la teoría política, la propuesta de la biopolítica realizada por Michel Foucault -relativa a la dinámica del poder y el control sobre la vida de los individuos realizada desde múltiples esferas sociales- se perfila como una interesante idea de trabajo en el campo de investigación de la Ciencia Política con respecto al análisis de las manifestaciones del poder en la sociedad.

Además, el funcionamiento y componentes del sistema de salud competen a todos los miembros de una sociedad debido a la relación intrínseca que desarrollan con la vida digna y el estado de bienestar de los individuos. Si bien puede sonar poco consecuente con el humanismo con que debería tratarse el tema del cuidado de la vida de las personas, gracias a la biopolítica puede contemplarse la posibilidad de que el control sobre la vida se transforme en un medio de poder. Por otro lado, la necesidad de vincular la salud a los servicios públicos, las condiciones de alimentación y saneamiento que requiere la población, remite a la observación del tema según una posición multifactorial, de acuerdo a la cual se puede determinar que la salud de la población puede ser afectada según las condiciones sociales en que vivan los sujetos. Es casi imposible exigir al sistema de salud el mantenimiento de la calidad de vida de los ciudadanos si no se tienen mínimos vitales para promover y conservar la salubridad en todos los rincones del país. Es importante hacer manifiestas estas problemáticas, para apuntar a la reformulación de un sistema asistencial que no considere la vida de los ciudadanos como un

negocio y un instrumento de poder, sino como un derecho inalienable y que debe proteger a toda costa, re-humanizando la concepción del paciente.

Por otro lado, la contextualización temporal del proyecto se estableció de acuerdo a la ley 100 de 1993, que ha regulado el sistema de seguridad social en salud durante más de 20 años en Colombia y fue aprobada en el Congreso el 24 de diciembre de 1993. Por tanto, para hacer un seguimiento apropiado del desarrollo de esta ley en todos los años de su vigencia, lo más correcto fue tomar a 1994 como año de inicio para la investigación, puesto que es cuando inicia la validez de la norma, y continuar hasta el año 2013, que cuenta con documentos y datos actualizados correctamente. Este período no se hizo aplicable a la búsqueda de antecedentes, necesarios para el poder explicativo de la investigación, de modo que el período se amplió algunos años hacia la promulgación de la Constitución Política de Colombia en 1991, con la cual se abrieron las posibilidades de cambio con respecto a lo público y lo privado, y se transformaron las posibilidades en cuanto a estructuras y formas de ejercer poder.

Así, las conclusiones obedecieron a la pretensión de acercar el estudio de la teoría de la biopolítica de Foucault a un campo de trabajo transdisciplinar, y en este asunto en particular, aportar a la construcción de un modelo de salud más amigable con la población que distinga al paciente más como un sujeto a quién cuidar que como un sujeto a quien controlar. El objetivo principal fue la explicación de los resultados obtenidos al relacionar la teoría con la realidad del sistema de salud colombiano, con lo que se hizo visible que el control sobre la vida de los pacientes se evidencia en la capacidad de dejar de atender a quienes se debería. El hecho de que los servicios asistenciales hayan sido adquiridos por entidades sin intenciones de utilizarlos como ayudas para la población, sino como medios para ejercer poder sobre la vida de la gente, es una realidad observable en todo el territorio nacional, que fue posible a gracias a la descentralización de la salud y la vinculación a la misma de influyentes empresas privadas. De este modo, se verificó la hipótesis según la cual los manejos que se han dado al sector salud en

Colombia son una muestra de que las direcciones impartidas desde las estructuras de poder han permeado al sector asistencial, permitiendo obtener poder sobre la vida de los ciudadanos.

## **CAPÍTULO 1. DESCRIPCIÓN DE LA TEORÍA BIOPOLÍTICA DE MICHEL FOUCAULT**

Desde sus inicios, la Ciencia Política ha desarrollado investigaciones sobre las políticas que se ejecutan al interior de los países. Sin embargo, el tratamiento de estos temas se realiza con mayor frecuencia haciendo uso del análisis de políticas públicas, dejando de lado ocasionalmente el componente de teoría política que hace parte de las mismas.

Si bien la salud pública y las políticas de salud de Colombia hacen parte de la gestión administrativa efectiva del país, existe en ellas un trasfondo teórico que es notorio e importante. De este modo, el presente capítulo presenta la teoría biopolítica de Michel Foucault como la propuesta teórica que se espera comparar con la realidad del sistema de salud colombiano.

En principio se realizarán aclaraciones sobre los conceptos básicos de la teoría, enfatizando en la importancia que estos han cobrado al interior de la vida pública y privada de la sociedad. A continuación, se presentará la aplicación de la teoría biopolítica en los temas de salud pública, haciendo referencia a varios académicos que han trabajado el tema en América Latina. Finalmente, se formulará una propuesta de relación entre la biopolítica y la bioética, ramas de estudio y aplicación que aparecen como complementarias en la construcción de un sistema de salud más amable con la población.

### **1.1. EL PLANTEAMIENTO INICIAL SOBRE LA BIOPOLÍTICA**

Para empezar a tratar el tema de la teoría biopolítica lo más apropiado es citar las propias palabras del autor que crea el concepto, y a quien se citará en toda la investigación como referente teórico. Michel Foucault, en *El nacimiento de la medicina social* manifiesta que “El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina

es una estrategia biopolítica.”<sup>3</sup> Pero, ¿qué representa en sí el concepto de biopolítica, y cuál es su relación con la administración de poder? Molina et al. presentan una descripción acertada con respecto a las implicaciones del término:

Según Foucault, durante los siglos XVII y XVIII las técnicas de poder se centraban en la distribución espacial y disciplinaria del cuerpo individual [...]. Técnicas bajo las cuales los cuerpos eran sometidos a la supervisión e incremento de la fuerza útil mediante el adiestramiento, el ejercicio y, eventualmente, el castigo. [...] Pero a finales del siglo XVIII y principios del XIX estas tecnologías se transforman: se trata ahora de la vida, en cuanto ésta puede ser *administrada, gestionada, intervenida, promovida, segmentada*; la vida se hace objeto de una red compleja de nuevas técnicas, *se convierte en el nuevo objeto del poder*.

[...]En efecto, las tecnologías de la nueva biopolítica ya no se ejercen solamente sobre sujetos individuales; están destinadas a la multiplicidad de hombres en tanto masa global afectada por procesos de conjunto asociados a la vida, tales como: *el nacimiento, la muerte, la producción, la enfermedad, la vejez, etc.*

[...] Ahora bien, si la biopolítica se ocupa de la gestión de la *salud*, de la *higiene*, de la *natalidad*, de la *longevidad*, de la *raza*, de la *sexualidad*, es posible hablar de ella como la intervención y regulación de la vida biológica de la población.<sup>4</sup>

De cierto modo, lo que se pretende es utilizar la vida como un medio para ejercer poder en la población, independientemente de las consecuencias que pueda tener este ejercicio de poder; es el control sobre los aspectos de la vida lo que se considera importante, y así la percepción del valor de la vida *per sé* se pierde,

---

<sup>3</sup> FOUCAULT, Michel. Nacimiento de la medicina social (1974). Traducido por J. Varela y F. Álvarez. En: Estrategias de poder. Obras esenciales II. Paidós. 1999. Barcelona, España. Pp. 366

<sup>4</sup> MOLINA, Gloria; RAMIREZ, Andrés; RUIZ, Adriana. Marco conceptual general. En: Tensiones en las decisiones en Salud Pública en el sistema de salud colombiano: el bien común en confrontaciones con los intereses y prácticas particulares. Pulso y letra editores, Universidad de Antioquia, Colciencias. 2014. Medellín, Colombia. Pp. 50, 51

cambiando por el valor que tiene como fuente de poder. Pedraza realiza un análisis de lo que significaría la nueva reflexión sobre la vida que implica la asunción de la biopolítica:

A la concepción biológica de la vida se suma un juicio sobre la forma como debe conducirse esa vida [, es] decir, que el gobierno de la vida exige, para poderse organizar y evaluar, que se prevean cuando menos los oficios, las relaciones sociales, la satisfacción de ciertas necesidades y el alcance de los logros de los seres humanos. Es en función de estos aspectos como se articula la noción de vida con la de población, pues en el perfil que adopte una población podrán fijarse y juzgarse las realizaciones en los cuatro asuntos considerados.<sup>5</sup>

Desde un inicio, el hablar de biopolítica se sitúa al interior del discurso que tiene como referentes obligatorios el poder arbitrario o legítimo, su ejercicio al interior del Estado y su implementación en relación con el conglomerado humano que lo constituye, sea de manera individual o en conjunto en los aspectos que ofrece la vida, a la manera como lo conciben, designan y garantizan las normas que rigen al interior de un territorio.

Partiendo de este punto se habla entonces del biopoder como una categoría exclusiva del poder político inherente particularmente a los entes gubernamentales: estos estarán orientados a diseñar políticas que vinculen el ejercicio del poder político con definiciones y categorizaciones de actividades de los grupos humanos, además de permitirse organizar, establecer, definir y delimitar el hecho mismo de la vida; al determinar la forma como ha de entenderse el sentido mismo de la vida en los múltiples ejercicios que en ella pueden presentarse, la institucionalidad del gobierno puede consentir en ratificarla como legítima, justa, adecuada o conveniente. Según Guerra,

---

<sup>5</sup> PEDRAZA, Zandra. La disposición del gobierno de la vida: acercamiento a la práctica biopolítica en Colombia. En: Revista de Estudios Sociales No. 43. Agosto 2012. Bogotá, Colombia. Pp. 99

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

La valoración que hace Foucault en torno al biopoder y sus técnicas es el hecho de que la vida ha sido gobernada, manipulada, controlada, vigilada y medida por el poder, y este fenómeno ha facilitado la acumulación de capital como la expresión más evidente de la ideología del capitalismo en la sociedad contemporánea insertando a los cuerpos dentro del aparato productivo, cosificándolos y determinándolos como objetos económicos. En cuanto a la sociedad del miedo, se produce cuando [...] la biopolítica [logra] su objetivo de controlar y regir hasta el aspecto más íntimo de los individuos.<sup>6</sup>

### 1.1.1. EL ESTADO EN LO PÚBLICO Y LO PRIVADO

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

De esta manera la vida humana a nivel tanto particular como poblacional ha sido intervenida, manipulada, vigilada, por agentes estatales y económicos. Hasta antes del Estado Moderno no se habría dado esa intervención de manera

---

<sup>6</sup> GUERRA, Yolanda. Medicina y Derecho: el control de la vida y la muerte del individuo, desde la norma. En: Revista Prolegómenos. Derechos y Valores, vol. XV, núm. 29. Universidad Militar Nueva Granada. Enero-junio 2012. Bogotá, Colombia. Pp. 70, 71



consciente, y si acaso se presentara no sería selectiva sino espontánea frente a la evidencia de los sucesos que se necesitase regular.

Pero, desde entonces, la política y la economía se han inmiscuido al interior de la sociedad, permitiendo establecer reglas en relación con múltiples manifestaciones de la vida (como la concepción, el nacimiento, el registro civil, el matrimonio homo y heterosexual, la eutanasia, la muerte, la salud, la prevención de la enfermedad, el medio ambiente sano, etc.), redefiniendo las conductas y la interpretación de la realidad de la población. Molina realiza el siguiente planteamiento:

Según Foucault, esta nueva forma de poder tiene a su cargo [...] la *higiene pública*; medicina social que ha de establecer una relación con los organismos de coordinación de los cuidados médicos, de centralización de la información, de normalización del saber, esto es, con las nuevas maneras de aprendizaje de higiene y medicalización de la población; [...] *la medicina laboral*; [...] la población y sus problemas de natalidad, fecundidad, morbilidad, incapacidad laboral y efectos del medio ambiente se constituyen no sólo como problemas científicos, sino también, y más que nada, políticos, esto es, como problemas biológicos y de poder.<sup>7</sup>

Esta línea de ideas permite identificar que la biopolítica se ocupa de la “vida biológica” del ser humano, de la población, regulándola por medio del poder y sus estructuras administrativas en todos sus aspectos. Abstraído, cosificado, insertado al interior de un aparato social donde no se es más que una cifra, el ser humano actual ha perdido su identidad y, al estilo Kafkiano, se dilapida entre los laberínticos pasillos de la cosa pública, buscando su calidad de sujeto. Acaso de allí proviene la denominada “sociedad del miedo”, que le confunde hasta refundirle

---

<sup>7</sup> MOLINA, Gloria; RAMÍREZ, Andrés; RUIZ, Adriana. Marco conceptual general. En: Tensiones en las decisiones en Salud Pública en el sistema de salud colombiano: el bien común en confrontaciones con los intereses y prácticas particulares. Pulso y letra editores, Universidad de Antioquia, Colciencias. 2014. Medellín, Colombia. Pp. 51

en la generalización al tiempo en que lo desvincula de lo que le hace ser, sentir y pertenecer al colectivo general.

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

El roce de lo público con lo privado, los enfrentamientos de las políticas sanitarias con el individuo autónomo, y del gobierno con poblaciones y el cuidado del ciudadano, son los temas recurrentes que se inician con la salud pública en el siglo XVII, como también serán tomados por la biopolítica a partir de fines del siglo XVII [...]. Dos son los campos en que se producen tensiones sociales y opacidades éticas: uno es el de las disonancias entre objetivos políticos perseguidos por el biopoder – de inspiración global– y las metas sanitarias que orientan a la salud pública bajo responsabilidad del Estado-nación; el segundo tiene que ver con los escollos para llevar a efecto políticas y programas requirentes de disciplina colectiva –espacio público–, frente a la autonomía individual invocada para obviar imposiciones –ámbito privado–.<sup>8</sup>

En definitiva cabe preguntarse: ¿de qué manera al interior del Estado, el ámbito de lo público se confunde con el ámbito de lo privado, particularmente en el ejercicio de la actuación de funcionarios públicos ajenos a una ética de lo político? ¿Hasta qué punto las políticas públicas que buscan como meta la salud pública se dejan

---

<sup>8</sup> KOTTOW, Miguel. Nuevos folios de bioética Nº 2. Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Agosto de 2010. Chile.

permeable por intereses de tipo privado, que convierten lo público en una plataforma de interés propiamente particular? ¿Qué tipo de pesos y contrapesos existen al interior del Estado que garanticen el ejercicio de una biopolítica ética?

## 1.2. LA BIOPOLÍTICA COMO UNA TEORÍA APLICADA A LA SALUD PÚBLICA

Ahora bien, se torna necesario aplicar la teoría de la biopolítica a la salud, puesto que ya existen las estructuras necesarias al interior del Estado para esta construcción.

Sin embargo, el problema se presenta cuando de definir límites se trata. Se puede partir del principio de que todo Estado maneja como sustrato su propio discurso político institucionalizado; así, habrá algunos de aquellos cuyos fines se consoliden en un Estado de Bienestar; otros en cambio que no se catalogarán ni siquiera de intervencionistas, y aún otros más -como los estados dictatoriales-; tomando esto en cuenta, se hace evidente que las políticas sobre salud que son propuestas desde los estados dejan mucho que desear, lo cual promueve irremediablemente la caza de un discurso sobre una ética de la biopolítica, esto es, un catálogo de normas o modelos sobre los que se deberá consolidar la política de la vida, en armonía con principios universales proclamados en numerosos estatutos que regulan categorías como salud, niñez o familia, entre otras.

En efecto, ¿cómo superar o hacer el relevo a nivel institucional al instante mismo de ejecutar biopolíticas que no concuerden con los fines de un discurso bioético? Ese resulte acaso uno de los mayores inconvenientes, en el punto en que se enreden los objetivos por satisfacer, de acuerdo al tipo de Estado que se trate, cuando quiera que concreten fines ajenos a una real ética política.

La presente reflexión arranca del reconocimiento de que salud pública y biopolítica persiguen objetivos colectivos mediante disposiciones enfocadas sobre la vida de los individuos. Este énfasis común en la

vida, convoca también a la ética de la vida, y será una propuesta de fondo que las políticas públicas sanitarias se diferencian del biopoder en la medida que incorporan la dimensión bioética en su quehacer [...]. De ninguna manera puede plantearse una distinción excluyente entre salud pública y política. Todo lo contrario, es preciso estrechar el vínculo al mismo tiempo que se recompone: no es la biopolítica el fundamento legítimo del quehacer sanitario, correspondiéndole a la salud pública inspirar las políticas públicas necesarias y deseables.<sup>9</sup>

Además, ¿cómo compaginar ámbitos de salud universal al interior de un Estado promotor de la libre empresa, si los márgenes de ganancia de las entidades que manejan el negocio de la salud no consiguen rentabilidad satisfactoria en los estratos excluidos del servicio de salud? ¿De qué manera podría ampliarse la cobertura en salud universal, anteponiendo a los beneficios de los altos márgenes de ganancia de las entidades que manejan el negocio de la salud el ejercicio de una salud pública que tuviere como fundamento el derecho a la vida, a la recreación, a la paz?

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

Es preciso recalcar que una ética política o una política ética constituirían valioso fundamento cuando fuere menester referirse a una práctica biopolítica. Si se parte del hecho que el poder en sí mismo es instrumento de dominación y consolidación, y que por el ejercicio suyo es posible hacer asequible cualquier tipo

---

<sup>9</sup> Ibid.

de metas, legales o ilegales, está claro el enorme peligro que encierra si se lo relaciona con un proceder arbitrario o alejado de nociones como justicia, equidad, universalidad, derecho y legalidad.

### 1.2.1. LA BIOPOLÍTICA COMO OBJETO DE ESTUDIO EN AMÉRICA LATINA

Sobre la biopolítica pueden encontrarse buena cantidad de apreciaciones en América Latina. Ejemplo de ellos son los trabajos realizados en Chile y Brasil, que vinculan las teorías foucaultianas acerca del control sobre la vida con los sistemas de salud que pueden apreciarse a lo largo del continente.

Así, pueden verse trabajos como el de Kottow en *Nuevos folios de bioética Nº 2*, que propone a la biopolítica como un mecanismo de orden poblacional, que a su vez puede determinar la muerte de los individuos que a bien tenga<sup>10</sup>. En su exposición pone de manifiesto cómo la biopolítica ha sido utilizada por quienes se hallan en un papel dominante para beneficiar a quienes sirven a sus proyectos, sin tomar en cuenta a aquellos que no desempeñan un papel importante en la sociedad. También hace la claridad sobre la necesidad de una unión entre la biopolítica y la bioética para la elaboración de estrategias que permitan el desarrollo de una salud pública más humana, que otorgue protección social y sanitaria al general de la población sin distinciones.

Igualmente, Castiel, Sanz-Valero y Vasconcellos-Silva en *Das Loucuras da Razão ao Sexo dos Anjos: Biopolítica, Hiperprevenção, Produtividade Científica* plantean el desdoblamiento de la biopolítica en “bioeconomía” buscando una moralización de las prácticas sanitarias que se convertiría en la “hiperprevención”<sup>11</sup>. La propuesta de los autores hace hincapié en lo que podría conocerse como “políticamente correcto” en la administración de salud de la población, con lo que se llega al control minucioso de las prácticas sanitarias de la población hasta el

---

<sup>10</sup> *Ibíd.*

<sup>11</sup> RIBEIRO DE MORAES, Danielle. Resenha de: CASTIEL, LD. SANZ-VALERO, J. VASCONCELLOS-SILVA, PR. *Das Loucuras da Razão ao Sexo dos Anjos: Biopolítica, Hiperprevenção, Produtividade Científica*. Editora Fiocruz. 2011. Rio de Janeiro, Brasil. 188 pp. Em: *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28 (4): 811-812. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz Abril 2012. Rio de Janeiro, Brasil. Pp. 811

punto en que el hecho mismo de no estar sano se podría considerar como una negligencia del sujeto. De este modo el control de los cuerpos de los pacientes se moldea buscando el menor gasto, poniendo en tela de juicio la moralidad de las prácticas de salud.

Por otro lado, Baêta Neves y Massaro en *Biopolitics, healthcare production and another humanism* hablan sobre la propuesta foucaultiana de hacer vivir y dejar morir como un componente en los sistemas de atención en salud vigentes en la actualidad<sup>12</sup>. Los autores muestran la forma en que el sistema capitalista ha convertido a los seres humanos en presa del vaivén de los acontecimientos que produce el capital financiero; a esto le suman el poder de los medios propagandísticos, que pueden modelar el pensamiento y la conducta de los individuos, convirtiéndolos en títeres del consumo. La deshumanización del sujeto llega a tocar un punto crucial en la administración de salud, ya que si bien se espera que el paciente sea tratado con toda la consideración y calidad humana por el personal de salud, la producción de capital no pone interés en este tema, convirtiendo al servicio de salud en una asistencia carente de sensibilidad para con el paciente, que pondrá el beneficio económico por encima de la atención que precisan aquellos que no pueden con los costos de la misma. La injerencia del sector privado en la salud genera un detrimento en el cuidado de la población con menos recursos.

Además, Cunha Da Silva en *Informação em saúde: produção, consumo e biopoder* da a conocer la aparición de la medicina preventiva como una manera de imponer disciplinas a los cuerpos que deben cuidarse, y así mantener sus vidas bajo control.<sup>13</sup> El caso expuesto como ejemplo por el autor es el de la población con SIDA, que es objeto de regulación y control, para evitar que el virus que portan sea transmitido a otras personas; en el caso de estos sujetos, su cuerpo es

---

<sup>12</sup> BAÊTA NEVES, Claudia; MASSARO, Altair. *Biopolitics, healthcare production and another humanism*. Translated by Maria Aparecida Gazotti Vallim. In: *Interface Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.13, supl. 1, p. 615 - 626. 2009. Brasil.

<sup>13</sup> CUNHA DA SILVA, Cléber. *Informação em saúde: produção, consumo e biopoder*. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 18, núm. 10, pp. 3083-3090 Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Outubro 2013. Rio de Janeiro, Brasil. Pp. 3085, 3086

sometido a estrecha vigilancia por los organismos de salud, pero la obligación termina recayendo en el propio individuo, haciéndolo responsable de su enfermedad y por ende tanto del hecho de estar vivo como de la posibilidad de su muerte. Justamente, la población se domina mediante el uso de un conocimiento que logra cambiar su forma de actuar.

Finalmente Junges en *Direito à saúde, biopoder e bioética* desarrolla el tema de la incorporación de los cuerpos dominados a la vida económica del país y la necesidad de controlar la vida y sus funciones, garantizando un producto que resulte óptimo para el desarrollo económico<sup>14</sup>. El autor desarrolla la idea de que el biopoder está en las manos del Estado y el mercado, los cuales intervienen a favor de las empresas biotecnológicas que generan a cada momento demandas nuevas de utilización de productos de salud. Así, el derecho a la salud se ve permeado por la necesidad de consumo de bienes y servicios, quedando a merced de los manejos comerciales y el vaivén económico; la salud es algo que ahora se vende, mediante la insistencia en el uso de medicamentos y tecnologías, eliminando la parte preventiva para limitarse sólo a la función curativa.

En el caso colombiano, más precisamente, la literatura señala que las prácticas de biopolítica que podrían manifestarse tanto en el ejercicio del poder como en el día a día del sistema de salud, se relacionan con las prácticas gubernamentales instaladas mediante el modelo economicista y controlador que rige en el país. De ese modo, el individuo se transforma en una vida que debe permearse por el control político y económico, dando lugar a posibles vulneraciones de su propia humanidad. Más, ¿cuál es, en concreto, el peligro real de la injerencia de la biopolítica al interior de las estructuras del sistema de salud colombiano? Se hace evidente el peligro de la asunción de la teoría biopolítica como un sustento apropiado para el manejo del sistema de salud en Colombia, más la identificación de su presencia en estas estructuras es aún un asunto por comprobar. De

---

<sup>14</sup> JUNGES, José Roque. *Direito à saúde, biopoder e bioética*. Interface-Comunic., Saúde, Educ., v.13, n.29, p.285-295. Abril-junho 2009. Brasil. Pp. 289

cualquier manera, como se ha podido observar, algunos autores se muestran convencidos de que existe presencia de control biopolítico en la salud colombiana. Gómez, quien está a favor de esta apreciación teórica, propone:

En otras palabras, “el objeto de la política no es ya una ‘forma de vida’ cualquiera, un modo de ser específico suyo, sino la vida misma: toda la vida y sólo la vida, en su simple realidad biológica”.

Luego, es claro, estamos en la era de la higiene pública porque ese es el objeto político central de lo que hoy se vive. Traslademos lo dicho por Foucault a nuestro país: ¿no es este acaso el espíritu de la Ley 100 de 1993 con sus reformas? ¿Puede negarse que este es el mundo que vivimos?<sup>15</sup>

### 1.3. EN PROCURA DE UNA BIOÉTICA DE LA BIOPOLÍTICA

Inicialmente, es preciso manifestar que la razón de la sugerencia de un relacionamiento entre la bioética y la biopolítica en el análisis de los sistemas de atención en salud es la posibilidad de unión que se ofrece entre lo político y lo clínico, la relación directa de la práctica política con el manejo de la salud y la vida de los pacientes. De hecho, Martins Ribeiro comenta que “[A] bioética pode ser compreendida e utilizada como uma ponte entre o individual e o coletivo ou entre a clínica e a saúde pública.”<sup>16</sup>

Siguiendo este referente, se reitera la importancia de referirse a unos principios que precedieran la práctica del ejercicio del poder frente a la vida. Si bien es verdad que una biopolítica como estrategia resulta oportuna en muchos aspectos, no es menos cierto que quienes manejan los hilos del poder resultan ser agentes potenciales de arbitrariedades.

---

<sup>15</sup> GOMEZ, Floro. La higiene: El mayor hito médico de los últimos 160 años. En: Revista colombiana Salud Libre, Volumen 2, Número 2. Julio-Diciembre 2007. Colombia. Pp. 78

<sup>16</sup> MARTINS RIBEIRO, Carlos. Bioética para profissionais de saúde: associando exemplos práticos à reflexão teórica. Resenha de: REGO, S. PALÁCIOS, M. SIQUEIRA-BATISTA R. Bioética para Profissionais de Saúde. Ed. Fiocruz (Coleção temas em Saúde). 2009. Rio de Janeiro, Brasil. 160p. Em: Revista Brasileira de Educação Médica 34 (1): 184 – 185. 2010. Brasil. Pp. 185



No es casual que Foucault cuestionara en primer lugar la idea de soberanía y por esta vía la razón de derecho que había sustentado la práctica de gobierno, para luego mostrar cómo la función del soberano termina transformada por la aparición de la teoría económica, un nuevo arte de gobernar que se somete a estas leyes, a la función de la estrategia y a la implementación de las ideas liberales, una práctica estatal fundada en los juegos de la teoría económica y las leyes del mercado. La idea de justicia queda sometida al orden productivo y toda condición de vulnerabilidad es susceptible de ser efectivamente calculada e intervenida; y así todos los ámbitos de la vida humana que pueden ser no sólo calculados e intervenidos sino también sometidos a las leyes de la oferta y la demanda. De ahí su condición biopolítica. Pero en Colombia esta práctica de gobierno sostiene a la vez la gestión del Estado providencial que es su forma política arcaica, en cuanto el Estado es regulado también por la racionalidad asistencial de las prácticas del derecho como orden social. He ahí su paradójica relación con el campo de la salud [...] pública. Es por esto que me arriesgo a plantear que tanto la desigualdad como la exclusión y las mediaciones, así como la misma idea de ciudadanía o sociedad civil y los usos que les damos en el dominio de la salud [...] pública, pueden ser revisadas profunda y críticamente bajo los aportes de Foucault, para dar cuenta de la emergencia de nuevos sujetos, las víctimas y que en nombre de la justicia y la equidad constituyen poblaciones vulnerables y por lo tanto necesitados de atención.<sup>17</sup>

Teniendo esto en cuenta, algunos bioeticistas brasileños han propuesto una relación de lo que consideran las diferentes dificultades que existen para la designación de la salud como un derecho, no sólo a nivel institucional sino algo que pueda ser asumido por la población como una realidad.

---

<sup>17</sup> RESTREPO, María Elena. Biopolítica: elementos para un análisis crítico sobre la salud mental pública en la Colombia contemporánea. En: Revista Gerencia Políticas en Salud, 11 (23): 39-55. Julio-diciembre 2012. Bogotá, Colombia. Pp. 44

Como primera dificultad, se considera la determinación de condiciones para la prestación de la salud: debido a que existen variaciones en una misma sociedad, en temas de contextos sociales, económicos, incluso ambientales, también se hace precisa una variación en el establecimiento de criterios para la definición de los beneficios de salud y las necesidades que van a ser propias de cada sector de la población, así como de las exigencias que se pueden hacer en temas de cuidado de la propia salud. Relacionado a este problema, Fortes señala la existencia de un debate entre la equidad y la utilidad social en la lógica de la aplicación del derecho a la salud en una población. Un criterio de equidad, según el cual se puedan ofrecer beneficios iguales para toda la población resulta, en principio, ético e ideal, pero muy poco realista. Por otro lado, el utilitarismo aparece como un modelo de acción más cercano a la praxis, con mayores posibilidades de funcionalidad, y tiene la posibilidad de ser tomado como una ayuda para la población más vulnerable. En esa línea de ideas, Fortes plantea:

Uma das orientações éticas para se avaliar o que é justo é a dada pelo utilitarismo. As teorias utilitaristas defendem que para a avaliação da moralidade dos atos humanos se deva sempre levar em conta as conseqüências, os resultados das ações, se proporcionando o “*maior bem-estar para o maior número possível de pessoas*”, ou seja, a maximização do bem-estar. Apesar das dificuldades de se conceituar o que é “*bem-estar*”, isto pode significar que, quando são defrontadas duas ou mais opções, dever-se-ia pesar cada uma delas e escolher aquela que trouxesse mais benefícios e na qual fossem eliminados, evitados ou minimizados o dano, o sofrimento, a dor, ou seja, tudo o que for considerado em oposição ao “*bem*”, à “*felicidade*” do maior número de pessoas envolvidas.

Trazendo-se a reflexão do princípio utilitarista para as decisões de priorização de recursos públicos nos cuidados de saúde, pode-se dizer que o correto, o justo, seria priorizar aqueles que proporcionassem mais

saúde ao maior número de pessoas. Seria a maximização do bem-estar ou da saúde geral.<sup>18</sup>

Por otro lado, el segundo obstáculo tiene que ver con las obligaciones del Estado; en este punto, se habla de una dicotomía relacionada con el cuidado de los ciudadanos, puesto que el Estado debe garantizar el cuidado y la ayuda en la obtención de los tratamientos más efectivos para la condición de salud de cada persona, pero al tiempo debe proteger a la población de las necesidades producidas por la industria de salud en búsqueda de lucro que, tal como mencionan los autores, no pocas veces han creado problemas para poder ofrecer soluciones. Sin embargo, la dificultad más notable (por la complejidad que implica su resolución) tiene que ver con el bienestar colectivo, el interés social y la justicia:

Uma terceira dificuldade na passagem da saúde para o direito à saúde é que a realização do direito à saúde comporta a satisfação de uma dimensão individual ou privada, que exige respeito às subjetividades, aos direitos e liberdades pessoais; e uma dimensão coletiva, que requer assegurar esse bem-estar individual a todos, a um custo aceitável para a sociedade. Na conjugação de interesses individuais e sociais e no cumprimento dos deveres do Estado de proteção da saúde de todos e de cada indivíduo, podem ser necessárias restrições à liberdade de alguns, em prol do bem-estar coletivo ou para o alcance de um determinado bem ou interesse social. A questão central nesta conjugação é a legitimidade da norma que restringe a liberdade individual, correlacionada com a ideia do que se entende por lei justa.<sup>19</sup>

Tal como se ha podido observar en la exposición realizada hasta el momento, el problema que la biopolítica puede implicar para la vida de los individuos estriba en la capacidad de control y consecuente manejo de la población que otorga a los

---

<sup>18</sup> FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade social e a equidade. Em: Cad. Saúde Pública, 24 (3): 696-701. Março 2008. Rio de Janeiro, Brasil. Pp. 698

<sup>19</sup> VENTURA, Miriam; SIMAS, Luciana; PEPE, Vera Lúcia; SCHRAMM, Roland. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. Em: Physis, Revista de Saúde Coletiva, 20 [1]: 77-100. 2010. Rio de Janeiro, Brasil. Pp. 83, 84

poderes estatales y económicos; es un problema de ejercicio de poder, que se puede realizar desde diferentes instituciones, entre las que se incluyen los sistemas de salud.

De hecho, si se piensa un poco en la “soledad del poder”, se encuentra la necesidad de establecer un catálogo de principios del eventual ejercicio del poder, sustentado por pesos y contrapesos que hicieran de esa actuación un campo reglado, determinado. Un poder sin límites es marco de arbitrariedad.

En este primer capítulo se ha dado a conocer la propuesta teórica con la que se sustenta la investigación; se realizó la enunciación de las nociones básicas sobre la misma y su aplicación en el contexto social, político y económico, continuando con la aplicación de estos elementos teóricos en el ámbito de la salud (referenciando a los académicos dedicados al tema) y la posibilidad de acercamiento entre la biopolítica y la bioética como ramas de trabajo complementarias.

Hechas estas claridades, es preciso situar la discusión sobre la biopolítica en el espacio definido para la investigación y, si es posible, encontrar apreciaciones concernientes a la temporalidad propuesta en el trabajo: el siguiente capítulo desarrolla la identificación del sistema de salud colombiano dirigido por la Ley 100 de 1993, realizando una contextualización sobre su surgimiento, los antecedentes del mismo, la normatividad que rige la atención en salud y las ventajas y desventajas que han surgido desde la implementación de este modelo de salud.

## **CAPÍTULO 2. CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO MODIFICADO CON LA LEY 100 DE 1993**

Como parte del desarrollo político del país, la salud se convierte en un tópico importante para el análisis politológico, no sólo desde el ámbito legal sino también en unión con las realidades socioeconómicas que ha desencadenado en Colombia. La aceptación o el desencanto por parte de la población, y los esfuerzos de la institucionalidad para satisfacer las necesidades de las masas buscando legitimar sus actuaciones, son temas bien conocidos por la Ciencia Política, que han cobrado relevancia en sus investigaciones.

Por otro lado, es remarcable que la salud de la población es un derecho que, si bien no ha sido consignado como fundamental en la Constitución Política de Colombia, debe ser respetado y garantizado debido a su conexidad con la vida. El carácter de derecho fundamental autónomo e inalienable fue impartido apenas en 2008 por la Corte Suprema de Justicia<sup>20</sup>, con lo que obtendría un carácter político<sup>21</sup>.

Es preciso señalar que el discurso de la salud en Colombia, desde hace ya más de 20 años, ha sido dominado por la puesta en marcha de la ley 100. Buscando reformar, no sólo los temas de prestación de servicios de salud, sino esperando también regular el aseguramiento para riesgos profesionales y los fondos de pensiones, la ley fue sentenciada a finales del año 1993, pero ha sido constantemente reformada y cuestionada por todas las legislaciones que la han

---

<sup>20</sup> CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA. Sentencia T-760/08. "No todos los derechos están consagrados expresamente en el texto [de la Constitución Política de 1991], pues no pueden negarse como derechos aquellos que '*siendo inherentes a la persona humana*', no estén enunciados en la Carta [...]. La Corte Constitucional ha reiterado que uno de los elementos centrales que le da sentido al uso de la expresión 'derechos fundamentales' es el concepto de '*dignidad humana*'." Obtenido el 19 de julio de 2012 en <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-760-08.htm>

<sup>21</sup> Definición Salud. "El objetivo de alcanzar la salud, no solamente corresponde a la medicina, sino también a los políticos, a la sociedad y al individuo. En los países en vías de desarrollo, la salud empezaría a conseguirse cuando se satisfagan sus necesidades de alimentación, infecciones, vivienda, trabajo y, en definitiva, sus problemas económicos, mientras que, en los países desarrollados, la salud se consigue previniendo los efectos secundarios que la riqueza produce como la obesidad, la ausencia de ejercicio físico, los accidentes de tráfico, el tabaquismo, la depresión, la contaminación, etc." Obtenido el 19 de julio de 2012 en <http://www.cheesehosting.com/saludinfantil/definicion+salud.htm>

visto en funcionamiento, siendo un motivo de generación de conflictos en el país y promoción de pugnas por intereses particulares.

Siguiendo esta línea de ideas, la vinculación de éste capítulo con la temática trabajada en el capítulo anterior sobre la teoría de la biopolítica propuesta por Michel Foucault, se realiza debido a que la dirección del sistema de salud permite acercarse al manejo de la vida de la población: la capacidad de ofrecer asistencia sanitaria puede proporcionar control sobre la vida del paciente. Esta posibilidad de dominio sobre los individuos no sólo pertenece al personal que presta la asistencia en salud, sino que se extiende hacia el personal administrativo y las instituciones gubernamentales y económicas con autoridad sobre el sistema de salud. En Colombia, la entrada en vigencia de la ley 100 de 1993 incrementa la probabilidad de ejercicio de ese poder de control sobre la población, tanto por la permisividad con la deshumanización del paciente como por el énfasis en la utilidad económica que se promueven con la norma.

Para realizar una caracterización del sistema de salud regulado por la ley 100 de 1993, inicialmente se presentarán los antecedentes más relevantes del sistema de salud actual, desarrollando punto por punto cada uno de los pasos que permitieron la construcción del proyecto de ley y su consecuente aprobación. Después se realizará una profundización en la regla, referenciando la normatividad principal de la misma y los puntos que más problemas han causado tanto a la institucionalidad como a la población. Para terminar, se citarán opiniones de analistas expertos en el tema, buscando determinar las ventajas y desventajas que ha traído la implementación de la ley 100 de 1993.

## 2.1. ANTECEDENTES DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO ACTUAL

Para iniciar, es preciso aclarar que la situación de atención en salud en la que se halla inmerso el país no es producto de políticas recientes, o modificaciones paliativas que surgieran desde estudios poco juiciosos sobre el tema: la salud en Colombia ha sido un punto de trabajo constante en casi todos los gobiernos y las

legislaciones, que ha contado con procesamiento tanto a nivel interno como externo. En este caso se trabajarán los datos más recientes sobre el mismo, considerando sólo los antecedentes más cercanos.

### 2.1.1. FORMULACIÓN DEL SNS<sup>22</sup> (1968)

Como punto de partida puede citarse el período de 1969, en el que la comunidad internacional propendía por la modernización de las instituciones de salud para encaminar a la población a un estilo de vida que se adecuara a los planteamientos económicos del momento; se realizaron llamamientos a los países de América Latina para mejorar la atención en salud que se ofrecía a los ciudadanos. Desde la OMS y la OPS se habían lanzado campañas con objetivos en tiempos específicos, que debían ser asumidos por cada país. Los programas de reestructuración planteados debían asumirse como una inversión social y no como gasto, de modo que Colombia empezaría a recorrer la senda de la planeación en salud con la reformulación del plan cuatrienal de salud para convertirlo en un plan decenal, en el que se contó con la cooperación de la OPS. Desde las regiones también se realizaban propuestas de mejoramiento, con los que se buscaba coordinar los servicios públicos y privados de salud existentes en el momento.

A partir de la articulación entre salud y desarrollo propuesta por la Carta de Punta del Este (firmada en 1967),<sup>23</sup> los objetivos en salud se trazan desde la implementación de mejores condiciones sanitarias para la población que facilitarían la conservación de un mejor estado de salud y el descenso o la desaparición de la prevalencia de ciertas patologías. Si bien existía la propuesta para la articulación de los servicios asistenciales y la formulación de un Plan Nacional Hospitalario en

---

<sup>22</sup> HERNANDEZ, Mario; OBREGÓN, Diana. La OPS y el estado colombiano: cien años de historia. Obtenido el 21 de marzo de 2013 en [http://new.paho.org/col/index.php?option=com\\_content&view=article&id=267:la-ops-y-el-estado-colombiano-cien-anos-de-historia-1902-2002&catid=683&Itemid=361](http://new.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=267:la-ops-y-el-estado-colombiano-cien-anos-de-historia-1902-2002&catid=683&Itemid=361) Pp. 185

<sup>23</sup> REUNIÓN DE JEFES DE ESTADO AMERICANOS. Declaración de los presidentes de América. Punta del Este, Uruguay, 12 al 14 de abril de 1967. Obtenido el 16 de junio de 2013 en <http://www.summit-americas.org/declaracion%20presidentes-1967-span.htm>

1963,<sup>24</sup> la dinámica sociopolítica del país frenó el proceso, al dar mayor relevancia a los problemas económicos del momento.

Fundamentalmente, se puede notar que el aseguramiento fue el rostro más conocido del sistema de salud en Colombia durante esos años, aún con toda la precariedad que los métodos de aseguramiento ofrecían y la variedad de entidades prestadoras de servicios que presentaban un panorama de acceso a los servicios altamente disgregado. Por otro lado, el servicio no se consideraba aún como un derecho de los ciudadanos, ni como una responsabilidad estatal (puesto que, según Hernández y Obregón<sup>25</sup>, el Estado sólo debía encargarse de aquellos en situación de indigencia). La intervención de la OPS en un principio, para apoyar las posibles soluciones a este déficit de planificación en salud, consistió en un fortalecimiento del recurso humano en el país; además, se realizó un avance en el saneamiento público.

Puede advertirse que el sistema de salud, en un panorama general, estaba muy fragmentado, de modo que la respuesta parecía ser una integración de los servicios para poder aplicar más efectivamente las mejoras al sistema. Toda esta organización se materializó con la entrada en vigencia del SNS (Sistema Nacional de Salud).

### 2.1.2. EL SNS

Ahora bien, Hernández<sup>26</sup> posiciona al SNS como débil desde sus inicios, debido a la gran cantidad de tipos de instituciones que ofrecían servicios, y las diferentes estructuras jurídicas y objetivos que estas tenían y debían unificarse (supuestamente). De modo que la Atención Primaria en Salud (APS) se toma como una estrategia de operación para la salud, que parecía ofrecer un curso de

---

<sup>24</sup> HERNANDEZ, Mario; OBREGÓN, Diana. La OPS y el estado colombiano: cien años de historia. Obtenido el 21 de marzo de 2013 en [http://new.paho.org/col/index.php?option=com\\_content&view=article&id=267:la-ops-y-el-estado-colombiano-cien-anos-de-historia-1902-2002&catid=683&Itemid=361](http://new.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=267:la-ops-y-el-estado-colombiano-cien-anos-de-historia-1902-2002&catid=683&Itemid=361) Pp. 144

<sup>25</sup> *Ibíd.*

<sup>26</sup> *Ibíd.*, Pp. 189



acción sencilla con el que se podría incrementar la cobertura de los servicios para la población. Sin embargo los resultados no fueron los esperados.

Además, órdenes de carácter internacional, como las decisiones del Banco Mundial en nivel de salud, empezaron a modelar el futuro de los planes en Colombia. Con la entrada en vigencia de la Constitución Política de 1991, se traza el camino hacia un sistema general de seguridad social en el marco de la descentralización estatal y un sistema de seguridad social más amplio, que sería modelado por la ley 100 de 1993.

Dado que el SNS se había constituido como un ente atomizado, en el que cada uno de sus subsectores se desarrollaba con total autonomía, era necesaria la reorganización constante junto al establecimiento de nuevas órdenes que reglamentaran el sistema. En 1990, la ley 10 reglamenta una descentralización que pone en manos de los departamentos los servicios de salud, aunque se plantea el derecho a la atención en salud como una responsabilidad del Estado. Con la descentralización se esperaba llevar la salud a los niveles más locales posibles, y se hace énfasis en la promoción de la salud de la población.<sup>27</sup>

### 2.1.3. LEY 100 DE 1993

En este punto, movimientos tanto en el extranjero como en el interior del país hicieron parte de las motivaciones para la introducción de la ley 100 a finales de 1993. Orozco<sup>28</sup> hace mención a la aparición de una tendencia para la reforma estructural de las empresas vinculadas al Estado, siguiendo los lineamientos del Consenso de Washington: la propuesta se dirigía hacia la privatización de las empresas del Estado, junto a “la creación de incentivos de mercado para la competencia en la prestación de servicios sociales como la salud”. Este modelo de atención se caracterizaría por la creación de un sistema de aseguramiento y la

---

<sup>27</sup> *Ibíd.*, Pp. 271

<sup>28</sup> OROZCO, Julio Mario. Capítulo 2. Antecedentes del sistema general de seguridad social en salud. En: Caracterización del mercado del aseguramiento en salud para el régimen contributivo en Colombia. Obtenido el 8 de octubre de 2015 en <http://www.eumed.net/libros-gratis/2008b/386/Antecedentes%20del%20Sistema%20General%20de%20Seguridad%20Social%20en%20Salud.htm>

prestación de servicios desde instituciones privadas, siguiendo el ejemplo de Chile.

Sin embargo, el origen del proyecto de ley se remonta algo más atrás que lo referenciado por Orozco; la revista Dinero<sup>29</sup>, en una publicación de 2013, hace el recuento del proceso que permitió la reestructuración del sistema de salud. En el artículo se hace alusión a la intención de ajustar el sistema asistencial desde el gobierno de Virgilio Barco, y a la dilación que se dio al tema hasta junio de 1992. Sólo en septiembre de 1992 se radicaría en el Congreso un proyecto de reforma a la salud, liderado por los Ministros Juan Luis Londoño (Salud) y Luis Fernando Ramírez (Trabajo), además del apoyo del entonces senador Álvaro Uribe.

No obstante, el proceso de aprobación del proyecto no avanzaba, y a inicios de junio de 1993, casi un año después de la radicación de la propuesta, aún no se había presentado el primer debate. Es en ese momento cuando Uribe cobra mayor relevancia, dado que se levantó como un firme impulsor del debate sobre la reforma, con el apoyo del ejecutivo central, que se propuso acelerar el proceso incluso mediante citación a debates durante días no laborales. De ese modo se logró la aprobación en primer debate el 16 de junio de 1993, apenas dos días antes del final de la legislatura. Ya en el segundo semestre de 1993 el asunto adquirió mayor movimiento; el 3 de diciembre las dos cámaras dejaron listo el texto de la reforma, que fue aprobada el 15 del mismo mes y finalmente sancionada el 23 de diciembre por el presidente Cesar Gaviria.

En ese momento la política del Banco Mundial con respecto al desarrollo de la salud tenía mucho que ver con la protección financiera de los usuarios, que no tenían capacidad de pago en ciertas ocasiones. De este modo, se afianza el aseguramiento como medio para acceder a los servicios de salud.<sup>30</sup> Además, la entrada en vigencia de las críticas neoliberales al Estado de Bienestar facilita el

---

<sup>29</sup> REVISTA DINERO (21 agosto 2013). La Ley 100. Obtenido el 8 de octubre de 2015 en <http://www.dinero.com/edicion-impresa/caratula/articulo/la-ley-100/182427>

<sup>30</sup> HERNANDEZ, Mario; OBREGÓN, Diana. La OPS y el estado colombiano: cien años de historia. Obtenido el 21 de marzo de 2013 en [http://new.paho.org/col/index.php?option=com\\_content&view=article&id=267:la-ops-y-el-estado-colombiano-cien-anos-de-historia-1902-2002&catid=683&Itemid=361](http://new.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=267:la-ops-y-el-estado-colombiano-cien-anos-de-historia-1902-2002&catid=683&Itemid=361) Pp. 294

ingreso de la empresa privada a la conformación del Sistema, la descentralización y la disminución de la intervención estatal. A este respecto, Hernández realiza las siguientes aclaraciones:

No puede decirse [...] que la Ley 100 de 1993 fue una imposición del gobierno de César Gaviria, ni mucho menos, del BM. Pero, al examinar con detalle la estructura del nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS, componente de salud del Sistema Integral de Seguridad Social-SISS, se encuentran los ejes de una lógica de integración por la vía del mercado. Esto es, la concurrencia de agentes privados y públicos en un mercado regulado de aseguramiento (Régimen Contributivo), subsidio a la demanda para incorporar a los pobres a dicho mercado (Régimen Subsidiado) y recursos públicos destinados para la “nueva salud pública”. Los predominios y las hegemonías se producen también por vías indirectas, cuando una manera de entender los problemas se convierte en paradigmática y casi natural.<sup>31</sup>

Ante todo, la ley 100 es el afianzamiento final para la entrada de los actores privados con altos beneficios en un sistema que debería ser (según sus características en el papel) manejado por el Estado. La paulatina privatización del entonces nuevo sistema de salud se refuerza con el establecimiento del aseguramiento como base del mismo. Es una unión de elementos heterogéneos que puede desmembrarse en cualquier momento, y que no tenía respaldo alguno a futuro, salvo la necesidad de sus creadores de reformar un sistema que se sostenía con puntales imposibles, y la esperanza de un pueblo que ponía su confianza en el gobierno para mejorar el sistema de salud.

---

<sup>31</sup> *Ibíd.*, Pp. 310

## 2.2. NORMATIVIDAD QUE RIGE EL SISTEMA DE SALUD

Lo principal, al hablar sobre la propuesta de la ley 100 de 1993 para la reforma de la salud, es el establecimiento de las normas que la rigen. Esencialmente el problema que se ve desde el inicio estriba en que los beneficios que el Estado debería otorgar a sus ciudadanos, según la regulación política de la ley 100, llegan a pocos intermediarios que, buscando maximizar las ganancias potenciales, explotan la posibilidad de establecer trabas a los usuarios para ralentizar o incluso evitar el cumplimiento de sus deberes como facilitadores del proceso de atención.

De esta manera, con la ley 100 la responsabilidad del sistema de salud que compete principalmente al Estado como máximo exponente de lo público, permite ahora participación de privados (prestadores de atención o intermediarios), con mínimas restricciones de ejecución que posibilitaban obtener elevadas ganancias. La regulación normativa se plantea de la siguiente manera:

ARTICULO 1o. Sistema de Seguridad Social Integral. El Sistema de Seguridad Social Integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.

El Sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta Ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro.

ARTICULO 2o. Principios. El servicio público esencial de seguridad social se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación.

a) EFICIENCIA. Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente;

b) UNIVERSALIDAD. Es la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida;

c) SOLIDARIDAD. Es la práctica de la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades bajo el principio del más fuerte hacia el más débil.

Es deber del Estado garantizar la solidaridad en el régimen de Seguridad Social mediante su participación, control y dirección del mismo.

Los recursos provenientes del erario público en el Sistema de Seguridad se aplicarán siempre a los grupos de población más vulnerables;

d) INTEGRALIDAD. Es la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población. Para este efecto cada quien contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender sus contingencias amparadas por esta Ley;

e) UNIDAD. Es la articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar los fines de la seguridad social, y

f) PARTICIPACION. Es la intervención de la comunidad a través de los beneficiarios de la seguridad social en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto.

PARAGRAFO. La seguridad social se desarrollará en forma progresiva, con el objeto de amparar a la población y la calidad de vida.<sup>32</sup>

Como puede observarse, el principio de descentralización y privatización permite la entrada a múltiples actores que antes no tenían posibilidad de participar en el sistema, haciendo que la intención asistencial se vea alterada por el interés en el lucro, independientemente del origen que tenga el dinero obtenido. El paciente, desde el principio, se ve en camino de convertirse en un sujeto que provea dinero a las empresas que regularán la atención en salud desde la aplicación de la ley 100.

### 2.2.1. ¿A QUIÉNES CUBRE EL SISTEMA DE SALUD?

Debido a que el sistema de salud se convierte en un tipo especial de empresa privada, el acceso al mismo no se realiza como se propone en el papel; la universalidad a la que se espera llegar desde la propuesta legal se hace compleja para su realización debido al fraccionamiento de la población en cotizantes y subsidiados. Así que el cubrimiento del sistema, tanto por oportunidad de atención como por posibilidades de llegar a todos los sitios donde se necesite esta atención, resulta irrealizable. En términos legales, el cubrimiento se representa así:

ARTICULO 157. Tipos de participantes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. A partir de la sanción de la presente Ley, todo colombiano participará en el servicio esencial de salud que permite el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Unos lo harán en su condición de afiliados al régimen contributivo o subsidiado y otros lo harán en forma temporal como participantes vinculados.

A. Afiliados al Sistema de Seguridad Social.

---

<sup>32</sup> CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 100 de 1993. Diario oficial. Año CXXIX. N. 41148. 23 de diciembre de 1993. Obtenido el 19 de mayo de 2014 en <http://juriscol.banrep.gov.co:1025/home.html>

Existirán dos tipos de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en salud:

1. Los afiliados al Sistema mediante el régimen contributivo son las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago. Estas personas deberán afiliarse al Sistema mediante las normas del régimen contributivo de que trata el Capítulo [sic] I del Título III de la presente Ley.

2. Los afiliados al Sistema mediante el régimen subsidiado de que trata el artículo 211 de la presente Ley son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. Serán subsidiadas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana. Tendrán particular importancia, dentro de este grupo, personas tales como las madres durante el embarazo, parto y posparto y período de lactancia, las madres comunitarias, las mujeres cabeza de familia, los niños menores de un año, los menores en situación irregular, los enfermos de Hansen, las personas mayores de 65 años, los discapacitados, los campesinos, las comunidades indígenas, los trabajadores y profesionales independientes, artistas y deportistas, toreros y sus Subalternos, periodistas independientes, maestros de obra de construcción, albañiles, taxistas, electricistas, desempleados y demás personas sin capacidad de pago.

#### B. Personas vinculadas al Sistema.

Los participantes vinculados son aquellas personas que por motivos de incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado tendrán derecho a los servicios de atención de salud que

prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado.

A partir del año 2000, todo colombiano deberá estar vinculado al Sistema a través de los regímenes contributivo o subsidiado, en donde progresivamente se unificarán los planes de salud para que todos los habitantes del territorio nacional reciban el Plan Obligatorio de Salud de que habla el artículo 162.<sup>33</sup>

De este modo, el aseguramiento refuerza la privatización del sistema de salud.<sup>34</sup> Precisamente, una patología no es tratable si el individuo no está registrado como cotizante en una base de datos o subsidiado por el gobierno, aunque se buscaba mejorar la cobertura de la atención, regular los motivos de solicitud de consulta y descongestionar las instituciones prestadoras. Mas los recobros de privados al Estado, la estandarización protocolaria en la atención y la aplicación del “derecho de admisión” a los regímenes de salud facilitarían el crecimiento económico de empresas privadas, ahora vitales en la atención en salud; el sistema resulta funcional para los privados por encima del interés de la población.

### 2.3. VENTAJAS Y DEFICIENCIAS DEL SISTEMA DE SALUD PROPUESTO POR LA LEY 100 DE 1993

Cabe resaltar que la entrada en vigencia del SGSSS se desarrolla en la dinámica nacional de la descentralización, que confiere antiguas facultades del ejecutivo central a los dirigentes territoriales. Puede apreciarse un aparente desconocimiento de las condiciones materiales necesarias del sitio de aplicación de la política pública contra las condiciones reales del lugar, además de las deficiencias en la administración de los recursos ocultas en la ley. Deveraux, citado por Villar, hace una interesante propuesta al respecto, con cercanías a la propuesta de la privatización de la salud:

---

<sup>33</sup> *Ibid.*

<sup>34</sup> GONZALEZ, Jorge Iván. Salud y seguridad social en Colombia: entre la solidaridad y la equidad. En Revista Gerencia y Políticas de Salud. Obtenido el 19 de julio de 2012 en [http://rev\\_gerenc\\_polit\\_salud.javeriana.edu.co/vol1\\_n\\_2/salud\\_espacio\\_1.pdf](http://rev_gerenc_polit_salud.javeriana.edu.co/vol1_n_2/salud_espacio_1.pdf)



[...] la adopción en Colombia de un modelo basado en convertir a la salud en mercancía, permitiendo la incursión del sector financiero y otorgándole el manejo de los recaudos, no ha traído nada bueno para los intereses de nuestra sociedad. La verdad, el resultado no puede sorprendernos. Múltiples experiencias de diferentes países así lo indican. Basadas en ellas, un reciente y contundente estudio del grupo de políticas de salud de la Universidad de McMaster (Canadá) reveló que si en ese país, cuyo sistema de salud es fundamentalmente estatal se privatizara, habría cerca de 2.200 muertes adicionales anuales y la atención costaría 7,2 billones de dólares canadienses adicionales. Como ha expresado el autor del estudio, “pagaríamos más por morir más y más temprano. La privatización sería como el cigarrillo para las políticas de salud.”<sup>35</sup>

Así, se puede determinar que la privatización, sin regulación con respecto a la actividad que se realiza, es altamente perjudicial, pues entraña el otorgamiento de un poder para ofrecer bienestar a un ente de características privadas y que puede ser fácilmente perturbado por intereses personales. En el sistema de salud de Colombia este parece haber sido el caso, pues aunque la reforma puede lucir bien en el papel con respecto a la reglamentación anterior, no resulta del todo efectiva para subsanar los problemas de la salud de los colombianos. En una publicación de 2012, la revista Semana realizó este comentario al respecto:

Desde hace años hay dos grandes tendencias que están enfrentadas: la que defiende el modelo de aseguramiento creado por la Ley 100 y la que plantea la necesidad de crear uno nuevo.

Para los que piden un cambio, el sistema creado hace 20 años falló, pues convirtió a la salud en negocio, a los pacientes en mercancía y desvalorizó la práctica médica. La mayoría de quienes proponen un

---

<sup>35</sup> DEVERAUX, P. J. Canadian Press. Junio 7 de 2004. Tal como se cita en: VILLAR, Luis Angel. La Ley 100: el fracaso estatal en la salud pública. En: Revista Deslinde v.36, pp. 6 - 19. Editorial Cedetrabajo. 2009. Colombia.

nuevo modelo plantean que el derecho a la salud debe ser garantizado por el Estado, lo que significa que haya un plan de beneficios ilimitado que sea financiado con impuestos.

Por el contrario, el gobierno defiende el modelo de aseguramiento que creó la Ley 100, en el que cada colombiano tiene protegido un creciente paquete de enfermedades, procedimientos y medicamentos, conocido como Plan Obligatorio de Salud. De hecho, este plan, por orden de la Corte Constitucional, acaba de ser igualado para todos los colombianos. “Este modelo, a pesar de las imperfecciones y problemas, ha demostrado grandes beneficios, pero sin duda requiere de ajustes”, dice el superintendente, Conrado Gómez. Y la ministra de Salud, Beatriz Londoño, advirtió que precisamente lo que está buscando el gobierno es que ese ajuste incluya que las EPS se dediquen a asegurar el riesgo y no a hacer de todo. Mientras que el modelo actual siga con las imperfecciones y problemas, estas fuerzas seguirán en choque.<sup>36</sup>

Igualmente, en un artículo de 2008 publicado por el diario El Espectador, el exministro de Protección Social, Mauricio Santa María (en ese entonces director de FEDESARROLLO) realizó una acertada relación de las características presentes en el sistema de salud actual. Aunque da cuenta de algunos beneficios que se han obtenido gracias a su aplicación, como la ampliación de cobertura para población vulnerable, hace hincapié en la dificultad económica que se afronta por la inestabilidad de la base contribuyente y la creciente población que el Estado debe subsidiar. Las perspectivas que ofrece en el artículo parecen buscar una solución al desequilibrio del sistema, y corresponden en cierta medida con su posterior desempeño en la cartera de Protección Social, cuando gestionó una nueva modificación a la ley 100. En apartes de su observación, hace claridad entre los pros y los contras más visibles del sistema de salud.

---

<sup>36</sup> REVISTA SEMANA (14 julio 2012). Remedios para el sistema de salud. Obtenido el 19 de mayo de 2014 en <http://www.semana.com/nacion/remedios-para-sistema-salud/180758-3.aspx>

El nuevo sistema ha generado impactos positivos en el bienestar de los más pobres. En la población infantil se redujo la incidencia de enfermedades, aumentó la cobertura de vacunación y se mejoró su estado de salud al nacer. También hubo impactos positivos sobre el uso de servicios esenciales, como las citas de prevención y los controles pre y post-natales. De manera importante, se redujo el “gasto de bolsillo” entre la población pobre en casos de hospitalización y compra de medicamentos. Finalmente, el [régimen subsidiado] incrementó el acceso a tratamientos para enfermedades costosas (afecciones cardíacas, cáncer, diabetes). Sin embargo, no se han identificado impactos sobre la calidad de los servicios entre los más pobres.

[La] principal característica del funcionamiento financiero del sector salud en Colombia es su excesiva complicación. Esto facilita la existencia de cuellos de botella en el tránsito de los recursos desde que salen del Gobierno y llegan al beneficiario final, porque hace que su seguimiento sea una tarea casi imposible. Esto es aún más importante si se tiene en cuenta que cerca del 40% de los recursos del sector se ejecutan en los entes territoriales. La evidencia muestra que los resultados, en materia de salud y eficiencia en el uso de los recursos, son muy diferentes en las diversas entidades territoriales, dependiendo de la gestión local.<sup>37</sup>

Si bien la reestructuración se planteó desde una perspectiva nueva, de descongestión y mayor cercanía de los servicios a la población, la intermediación y competencia desmedidas presentadas en los últimos años por parte de las empresas privadas participantes del sistema hicieron mella en la salud de la población. La legitimación que el gobierno debería obtener al cumplir con las peticiones de la población no llega en este aspecto, dado que el cumplimiento de

---

<sup>37</sup> SANTA MARÍA, Mauricio. Los 15 años de la Ley 100. En: Diario El Espectador (17 agosto 2008). Obtenido el 8 de octubre de 2015 en <http://www.elespectador.com/impreso/negocios/articuloimpreso-los-15-anos-de-ley-100>

los objetivos propuestos por la sociedad sólo se realiza en forma de soluciones paliativas; los problemas se acrecientan con el tiempo y su conclusión completa cada vez aparece como una posibilidad más lejana y compleja.

En este segundo capítulo se han dado a conocer los antecedentes más cercanos del sistema de salud actual, que influyeron para la formulación y puesta en marcha de la ley 100 de 1993. Además, se han resaltado los puntos álgidos de la norma, mostrando la base de regulación para la atención en salud. Finalmente, haciendo referencia a expertos, se hizo una relación entre las posibles ventajas y desventajas que ofrece el sistema de salud presente en Colombia. Dado que en el primer capítulo se hicieron las aclaraciones conceptuales sobre la formulación teórica del proyecto, que se suman a la delimitación del objeto de estudio (el sistema de salud colombiano propuesto por la ley 100), es posible ahora la realización de un cotejo entre la realidad de la atención en salud en Colombia y la propuesta teórica de la biopolítica.

A continuación, en el capítulo siguiente se realizará una confrontación entre la realidad del sistema de salud descrito en este capítulo y la teoría biopolítica referenciada en el capítulo anterior, buscando valorar la presencia de control de tipo biopolítico en las estructuras del sistema de salud reformadas con la ley 100 de 1993. Para el desarrollo de esta comparación se describirá la viabilidad de ejercer poder haciendo uso de la salud, y se determinará quienes pueden ejecutar ese poder. Por otro lado, se presentarán las posiciones de los pacientes y los funcionarios asistenciales de la salud que, siendo actores principales del sistema, ofrecen perspectivas variadas sobre el funcionamiento del mismo y los mecanismos de control a los que pueden ser sometidos.

### **CAPÍTULO 3. VALORACIÓN DE LA PRESENCIA DE CONTROL BIOPOLÍTICO EN LAS ESTRUCTURAS DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO MODIFICADAS CON LA LEY 100 DE 1993**

En los capítulos anteriores se ofreció una perspectiva de los fundamentos teóricos y legales que se relacionan en la investigación. Con el desarrollo del proceso investigativo se hace visible cómo las posibilidades de ejercer poder mediante el control de la vida de la población se hacen más claras a medida que se profundiza en el estudio de la norma y el discurso a favor de la privatización y el aseguramiento que lleva consigo.

La intención de este capítulo final es la vinculación de la propuesta teórica con el discurso de la norma y la realidad del sistema, como objetivo principal del trabajo de análisis politológico realizado, a la espera de determinar si efectivamente hay una injerencia de la teoría biopolítica en las dinámicas de la salud colombiana. Para cumplir con este propósito, se referenciarán investigaciones académicas e institucionales previas, realizadas sobre las tensiones presentes en el sistema de salud, legislación pertinente sobre el tema y entrevistas a algunos participantes del sistema de salud.

Con el fin de establecer la presencia de control de tipo biopolítico en las estructuras del sistema de salud reformadas con la ley 100 de 1993, se realizarán las claridades sobre las posibilidades efectivas de ejercer poder mediante la administración de salud, y se hará la precisión sobre la identidad de las personas que están en capacidad de hacer efectivo el uso de ese poder. Además, se especificarán las posiciones de los pacientes y los funcionarios asistenciales de la salud, como actores principales del sistema que pueden ofrecer mayor claridad sobre el funcionamiento del mismo y los mecanismos de control a los que están sometidos.

### 3.1. LA SALUD COMO UN MEDIO DE PODER

Es remarcable el hecho de que la mayor parte de las relaciones humanas estén mediadas por ejercicios de poder. Más, en ocasiones determinadas, la sola suposición de que el dominio sea permitido resulta cuestionable: la atención en salud de la población es uno de los escenarios donde se espera no existan estas actuaciones. Sin embargo, la dinámica actual de la salud hace pensar en los cuestionamientos realizados por Foucault:

¿Se podría afirmar, como hacen algunos, que la medicina moderna es individual porque penetró en el interior de las relaciones de mercado?  
¿Se trata de una medicina individual o individualista que únicamente conoce la relación de mercado del médico con el enfermo, e ignora la dimensión global, colectiva de la sociedad?<sup>38</sup>

Puede observarse cómo el cambio de las condiciones en la prestación de los servicios de salud permite igualmente un tránsito en la concepción de la salud. De la acepción como derecho de la población que amerita un obligatorio cumplimiento por parte del Estado, se permite un cambio hacia un servicio ofrecido por terceros, susceptible a las fallas en la prestación y con condicionamientos para el acceso. Molina plantea que con la entrada de la prestación de los servicios de salud al campo económico, el derecho a la salud cambia para convertirse en un bien de consumo.<sup>39</sup>

Debe tenerse en cuenta que la cercanía de la dimensión económica a la prestación de los servicios permite una posibilidad de generar utilidad a partir de la administración de los mismos. La decisión de a qué pacientes atender y en qué condiciones facilita la especulación al interior de las entidades de salud privadas. El marco de selección de las condiciones y los pacientes es el ejercicio claro del

---

<sup>38</sup> FOUCAULT, Michel. Nacimiento de la medicina social (1974). Traducido por J. Varela y F. Álvarez. En: Estrategias de poder. Obras esenciales II. Paidós. 1999. Barcelona, España. Pp. 365.

<sup>39</sup> MOLINA, Gloria; RAMIREZ, Andrés; RUIZ, Adriana. Marco conceptual general. En: Tensiones en las decisiones en Salud Pública en el sistema de salud colombiano: el bien común en confrontaciones con los intereses y prácticas particulares. Pulso y letra editores, Universidad de Antioquia, Colciencias. 2014. Medellín, Colombia. Pp. 59

poder frente a la vida de la población, ya que existen condiciones específicas para la atención, y aun cuando se presta un servicio de emergencia a un individuo que no cumple con los requisitos establecidos por los privados, se hace un recobro al Estado por la atención ofrecida a la persona. Hay que hacer aquí la claridad de que quienes ejercen el poder no son los entes públicos gubernamentales, sino las entidades privadas que ofrecen los servicios de salud, amparadas por las políticas públicas que les resulten beneficiosas.

En el modelo neoliberal/biopolítico, la vida se gobierna a través de las prácticas de mercado de la salud, es decir como un objeto y un servicio que debe generar renta o prebendas de carácter político. De este modo se le quita valor a lo público y se lo somete a los intereses particulares [de modo que] el Estado neoliberal reconoce a los pobres su derecho de vivir con dignidad y de construir equidad pero, simultáneamente, adopta un modelo económico que agudiza la desigualdad y la exclusión.<sup>40</sup>

Si bien el uso del concepto de biopolítica que se ha presentado en el proceso de investigación no es el propuesto inicialmente por Foucault, la aplicabilidad del mismo en el contexto de análisis del sistema de salud colombiano es factible debido a las posibilidades de manejo de la vida de la población que ofrece a quienes son responsables de la atención de los ciudadanos; existe una posibilidad de ejercer poder. Ahora bien, es preciso realizar claridades sobre quiénes son los depositarios de ese poder, las prácticas que se realizan con el mismo y los beneficios que derivan de esta administración.

### 3.2. LOS TITULARES DEL PODER

En el capítulo anterior se describió el proceso de privatización de los servicios de salud puesto en marcha con la entrada en vigencia de la ley 100 de 1993. La

---

<sup>40</sup> MOLINA, Gloria; RAMIREZ, Andrés; RUIZ, Adriana. Salud Pública: la prevalencia biopolítica y la resistencia ética. En: Tensiones en las decisiones en Salud Pública en el sistema de salud colombiano: el bien común en confrontaciones con los intereses y prácticas particulares. Pulso y letra editores, Universidad de Antioquia, Colciencias. 2014. Medellín, Colombia. Pp. 368, 369

figura del aseguramiento permite la entrada de los actores privados, y con ello consiente el tránsito del poder sobre la vida, de un actor institucional-político, a un actor privado-económico. La figura del cambio de actores a cargo del manejo a nivel biopolítico es descrito por Molina, además de las motivaciones que regirán el ejercicio de este poder.

El modelo económico neoliberal establece lazos profundos con la biopolítica, entendida como una forma de gobierno sobre la vida en general bajo las modalidades de la mercancía y el capital rentable. De este modo, *economía y política* se fusionan para la administración de la vida que, en consecuencia, sufre una reducción objetiva. En otras palabras, la biopolítica describe las prácticas, dispositivos y estrategias actuales del mercado sobre la vida. La noción de biopolítica se entiende mejor a la luz del análisis histórico del marco de racionalidad político-económico en la que aparece: el nacimiento del liberalismo, entendido como un ejercicio gubernativo que apoyado en el modelo de la producción industrial busca maximizar los efectos al tiempo que reduce los costos. Esta nueva forma de poder [...] implica un objeto novedoso de intervención: *la población*, esto es, el conjunto de seres vivos que exhiben rasgos biológicos y patológicos particulares, y cuya vida es susceptible de ser controlada -desde el nacimiento hasta la muerte- a fin de asegurar una mejor gestión del trabajo.<sup>41</sup>

Es visible cómo la responsabilidad que inicialmente pertenecía al Estado es descargada ahora en los privados que se hacen cargo de la prestación de servicios asistenciales. La asunción de estas obligaciones conlleva igualmente la obtención del poder sobre la vida de los pacientes y la capacidad de control sobre el modo en que funcionaría el sistema. Además, los entes privados operan bajo débiles regulaciones, lo que permite que el beneficio económico prime sobre la atención que debería brindarse al paciente. Son las concepciones de mercado las

---

<sup>41</sup> *Ibíd.*, Pp. 356, 357



que sirven de fundamento para asumir decisiones en salud pública y en las prácticas de cuidado del paciente, lo que implica que la atención sanitaria se “gerencia” como un servicio fuente de “renta”, y no como una garantía al derecho a la salud, lo que deriva en hacer prevalecer la rentabilidad económica como negocio frente a la obligación de garantizar el derecho reconocido por la Constitución.<sup>42</sup>

Por otro lado, el bajo nivel de intervención del Estado sobre las empresas privadas contrasta con la intervención sobre la vida de los ciudadanos que se propone con las leyes: la ausencia de actuación desde la institucionalidad hace que se presenten situaciones que van en contra de lo establecido en la Constitución Política de Colombia. La violación masiva de los derechos de la población ha desencadenado en la adopción de medidas extraordinarias para garantizar el respeto a los mismos; sin embargo, las medidas ofrecidas por la institucionalidad han tenido baja repercusión en el funcionamiento del sistema de salud, en tanto que las irregularidades persisten: un ejemplo es la figura desarrollada por la Corte Constitucional conocida como Estado de Cosas Inconstitucional (ECI), para poner en evidencia vacíos institucionales en el cumplimiento de los derechos fundamentales de los asociados que, al ser vulnerados, podrían ser garantizados mediante sentencias de tutela. El ECI hace relación a problemáticas de tipo estructural que requieren la intervención de distintas entidades públicas, que aquejan a grandes sectores poblacionales y que, al ser conocidos por la Corte Constitucional a través de la acción de tutela, habrán de ser garantizados de acuerdo a los principios desarrollados en la Constitución. Las sentencias se traducen en órdenes oficiales que pondrán en equilibrio el caótico ECI.

La Corte Constitucional consideró, que dada la situación de la prolongada omisión de las autoridades, lo más pertinente es dictar órdenes a las instituciones oficiales competentes, para que pongan en

---

<sup>42</sup> *Ibíd.*, Pp. 360, 361

funcionamiento sus facultades mediante acciones; y así se elimine la vulneración de los derechos de los ciudadanos.

Por otra parte la Corte enfatiza, que las graves deficiencias en materia de servicios públicos y asistenciales; el imperio de la violencia, la extorsión, la corrupción y la carencia de oportunidades, se traducen en la violación de derechos como la vida, la familia, integridad personal, a la salud etc.<sup>43</sup>

Aunado a lo anterior, la concepción de la salud pública referida por Molina “como un derecho subjetivo e individual, cuya satisfacción depende en exclusiva del mercado y la competencia de agentes económicos”<sup>44</sup>, pone en evidencia la prevalencia institucional del concepto de negocio sobre el de garantía de un derecho fundamental, alejando cada vez más al ciudadano de la vida y el bienestar que le deberían ser garantizados en cualquier sociedad contemporánea. Además, existe una tendencia hacia el desarrollo de una serie de requerimientos a la sociedad que en gran medida los individuos no pueden solventar, con lo que se espera poner en manos de cada sujeto la responsabilidad de su propia salud mediante el autocuidado. Estas políticas se promulgan aún bajo conocimiento de las complejas condiciones sanitarias, económicas y alimentarias en que subsiste la población, desconociendo así la responsabilidad estatal de ofrecer un nivel de salubridad apropiado para cada ciudadano.

Al evidenciarse la prevalencia de la dimensión orientada por el interés particular, se pierde credibilidad en las instituciones políticas representativas, que actúan al servicio de intereses personales o de grupo en desmedro del interés general. [...] La prevalencia de la

---

<sup>43</sup> CENTRO DE INVESTIGACIONES FRANCISCO DE VITORIA, FACULTAD DE DERECHO UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS. Poder discrecional de la Corte Constitucional en el estado de cosas inconstitucional. Obtenido el 16 de octubre de 2015 de [http://numanterioresviei.usta.edu.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=44:presentacion&catid=37:reflexiones-academicas&Itemid=57](http://numanterioresviei.usta.edu.co/index.php?option=com_content&view=article&id=44:presentacion&catid=37:reflexiones-academicas&Itemid=57)

<sup>44</sup> MOLINA, Gloria; RAMIREZ, Andrés; RUIZ, Adriana. Salud Pública: la prevalencia biopolítica y la resistencia ética. En: Tensiones en las decisiones en Salud Pública en el sistema de salud colombiano: el bien común en confrontaciones con los intereses y prácticas particulares. Pulso y letra editores, Universidad de Antioquia, Colciencias. 2014. Medellín, Colombia. Pp. 369, 370

dimensión económica de mercado sobre la ética genera prácticas de corrupción y contradice el principio político, consagrado en la Constitución, que prohíbe favorecer intereses particulares o de grupo en los asuntos públicos [...]. Las dimensiones identificadas se aproximan de un modo diferente a lo público. La económica de mercado ve lo público como objeto de apropiación particular para la consecución de sus intereses. Por el contrario, la ética concibe lo público como objeto de estimación, esto es, como valioso en sí mismo por implicar los intereses colectivos y las necesidades básicas de la población. Desde la dimensión ética, lo público es el lugar donde convergen unos principios específicos diferentes a los que impone el mercado, tales como: solidaridad, equidad, alteridad, respeto y participación, entre otros. Desde la dimensión económica de mercado, lo público es una oportunidad de lucro. [...] Razón tiene entonces el profesor Mario Hernández, cuando afirma que en Colombia la tendencia apunta a asumir la salud como servicio individual que se compra en el mercado, cada vez menos como derecho ciudadano vinculado a la vida y al bienestar. De ahí que el proceso sociopolítico de la salud en el país sostenga una predisposición a la inequidad, no hacia el derecho a la salud para todos.<sup>45</sup>

A pesar de que la restructuración se plantea como una alternativa de descongestión y posibilidad de ampliación de cobertura del servicio en lugares apartados del país, se efectuó en medio de una baja regulación de las actividades de las empresas privadas vinculadas a la salud, permitiendo el desarrollo de actividades poco éticas dentro de las instituciones de servicio. Ahora bien, es preciso determinar cómo son considerados los pacientes al interior del sistema de salud y los medios por los cuales se ejerce poder sobre su vida.

---

<sup>45</sup> *Ibíd.*, Pp. 366, 368, 369, 370

### 3.3. EL PACIENTE EN EL SISTEMA DE SALUD

En principio, es preciso destacar que el actual sistema de salud en Colombia se ha caracterizado por la falta de consideración para con la humanidad de los pacientes, que hicieron un tránsito hacia la caracterización como clientes forjada por un discurso carente de interés hacia el cuidado de la vida; un sistema de salud en el que lo importante no es la atención hacia el paciente sino la relación con el cliente, fácilmente decayó en dirección a la permisividad sobre dejar morir a quienes no resultaran útiles para mantener al régimen. De esta manera, el control sobre la vida de los pacientes se evidencia en la capacidad de dejar de atender a quienes se debería, siendo una clara muestra de la posibilidad de aplicación de las categorías de análisis propuestas por la teoría de la biopolítica de Foucault. Sobre este punto, se realizará un análisis de lo que sucede en el trato a los pacientes en las consultas por urgencias y por consulta externa (solicitadas mediante cita previa).

#### 3.3.1. ASPECTOS GENERALES DE LA CONSULTA EXTERNA

De entrada, la regulación establecida para el funcionamiento de las consultas solicitadas mediante cita previa tiene varios puntos que analizar. Como primera cuestión está el tiempo con el que se cuenta para el desarrollo de la consulta, que según regulaciones vigentes, no debería ser inferior a 20 minutos.<sup>46</sup> Además, el establecimiento de las cuotas moderadoras para la prestación del servicio se establece a partir de la segunda cita médica solicitada en el año, dado que en promedio se contempla, de acuerdo a frecuencias nacionales, que los usuarios solicitan sólo dos citas médicas al año.<sup>47</sup>

Con respecto a las historias clínicas, que son el registro de las condiciones de salud de cada uno de los pacientes, los compendios sobre los motivos de consulta, tratamientos, intervenciones y evolución de los mismos, la ley propone

---

<sup>46</sup> MINISTERIO DE SALUD, REPÚBLICA DE COLOMBIA. Resolución número 5261 de 1994 (5 agosto 1994). Obtenido el 28 de octubre de 2015 en [https://www.medicosgeneralescolombianos.com/images/Leyes/Res\\_5261\\_94.pdf](https://www.medicosgeneralescolombianos.com/images/Leyes/Res_5261_94.pdf)

<sup>47</sup> *Ibíd.*

un manejo confidencial y cuidadoso. La norma dicta que la historia clínica sólo puede ser conocida por terceros mediante autorización del propio paciente o en casos dictados por la ley.<sup>48</sup> Lo que se espera del documento es una progresión a lo largo de toda la vida del paciente, mediante un compendio de los reportes de todos los servicios médicos en los que se ha tratado a un paciente. De esto se desprende que en el caso de que varios prestadores de salud participen en el proceso de atención y tratamiento de una persona, todos los reportes de cada una de las acciones desarrolladas deben ser consignadas en el archivo de la historia clínica, para poder ser revisados por los médicos tratantes o el paciente, en caso de ser necesario.

### ARTICULO 3. CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA

[...] Secuencialidad: Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.

[...] Disponibilidad: Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.<sup>49</sup>

Sin embargo, la promulgación de la Resolución 03374 de 2000<sup>50</sup> genera un requerimiento al personal asistencial que en gran medida compromete la confidencialidad en la que debería ser tratada la historia clínica de los pacientes: con la creación de un sistema de archivos digitales, haciendo uso de un formato de facturación, la historia clínica de los pacientes queda a disposición del sector administrativo de las instituciones de salud, con lo cual la privacidad de la historia clínica se pierde con el fin de que pueda ser analizada y auditada para valoración de costos y beneficios.

---

<sup>48</sup> *Ibíd.*

<sup>49</sup> *Ibíd.*

<sup>50</sup> MINISTERIO DE SALUD, REPÚBLICA DE COLOMBIA. Resolución 03374 de 2000 (27 diciembre 2000). Obtenido el 24 de noviembre de 2015 en <http://drgdiaz.com/eco/1100/ley100/rips.pdf>

A fin de realizar una comparación entre la propuesta de la norma y la vivencia de los pacientes, se entrevistó a dos mujeres, una perteneciente al régimen subsidiado y otra al régimen contributivo. Si bien se encontraron puntos frente a los que las usuarias del sistema de salud revelan precisión en la aplicación de las leyes, otras situaciones denotan deficiencias en la prestación de los servicios.

Inicialmente, se entrevistó a Janeth, casada, madre de dos hijos, estudiante de estética, perteneciente al régimen subsidiado. La entrevistada menciona haber recibido atención médica tanto para ella como para sus hijos en múltiples centros de salud de acuerdo al nivel de complejidad de las patologías que debían tratarse. Según su experiencia, no ha tenido mayores problemas con los funcionarios asistenciales o administrativos, y la atención en salud ha sido tardada pero adecuada, al menos para los problemas de salud más comunes y sencillos que ha tenido que afrontar. Sin embargo, refiere que en una ocasión en particular los medicamentos que debían ser suministrados no fueron autorizados, con lo cual se puso en riesgo su salud debido a que el problema por el que consultó al médico era de alta complejidad. Sobre este particular refiere haber tenido que comprar los medicamentos, que resultaron en un gasto considerable si se tiene en cuenta sus posibilidades económicas. En otra oportunidad comenta que debió aplazar varias veces un procedimiento médico, debido a que las citas que le programaban no coincidían con los procesos fisiológicos que debían ser verificados, hasta que finalmente decidió abandonar el tratamiento por las continuas dilaciones a las que había sido sometida y la imposibilidad de la entidad para ofrecer una cita en un tiempo que resultara acorde a sus posibilidades.

Por otro lado, para contrastar la información legal con la vivencia de un paciente perteneciente al régimen contributivo, se entrevistó a Marcela, soltera, profesional en arqueología. Al igual que la entrevistada de régimen subsidiado referenció un trato cordial o al menos solidario por parte del personal de salud, y la prestación de los servicios de manera efectiva. En el caso de la entrevistada de régimen contributivo hay referencia a consultas con médicos especialistas, quienes

solicitaron apoyos diagnósticos y medicamentos que fueron rápidamente aprobados por la institución de salud. Frente a estas diferencias, cabe señalar que la unificación de los planes de salud<sup>51</sup> de los regímenes contributivo y subsidiado fue efectiva apenas hasta el 1 de julio de 2012, y que antes de esa unificación los dos regímenes contaban con planes de beneficios en salud diferentes, siendo el de régimen contributivo mucho más amplio a nivel de cubrimiento de patologías, medicamentos, servicios y procedimientos.

Otro punto en el que se presenta discordancia en el tratamiento a las dos pacientes es en el manejo de las historias clínicas, ya que en el régimen contributivo toda la historia clínica se mantiene en un solo folio o archivo digital, con lo cual se pueden consultar las diferentes etapas de los tratamientos, los motivos de consulta y el progreso de la salud de los pacientes, mientras que en el régimen subsidiado la posibilidad de ser atendido en múltiples instituciones de diferente nivel de complejidad conlleva a la existencia de varias historias clínicas paralelas que no se han unificado en un solo registro, dejando en manos del paciente la responsabilidad de informar a los diferentes médicos tratantes del progreso de su atención. Este tipo de seguimiento del paciente se efectúa para facilitar su cuidado y proteger su integridad, pero puede verse que el régimen subsidiado no es tomado tan en cuenta por las instituciones como el régimen contributivo.

### 3.3.2. EL SERVICIO DE URGENCIAS

Por otro lado, es preciso considerar la atención a los pacientes en el servicio de urgencias. Según la legislación médica, la atención de urgencias a un paciente debe ser realizada inmediatamente por cualquier entidad que preste servicios de salud, sin necesidad de pagos previos, autorizaciones o remisiones; en lo consecuente, la institución que haya prestado los servicios recibirá, de parte de la

---

<sup>51</sup> MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, REPÚBLICA DE COLOMBIA. ABC de la Unificación del POS. Obtenido el 1 de diciembre de 2015 en <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/ABC%20de%20la%20Unificaci%C3%B3n%20del%20POS.aspx>

empresa responsable del usuario o del Estado, el reintegro de los costos generados por la atención ofrecida.<sup>52</sup> De todas maneras, en ocasiones la atención se tarda o incluso se niega a aquellos usuarios que aportan a la propia empresa. El funcionamiento de los servicios de urgencias es diferente para los regímenes contributivo y subsidiado.

En el caso del régimen subsidiado, la entrevistada Janeth refiere poder acudir a cualquier centro de salud, donde será atendida de acuerdo a la prioridad que represente su problema de salud. Más, los problemas que suelen observarse en estos puntos de atención son el sobrecupo y el hacinamiento de los pacientes, junto con la demora en la atención que genera esa afluencia excesiva de personas a las salas de urgencias. Sin embargo no tiene referencias de servicios negados tanto a ella como a su familia, aunque es consciente de que en varias instituciones de salud se han presentado casos de negligencia en la atención a los pacientes y negación de los servicios.

Para el régimen contributivo, la entrevistada Marcela referencia tener que asistir al centro de urgencias propio de la entidad prestadora de salud a la que está afiliada, y esperar, igualmente, su turno de acuerdo a la prioridad que representa de acuerdo al nivel de complejidad de su problema de salud. Aunque la entrevistada refiere menor cantidad de población en las salas de urgencia del régimen contributivo que en las de subsidiado, hace hincapié en las largas esperas que debe asumir un paciente que llega al servicio de urgencias sin tener una urgencia vital. De todas maneras, no reseña negación de los servicios de salud, aunque menciona que evita en lo posible la asistencia a las salas de urgencia, ya que usualmente se le remite a consulta externa (varios días después) sin solucionar al menos en parte el problema que la llevó en principio a utilizar el servicio de urgencias.

---

<sup>52</sup> MINISTERIO DE SALUD, REPÚBLICA DE COLOMBIA. Resolución número 5261 de 1994. (5 agosto 1994). Obtenido el 28 de octubre de 2015 en [https://www.medicosgeneralescolombianos.com/images/Leyes/Res\\_5261\\_94.pdf](https://www.medicosgeneralescolombianos.com/images/Leyes/Res_5261_94.pdf)



### 3.4. LA POSICIÓN DE LOS FUNCIONARIOS ASISTENCIALES

Pese a que el médico aparece como una guía frente al paciente, es en el trasfondo administrativo del servicio en quien recae la autoridad sobre el manejo de la población y los procedimientos a realizarse, porque aunque la ley de ética médica es clara en señalar que no deben existir condiciones que interfieran con el libre y correcto ejercicio de la profesión, y deja sentada la importancia de dedicar el tiempo necesario a los pacientes<sup>53</sup>, estudios han encontrado que la mayor inconformidad de los profesionales son las limitaciones que imponen los modelos de aseguramiento y de salud administrada. Ejemplo de esto es la publicación realizada en el diario El Tiempo sobre un estudio de la Defensoría del Pueblo en 2007, que da muestra de la problemática que deben asumir los profesionales en salud al realizar las consultas a los pacientes.

El tope de formulación es del 65 por ciento [...].

[Aunque los médicos] consideran que necesitarían por lo menos media hora para valorar y diagnosticar debidamente durante una consulta, las agendas que les organizan solo les permiten [...] dedicarle 18 minutos a una persona, la mayoría de los cuales gastan llenando facturas y formularios.

[...] De acuerdo con el informe, [los modelos de aseguramiento] impiden la aplicación de protocolos académicos y priorizan la contención de gastos.

[...] Además de limitar fórmulas y exámenes, impiden el tratamiento de enfermedades distintas al motivo principal de consulta e imponen listados predeterminados.

---

<sup>53</sup> Ley 23 de 1981. Por la cual se dictan Normas en Materia de Ética Médica (15 diciembre 1980). Obtenido el 28 de octubre de 2015 en [http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-103905\\_archivo\\_pdf.pdf](http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-103905_archivo_pdf.pdf)

[...] Según estos profesionales, hay controles estrictos a las remisiones a especialistas en cardiología, neurología, urología, medicina interna, reumatología, oftalmología, ortopedia, entre otros, e incluso se les imponen barreras para la expedición de las incapacidades.

La mayoría de las veces [...], dichas restricciones son transmitidas por las EPS e IPS a los médicos en forma verbal (lo que incluye intimidaciones con amenazas de despido, cambios de horario y desmejora en los salarios), a través de memorandos u oficios [...] e incluso mediante el bloqueo del sistema, es decir que este no permite el ingreso de formulaciones para ciertos tipos de medicamentos y procedimientos.

[...] Frente a los tiempos de consulta, el informe de la Defensoría señala que si bien el artículo 97 de la resolución 5261 de 1994 indica que el tiempo no debe ser menor de 20 minutos, en algunas partes del país es de 15 minutos.<sup>54</sup>

Dado que la opinión de los pacientes difiere de la posición del personal que trabaja en las entidades que ofrecen los servicios de salud, se entrevistó a Carmen Alicia, enfermera jefe y especialista en epidemiología con gran experiencia en políticas en salud, para establecer la posición de los trabajadores asistenciales de la salud.

En principio, la entrevistada reseña un progreso notable en cuanto a cubrimiento y prestación de los servicios, principalmente para la población más vulnerable, que hace parte del régimen subsidiado. No obstante, con respecto al trabajo que se debe realizar al interior de los centros de salud, refiere la existencia de limitaciones para la actuación de los médicos mediante el uso de protocolos de atención que se emiten a fin de disminuir los gastos, que aunque no resultan perjudiciales para los pacientes no son los tratamientos óptimos que se deberían ofrecer. Dado que

---

<sup>54</sup> FERNANDEZ, Carlos; PERILLA, Sonia. Médicos solo recetan si no han llenado cupo que imponen EPS. En: Diario El Tiempo (25 noviembre 2007). Obtenido el 28 de octubre de 2015 en <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-2741983>

el enfoque del personal asistencial de la salud es eminentemente humanista, propone que la relación con los pacientes debería ser más cercana, aunque los tiempos de consulta generalmente no permiten valoraciones adecuadas de los individuos.

Por otro lado, manifiesta que la necesidad de bajar los costos ha sido el motor de gran parte de los progresos en materia de salud, al igual que en otros sectores que requieren de planeación de acuerdo a cifras poblacionales; la creación de bases de datos sobre cubrimiento y eficiencia de los servicios de salud surge recientemente a partir de la necesidad de los gobiernos y de las empresas prestadoras de ofrecer resultados para la opinión pública, y de tener datos reales sobre los costos del sistema de salud para realizar una correcta planificación de los recursos.

Finalmente, hace referencia a que es menester vincular la salud a los servicios públicos, las condiciones de alimentación y saneamiento que requiere la población. La necesidad de que la salud sea concebida como un tema multifactorial, y que puede ser afectada según las condiciones sociales en que vivan los sujetos permitiría, según su punto de vista, la construcción de un mejor sistema de salud en el que el tratamiento médico al paciente no se conciba como lo único que puede ofrecerle una mejora en su condición física y mental.

Como puede apreciarse de acuerdo a la exposición realizada hasta este punto, no son sólo los pacientes quienes han sido contrariados por el sistema, sino también los profesionales asistenciales, quienes aspiran a ofrecer una atención de calidad a los pacientes y son constreñidos por los requerimientos económicos de quienes detentan el poder sobre las entidades de salud. Los servicios son, entonces, una fuente de ingresos para los administradores de las entidades de salud, y es con la vida de los pacientes con la que se transa y se especula buscando el mayor beneficio económico posible.

Ahora bien, los hallazgos señalan que en un modelo de gestión de la [salud pública], concebida como renta o servicio para satisfacer intereses particulares, no da lugar al ejercicio de acciones o políticas beneficiosas para el colectivo, ni al principio de la cooperación entre actores e instituciones, el cual permitiría que en los asuntos colectivos se lleven a cabo acciones conjuntas dirigidas a satisfacer los intereses comunes. En esta dimensión prevalente, el mercado extiende sus prácticas cambiando la cooperación por la competencia, lo que imposibilita la consecución de los intereses públicos y la actuación intersectorial, sacrificando los intereses colectivos por el bienestar particular.<sup>55</sup>

Para terminar, es pertinente recalcar que la determinación de la existencia de control biopolítico haciendo uso de investigaciones académicas previas y referencias de actores del sistema permite definir que efectivamente hay situaciones en las que se ejecuta un poder biopolítico en los sistemas de salud. Al desarrollar el capítulo se comprobó que, con la posibilidad de administrar la atención en salud, se puede hacer uso de la salud como un medio de ejercer poder, y que son los entes administrativos de corte economicista (pertenecientes a las empresas privadas) quienes detentan la capacidad de hacerlo efectivo. Además, se pudo evidenciar que no solo se desarrollan mecanismos de control para con la vida de los pacientes, sino también para regular la atención ofrecida por el personal asistencial, siempre buscando minimizar costos. Hechas estas comprobaciones, puede afirmarse que la hipótesis propuesta inicialmente se pudo establecer como válida, y que hay una presencia visible de control biopolítico en el discurso que modela las estructuras del sistema de salud colombiano modificadas con la ley 100 de 1993.

---

<sup>55</sup> MOLINA, Gloria; RAMIREZ, Andrés; RUIZ, Adriana. Salud Pública: la prevalencia biopolítica y la resistencia ética. En: Tensiones en las decisiones en Salud Pública en el sistema de salud colombiano: el bien común en confrontaciones con los intereses y prácticas particulares. Pulso y letra editores, Universidad de Antioquia, Colciencias. 2014. Medellín, Colombia. Pp. 362

## CONSIDERACIONES FINALES

El análisis realizado sobre la propuesta metodológica foucaultiana parece mostrar que no sólo hay una cercanía entre el manejo del sistema de salud en Colombia y la biopolítica, sino que es posible que esta teoría sea parte de las políticas mismas, de modo intrínseco. Aunque no se haga mención a la intención de desarrollar las propuestas de la teoría biopolítica, las políticas públicas sobre salud permiten la administración de la vida de los pacientes a fin de que se obtengan las mayores ganancias económicas posibles, manteniendo al sistema en una posición financiera equilibrada y abriendo espacios para la competencia.

Puede observarse que el poder de manejar las vidas, determinar la atención, los plazos para la misma y las personas que pueden acceder a ella es algo a lo que se puede acceder cuando se tiene la potestad de decisión sobre el sistema de salud. Y aunque en principio la teoría de la biopolítica se propone desde un manejo según bases institucionales, el desarrollo de la investigación determinó que en este caso quienes realmente poseen la capacidad de manejo sobre la vida de los pacientes son los entes privados, en quienes reposa el poder de administración delegado desde el gobierno y sus funcionarios públicos.

Es de este modo como se permiten manifestaciones de tipo económico por parte de las empresas privadas involucradas en el sistema de salud: la búsqueda de la mayor ganancia posible, aún en detrimento de la calidad de los servicios prestados a la población, la dilación en los tratamientos y la exclusión de los beneficios para sectores con capacidades de pago limitadas.

Con esa respuesta desde la administración de las empresas prestadoras de los servicios, es notorio cómo el poder de control sobre la vida de los pacientes se ejerce según una orientación economicista y sin vocación de servicio, decayendo

en la máxima clásica que dicta el poder de “hacer vivir y dejar morir”<sup>56</sup>: se permite y se ayuda a vivir a la población que tiene capacidades de pago suficientes, que trabaja para permitir la estabilidad de los sistemas económicos y de las propias empresas que prestan la atención en salud; pero, por otro lado, se deja sin cuidados médicos oportunos y en una situación de exclusión de los beneficios de salud a aquellos sectores de la sociedad que no representan un beneficio económico significativo para quienes ofrecen los servicios de salud. El abandono de esta población vulnerable, en condiciones socialmente complejas, es un modo de dejarlos morir.

Hay que hacer la claridad de que existen dos tipos de seguimiento de control para la población desde el sistema de salud; el control desde el reconocimiento médico, y el control desde el reconocimiento financiero.

En el caso del control de los pacientes a partir del reconocimiento médico, se puede determinar que es un medio para preservar su integridad y mantenerlos con vida; en la mayoría de los casos, el seguimiento se realiza con mayor rigurosidad en los pacientes de régimen contributivo (como pudo observarse en el tercer capítulo), mientras que los pacientes del régimen subsidiado deben llevar por su cuenta los registros de las atenciones, a fin de que en el tránsito entre los diferentes niveles de atención no se pierda la información sobre los distintos procesos a los que han sido sometidos y se puedan generar así inconsistencias en el tratamiento o el mismo diagnóstico.

Por otro lado, el control financiero es aplicable a ambos sectores de la población, puesto que los balances de pago de cualquier persona deben permitirle costear la atención en salud para poder acceder a ella. Entre los costos no sólo se deben contar los que genera la atención por sí sola, como las cuotas moderadoras por citas, exámenes, medicamentos y procedimientos, sino también los traslados y la manutención en lugares diferentes al de origen.

---

<sup>56</sup> FOUCAULT, Michel. Clase del 17 de marzo de 1976. En: Defender la sociedad. Curso en el Collège de France (1975-1976). Fondo de Cultura Económica. 2001. Buenos Aires, Argentina. Pp. 223

En gran medida, la incapacidad de algunos sectores de la población para asumir esos costos es lo que los lleva a elegir otras alternativas frente a los problemas de salud de sus familias, pero esto refleja la imposibilidad del sistema de salud para llegar a todas las regiones del país sin realizar exigencias desmedidas de acuerdo a los niveles económicos de las comunidades, lo cual ha impedido un avance significativo y efectivo en la cobertura de salud.

Siguiendo esta línea de ideas, puede destacarse otra de las fallas principales del sistema de salud: el bajo nivel de articulación con los demás servicios que se deben prestar a la ciudadanía a fin de obtener mejoras en los niveles de saneamiento y salubridad. Es absurdo pedir a la población mejoras en el cuidado de sí mismos, mejor consumo de alimentos y agua potable, mayor control en la disposición de residuos o alejamiento de los vectores de enfermedades transmisibles, cuando una parte considerable de la sociedad subsiste en condiciones de abandono por parte de la institucionalidad, manteniendo su salud del modo en que mejor le sea posible. Tiene razón la profesional entrevistada cuando menciona que el progreso en el ámbito de la salud tiene requerimientos multifactoriales, que son responsabilidad de las políticas del gobierno y de la equidad en el manejo de los recursos destinados al mejoramiento de las condiciones sociales del país: aun teniendo una población bien informada, a la que se realicen todos los tratamientos necesarios y se ofrezcan todas las recomendaciones pertinentes, si los individuos no tienen las condiciones de vivienda, alimentación y saneamiento básicos, es casi seguro que los cuadros de enfermedad se prolonguen, se repitan o incluso se propaguen a otros sujetos de la misma comunidad.

Ahora bien, es pertinente establecer que aun cuando la política fiscal es importante para el correcto funcionamiento del Estado, y una buena administración es ideal para gastar lo necesario y mantener las finanzas en un nivel adecuado, no se puede poner la regulación de los gastos por encima del cuidado de la población, puesto que la institucionalidad gubernamental tiene su razón de ser en

la sociedad que lo sustenta, e igualmente de ella depende la estabilidad y la funcionalidad de las empresas privadas. No sólo es cuestión de humanismo, sino de lógica, razonar que el descuido de las bases sociales a las que sirven las empresas públicas y privadas deriva siempre en un mal negocio.

Con esto en mente, y con la consideración de que la salud es algo necesario para la generalidad de los individuos, es correcto asumirla igualmente como un servicio que requiere de altos niveles de vigilancia y control para el correcto funcionamiento de los protocolos con los cuales se lleva a cabo la atención a los pacientes. Sobre este particular, es preciso traer a la memoria que la propuesta a los entes privados para participar en el sistema de salud se formuló como un medio para mejorar la prestación de los servicios, evitar la apropiación de los recursos destinados a la salud por parte de los funcionarios públicos e impedir las demoras y congestiones en la atención de la población; no obstante, los vacíos contenidos en la ley 100 de 1993 permitieron, a la larga, que la contratación con entes privados tuviera los mismos defectos por los cuales se propusieron las reformas.

Además, al liberar al Estado de la responsabilidad de prestar los servicios y convertirle sólo en un garante de la atención a los usuarios, se dejaron de ejecutar con rigurosidad los controles sobre las instituciones prestadoras de salud, dando en ocasiones espacio para la ejecución de múltiples inconsistencias en los manejos de los recursos, tanto en el establecimiento de tratamientos y protocolos para la atención a los pacientes, como en la destinación de dineros para fines totalmente alejados de la destinación original propuesta por las normas.

Para terminar, es preciso recalcar que la investigación tuvo como intención el aportar a la construcción de un modelo de salud más amigable con la población, que distinga al paciente más como un sujeto a quién cuidar que como un sujeto a quien controlar. La descripción de los procesos que incluyen prácticas con las cuales se ejerce un poder de control sobre la vida de los ciudadanos se realizó



como un llamado de alerta, tanto para la comunidad académica como para los usuarios y trabajadores del sistema de salud, sobre las prácticas permitidas (y en ocasiones alentadas por las empresas privadas) en la atención a los pacientes.

Se espera que algún día se conciba una mejor manera de hacer llegar los servicios a la comunidad sin hacer caer a la población en una total dependencia del Estado y aletargamiento social, manejando los recursos del mejor modo posible, además de la promoción de una re-humanización en el tratamiento a los pacientes que requieren de los cuidados médicos. La cooperación internacional puede llevar al país en ese rumbo, con las condiciones necesarias y evidentemente bajo la supervisión de una población conocedora de sus derechos y exigente frente a los deberes de los representantes en el gobierno que elige, período a período.

## BIBLIOGRAFÍA

1. BAÊTA NEVES, Claudia; MASSARO, Altair. Biopolitics, healthcare production and another humanism. Translated by Maria Aparecida Gazotti Vallim. In: Interface Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v.13, supl. 1, p. 615 - 626. 2009. Brasil.
2. CENTRO DE INVESTIGACIONES FRANCISCO DE VITORIA, FACULTAD DE DERECHO UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS. Poder discrecional de la Corte Constitucional en el estado de cosas inconstitucional. Obtenido el 16 de octubre de 2015 de [http://numanterioresviei.usta.edu.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=44:presentacion&catid=37:reflexiones-academicas&Itemid=57](http://numanterioresviei.usta.edu.co/index.php?option=com_content&view=article&id=44:presentacion&catid=37:reflexiones-academicas&Itemid=57)
3. CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 100 de 1993. Diario oficial. Año CXXIX. N. 41148. 23 de diciembre de 1993. Obtenido el 19 de mayo de 2014 en <http://juriscol.banrep.gov.co:1025/home.html>
4. CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA. Sentencia T-760/08. Obtenido el 19 de julio de 2012 en <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-760-08.htm>
5. CUNHA DA SILVA, Cléber. Informação em saúde: produção, consumo e biopoder. Ciência & Saúde Coletiva, vol. 18, núm. 10, pp. 3083-3090 Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Outubro 2013. Rio de Janeiro, Brasil.
6. Definición Salud. Obtenido el 19 de julio de 2012 en <http://www.cheesehosting.com/saludinfantil/definicion+salud.htm>
7. DEVERAUX, P. J. Canadian Press. Junio 7 de 2004. Tal como se cita en: VILLAR, Luis Angel. La Ley 100: el fracaso estatal en la salud pública. En: Revista Deslinde v.36, pp. 6 - 19. Editorial Cedetrabajo. 2009. Colombia.
8. Entrevista realizada a CARMEN ALICIA CABRERA BETANCOURT (enfermera jefe, especialista en epidemiología) el 5 de noviembre de 2015.
9. Entrevista realizada a JANETH ORDOÑEZ VALENCIA (estudiante de estética) el 15 de octubre de 2015.

10. Entrevista realizada a MARCELA ORDOÑEZ VALENCIA (arqueóloga) el 30 de octubre de 2015.
11. FERNANDEZ, Carlos; PERILLA, Sonia. Médicos solo recetan si no han llenado cupo que imponen EPS. En: Diario El Tiempo (25 noviembre 2007). Obtenido el 28 de octubre de 2015 en <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-2741983>
12. FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade social e a eqüidade. Em: Cad. Saúde Pública, 24 (3): 696-701. Março 2008. Rio de Janeiro, Brasil.
13. FOUCAULT, Michel. Defender la sociedad. Curso en el Collège de France (1975-1976). Fondo de Cultura Económica. 2001. Buenos Aires, Argentina.
14. FOUCAULT, Michel. Nacimiento de la medicina social (1974). Traducido por J. Varela y F. Álvarez. En: Estrategias de poder. Obras esenciales II. Paidós. 1999. Barcelona, España.
15. GOMEZ, Floro. La higiene: El mayor hito médico de los últimos 160 años. En: Revista colombiana Salud Libre, Volumen 2, Número 2. Julio-Diciembre 2007. Colombia.
16. GONZALEZ, Jorge Iván. Salud y seguridad social en Colombia: entre la solidaridad y la equidad. En Revista Gerencia y Políticas de Salud. Obtenido el 19 de julio de 2012 en [http://rev\\_gerenc\\_polit\\_salud.javeriana.edu.co/vol1\\_n\\_2/salud\\_espacio\\_1.pdf](http://rev_gerenc_polit_salud.javeriana.edu.co/vol1_n_2/salud_espacio_1.pdf)
17. GUERRA, Yolanda. Medicina y Derecho: el control de la vida y la muerte del individuo, desde la norma. En: Revista Prolegómenos. Derechos y Valores, vol. XV, núm. 29. Universidad Militar Nueva Granada. Enero-junio 2012. Bogotá, Colombia.
18. HERNANDEZ, Mario; OBREGÓN, Diana. La OPS y el estado colombiano: cien años de historia. Obtenido el 21 de marzo de 2013 en [http://new.paho.org/col/index.php?option=com\\_content&view=article&id=267:la-ops-y-el-estado-colombiano-cien-anos-de-historia-1902-2002&catid=683&Itemid=361](http://new.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=267:la-ops-y-el-estado-colombiano-cien-anos-de-historia-1902-2002&catid=683&Itemid=361)
19. JUNGES, José Roque. Direito à saúde, biopoder e bioética. Interface-Comunic., Saúde, Educ., v.13, n.29, p.285-295. Abril-junho 2009. Brasil.

20. KOTTOW, Miguel. Nuevos folios de bioética N° 2. Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Agosto de 2010. Chile.
21. Ley 23 de 1981. Por la cual se dictan Normas en Materia de Ética Médica (15 diciembre 1980). Obtenido el 28 de octubre de 2015 en [http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-103905\\_archivo\\_pdf.pdf](http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-103905_archivo_pdf.pdf)
22. LOSADA, Rodrigo; CASAS, Andrés. Enfoques para el análisis político. Historia, epistemología y perspectivas de la ciencia política. Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales. 2008. Bogotá, Colombia.
23. MARTINS RIBEIRO, Carlos. Bioética para profissionais de saúde: associando exemplos práticos à reflexão teórica. Resenha de: REGO, S. PALÁCIOS, M. SIQUEIRA-BATISTA R. Bioética para Profissionais de Saúde. Ed. Fiocruz (Coleção temas em Saúde). 2009. Rio de Janeiro, Brasil. 160p. Em: Revista Brasileira de Educação Médica 34 (1): 184 – 185. 2010. Brasil.
24. MINISTERIO DE SALUD, REPÚBLICA DE COLOMBIA. Resolución número 5261 de 1994 (5 agosto 1994). Obtenido el 28 de octubre de 2015 en [https://www.medicosgeneralescolombianos.com/images/Leyes/Res\\_5261\\_94.pdf](https://www.medicosgeneralescolombianos.com/images/Leyes/Res_5261_94.pdf)
25. MINISTERIO DE SALUD, REPÚBLICA DE COLOMBIA. Resolución 03374 de 2000 (27 diciembre 2000). Obtenido el 24 de noviembre de 2015 en <http://drgdiaz.com/eco/l100/ley100/rips.pdf>
26. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, REPÚBLICA DE COLOMBIA. ABC de la Unificación del POS. Obtenido el 1 de diciembre de 2015 en <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/ABC%20de%20la%20Unificaci%C3%B3n%20del%20POS.aspx>
27. MOLINA, Gloria; RAMIREZ, Andrés; RUIZ, Adriana. Tensiones en las decisiones en Salud Pública en el sistema de salud colombiano: el bien común en confrontaciones con los intereses y prácticas particulares. Pulso y letra editores, Universidad de Antioquia, Colciencias. 2014. Medellín, Colombia.
28. OROZCO, Julio Mario. Capítulo 2. Antecedentes del sistema general de seguridad social en salud. En: Caracterización del mercado del aseguramiento en salud para el régimen contributivo en Colombia. Obtenido

el 8 de octubre de 2015 en <http://www.eumed.net/libros-gratis/2008b/386/Antecedentes%20del%20Sistema%20General%20de%20Seguridad%20Social%20en%20Salud.htm>

29. PEDRAZA, Zandra. La disposición del gobierno de la vida: acercamiento a la práctica biopolítica en Colombia. En: Revista de Estudios Sociales No. 43. Agosto 2012. Bogotá, Colombia.
30. RESTREPO, María Elena. Biopolítica: elementos para un análisis crítico sobre la salud mental pública en la Colombia contemporánea. En: Revista Gerencia Políticas en Salud, 11 (23): 39-55. Julio-diciembre 2012. Bogotá, Colombia.
31. REUNIÓN DE JEFES DE ESTADO AMERICANOS. Declaración de los presidentes de América. Punta del Este, Uruguay, 12 al 14 de abril de 1967. Obtenido el 16 de junio de 2013 en <http://www.summit-americas.org/declaracion%20presidentes-1967-span.htm>
32. REVISTA DINERO (21 agosto 2013). La Ley 100. Obtenido el 8 de octubre de 2015 en <http://www.dinero.com/edicion-impres/a/caratula/articulo/la-ley-100/182427>
33. REVISTA SEMANA (14 julio 2012). Remedios para el sistema de salud. Obtenido el 19 de mayo de 2014 en <http://www.semana.com/nacion/remedios-para-sistema-salud/180758-3.aspx>
34. RIBEIRO DE MORAES, Danielle. Resenha de: CASTIEL, LD. SANZ-VALERO, J. VASCONCELLOS-SILVA, PR. Das Loucuras da Razão ao Sexo dos Anjos: Biopolítica, Hiperprevenção, Produtividade Científica. Editora Fiocruz. 2011. Rio de Janeiro, Brasil. 188 pp. Em: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28 (4): 811-812. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz Abril 2012. Rio de Janeiro, Brasil.
35. SANTA MARÍA, Mauricio. Los 15 años de la Ley 100. En: Diario El Espectador (17 agosto 2008). Obtenido el 8 de octubre de 2015 en <http://www.elespectador.com/impreso/negocios/articuloimpreso-los-15-anos-de-ley-100>
36. VENTURA, Miriam; SIMAS, Luciana; PEPE, Vera Lúcia; SCHRAMM, Roland. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. Em: Physis, Revista de Saúde Coletiva, 20 [1]: 77-100. 2010. Rio de Janeiro, Brasil.