



CÉSAR ALBERTO PAZO FERNÁNDEZ

Magister en Desarrollo. Docente escuela de Ciencias de la Salud- Universidad Nacional Abierta y a Distancia. Grupo de investigación Bioinnova, Medellín, Colombia.

Correo electrónico: Cesaralberto.pazo@gmail.com,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2634-9246>



EL CONCEPTO DE BIENESTAR DESDE LA PERSPECTIVA DEL PERSONAL MÉDICO ASISTENCIAL DE MEDELLÍN

THE CONCEPT OF WELLBEING FROM THE PERSPECTIVE OF
MEDICAL PERSONNEL IN MEDELLÍN

CÉSAR ALBERTO PAZO FERNÁNDEZ

Recibido 14 de abril de 2020
Aceptado 31 de mayo de 2020

RESUMEN

En el presente artículo es analizado el uso del concepto de bienestar en médicos de distintas instituciones de salud de Medellín a partir de la investigación titulada "Neoliberalismo y sistema de salud en Colombia. Discurso de bienestar en las Empresas Promotoras de Salud en Medellín, 2012-2018". De acuerdo con el tema de trabajo, el capítulo del que deriva este artículo tuvo como pretensión visibilizar las expresiones de uso del discurso de bienestar en la prestación de los servicios de las Empresas Promotoras de Salud. Se implementó una hermenéutica apoyada en el Análisis Crítico del Discurso que hizo posible identificar el uso de conceptos

como salud, bienestar e igualdad para justificar la existencia de los actores privados en el sistema de salud colombiano. Dentro de las narrativas es posible evidenciar la percepción del detrimento de las condiciones laborales generadas del actual modelo sanitario, así como la coaptación de la autonomía y la ética profesional en función de los intereses financieros de las empresas aseguradoras. A pesar de esto, persiste la idea generalizada de que es necesario un actor externo que gestione el acceso a los servicios médicos. Sin embargo, dicho actor, no es percibido ni aceptado desde la posición Estatal, debido al desprestigio hacia la público como interventor eficiente de las necesidades sociales, sino desde la figura privada, en donde el acceso a los servicios médicos de calidad está determinado en buena parte por las capacidades económicas de los usuarios.

PALABRAS CLAVE:

Bienestar, Sistemas de salud, discurso, neoliberalismo.

ABSTRACT

This article analyzes the use of the concept of well-being among physicians from different health institutions in Medellín. The analysis is based on the research study entitled "Neoliberalism and the health system in Colombia. Wellness discourse in the Health Promoting Companies in Medellin, 2012-2018". In accordance with the topic of the study, the chapter from which this article derives intended

to make visible the expressions of the use of the wellbeing discourse in the provision of services by the Health Promoting Companies (Empresas Promotoras de Salud). A hermeneutic approach supported by Critical Discourse Analysis was implemented to identify the use of concepts such as health, welfare and equality. This allowed the justification of the existence of private actors in the Colombian health system. It is possible to evidence the perception of the detriment of working conditions generated by the current healthcare model within the narratives, as well as the coaptation of autonomy and professional ethics according to the financial interests of insurance companies. Despite this, there is still a widespread belief that there is a need for an external actor to manage the access to medical services. However, due to the discrediting of the public sector as an efficient intervener of social needs, this actor is not perceived or accepted at State level. Instead, the private sector is accepted, but it also implies that access to quality medical services is largely determined by the economic capacities of the users.

KEYWORDS:

Welfare, Health systems, discourse, neoliberalism.

INTRODUCCIÓN

El auge del pensamiento neoliberal y las crisis económicas de los años ochenta trazaron un nuevo esquema triangular para la salud en Colombia. Así, la relación entre el Estado y los prestadores de salud ha resultado mediada por instituciones privadas encargadas del aseguramiento de la población y la gestión de los recursos financieros denominadas desde el marco normativo como Empresas Promotoras de Salud –EPS– (De currea-Lugo, 2003). Dichas instituciones existen con el fin de garantizar mejores condiciones de bienestar y vida digna de las personas, a través de un aseguramiento universal que le permita a toda la población el acceso a los servicios bajo condiciones de igualdad, eficiencia y solidaridad. Son precisamente estos principios rectores del sistema los que justifican en gran parte el poderío actual de los actores privados sobre la oferta pública en el contexto colombiano. Las EPS son consideradas actores institucionales del discurso porque es a través de ellas que los fines Estatales del bienestar son canalizados a la sociedad. Además, porque en el ejercicio misional que persiguen se constituyen como estructurantes y determinantes de nuevas racionalidades colectivas que a su vez devienen en prácticas sociales relacionadas a la naturalización de problemas de desigualdad e inequidad propias de los demás actores del sistema.

Bajo esta contextualización, autores como Fairclough (1989, 2001) y van Dijk (2002), describen los discursos como expresiones del lenguaje hablado o escrito que de acuerdo al contexto histórico en el que se sitúan son constitutivos y configuradores de lo social. De ese modo, cuando son analizados desde una perspectiva crítica, representan una técnica de investigación y una teoría social que, a través de categorías analíticas como el poder y el control, estudia las formas en que son practicadas y reproducidas estrategias de dominación que generan desigualdad social. A partir de este fundamento epistemológico, fue desarrollada la investigación del autor, titulada 'Neoliberalismo y sistema de salud en

Colombia. Discurso de bienestar en las Empresas Promotoras de Salud en Medellín, 2012-2018' que en su capítulo dos pretende visibilizar las expresiones de uso del discurso de bienestar en la prestación de los servicios de las Empresas Promotoras de Salud. A partir de ese apartado es desarrollado el presente artículo.

Una de las dimensiones de indagación que comprende el Análisis Crítico del Discurso –ACD– corresponde a los contextos institucionales que reproducen, a través de la acción, expresiones del lenguaje que se convierten en una práctica social (van Dijk, 1998, 1999). Dichas prácticas son el resultado de un escenario macro discursivo que involucra, en el ámbito de la salud, los giros conceptuales y lineamientos económicos y políticos que sentaron las bases para las estructuras institucionales actuales. De ese modo, la reconceptualización de la salud por parte de la OMS en (1948), sumado a la seguridad social como Derecho Fundamental, abrieron un nuevo panorama a una serie de relaciones de dependencia entre el Estado y la sociedad, en donde la salud, como elemento básico para el bienestar, estaba determinada por las acciones que las instituciones de gobierno pudieran desplegar en favor de los individuos.

La complejidad particular de las prácticas discursivas de las EPS subyace en que el canal principal a través del cual se filtran los discursos hacia la sociedad no es propiamente a través de las voces y acciones de sus propietarios sino a través, del actuar diario del personal asistencial, como médicos y enfermeras que ponen en jaque lo ético y el deber ser profesional versus el deber ser institucional. Lo cual es determinante no solo de gran parte del mercado laboral, sino de la oferta de servicios del sector salud en Colombia. En ese sentido, este artículo, pretende analizar desde la mirada de los médicos, elementos narrativos que evidencian las prácticas discursivas de las EPS con relación a asuntos como el bienestar, la salud, la privatización, la igualdad y el Estado.

METODOLOGÍA

La investigación fue de tipo cualitativo, partiendo del enfoque hermenéutico-crítico usando como estrategia el Análisis Crítico del Discurso, que como se mencionó anteriormente, permite analizar el lenguaje con relación a la práctica y reproducción de mecanismos de poder y control social. De este modo fueron entrevistados 7 médicos de distintas instituciones de salud de Medellín seleccionados mediante un muestreo intencionado por pertenecer a procesos asistenciales diversos.

Dentro de las estrategias de análisis, fueron usados los aportes metodológicos de Wodak & Meyer (2003) y Fairclough (2003). Así, han sido agrupados en distintas categorías algunos conceptos que permiten identificar la línea discursiva desde la esfera de lo político hacia la institucional y social. De esa manera, el uso de conceptos y definiciones usados por el personal médico ofrece un panorama de cómo el uso del lenguaje institucional, cala la racionalidad colectiva para justificar y legitimar prácticas de poder, privatización y fragmentación de lo social a través de las determinaciones económicas que están soportadas mediante el bienestar social y universal que impulsaron la minimización del Estado. Así, la entrevista como instrumento de investigación de este apartado, ha estado encaminada en los lineamientos que fueron seleccionados cuidando la línea general de la investigación, pero permitiendo obtener una mirada particular del ámbito institucional. De este modo, fueron indagados aspectos como la idea de bienestar, la experiencia en el sistema de salud y las posturas a favor y en contra con el papel de las EPS en la actualidad.

La investigación, aunque es de carácter social y no médico, fue realizada acorde a los principios éticos de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia que deben respetarse al realizar la investigación en seres humanos. Cumpliendo adicionalmente, con los requisitos legales que se tienen establecidos a nivel nacional, como es el caso de la resolución 8430 de 1993 que reglamenta el uso del consentimiento informado (MINSALUD, 1993). Tal requisito, fue dado a conocer a los participantes, el cual fue

leído y explicado por el entrevistador de forma que sea comprendido en su totalidad y sea firmado antes de comenzar el estudio. Asumiendo el compromiso de que la información recolectada respetaría el anonimato y confidencialidad de los entrevistados.

De acuerdo con estos elementos, fue posible rastrear conceptos que dan cuenta de la representación positiva y negativa que cada uno de los actores hace para justificar su participación en el sector salud y su interrelación con los demás actores. A continuación, serán descritas las pluralidades discursivas investigadas, al igual que los elementos de trasfondo que se esconden en las idealizaciones del discurso que de manera particular es expresado por los sujetos pertenecientes al gremio médico en Medellín.

RESULTADOS

El bienestar desde la mirada médica

Hablar de bienestar desde las instituciones de salud, principalmente desde el personal de la salud, conlleva dos aspectos que, si bien pueden inicialmente parecer contradictorios, permiten identificar una línea discursiva que en sí misma trasciende el pensamiento institucional y lo ancla al contexto histórico sobre el cual se ha constituido. Por un lado, la visión institucional del bienestar sirve de argumento para justificar la necesidad social de un actor en disposición de proveerlo o al menos procurarlo. Incluso, cuando la disposición para el desempeño de este papel determinante en la salud esté mediado por su participación como agente económico del mercado, que debe ser rentable, competitivo y sostenible. Por otro lado, la visión que puede tener el profesional médico sobre el bienestar podría pensarse que está determinada por aspectos como la vocación de servicio social, el cuidado por la vida humana y el deseo de aportar a la construcción de sociedades más saludables.

A pesar de lo anterior, la forma de pensar el bienestar por parte de los profesionales médicos, principalmente aquellos que han hecho parte de esta investigación, reflejan en buen modo la lógica institucional de los procesos políticos y económicos de la segunda mitad del siglo XX (Suarez, 2003). Las cuales determinan y legitiman los mecanismos de intervención y manejo social de aquello que se consideraba bueno y necesario para la salud, el bienestar y el desarrollo. De esta manera, la salud como un estado de bienestar, es concebida como un resultado de las acciones institucionales hacia los individuos más allá de ser parte de aspectos que el individuo en su autogestión puede lograr y, que de alguna manera, contradicen la definición del bienestar entendido como las capacidades y potencialidades planteadas por autores como Sen (1997,2000) en su enfoque de Desarrollo humano. Otro elemento importante, es que el bienestar desde la práctica discursiva institucional está determinado por otras condiciones que lo favorecen o limitan y que para efectos de este análisis han sido identificados como códigos, tales como la calidad de vida, el contexto institucional, el clima laboral, o los determinantes sociales de la salud y que son analizados uno a uno a continuación.

El primer código que conforma la categoría del bienestar, es la idea de bienestar en sí misma. Ha sido indagada desde la mirada personal de los participantes con el fin de contrastar posteriormente con el contexto institucional y la relación que esta tiene con la salud. De ese modo fueron expresadas definiciones como: "...Yo entiendo por bienestar las condiciones en las que una persona se puede sentir. Digamos, ciertas experiencias positivas que ayudan a potenciar su estado de sentirse cómodo en el entorno en que se desarrolla" (Médico urgentólogo, Comunicación personal, junio de 2019).

Desde esta perspectiva, es posible identificar el bienestar asociado al contexto en el que los individuos habitan. Es decir, el bienestar no precisamente es el resultado de una elección individual que conducen a la sensación de satisfacción, sino que está determinado por factores externos que lo propician. Así, las experiencias positivas y el sentirse cómodo son

producto de las condiciones en que se entretajan los lazos sociales y los aspectos materiales tales como la capacidad económica, la vivienda, la alimentación, los servicios públicos y todo aquello que desde la garantía mínima de las necesidades básicas permita percibir el mundo desde una mirada valorativa.

A pesar de eso, las respuestas expresadas respecto a qué se entiende por bienestar, no surgen precisamente desde un enfoque materialista y economicista. Pues queda claro que lo que buscan estos elementos en su conjunto es generar efectos internos en los individuos que planteen una postura satisfactoria ante la vida tal y cómo es vivida. Sin embargo, sí se manifiestan de manera implícita aspectos que como sociedad han llevado a pensar y repensar el desarrollo desde distintos enfoques. Por un lado, la mirada económica que orienta la necesidad de solventar aspectos como el empleo remunerado y las condiciones de vivienda. Pero por el otro lado, el enfoque humano que responde al ¿para qué? de la importancia de esos aspectos económicos, y la relevancia que adquieren para la garantía de la calidad de vida en entornos sociales y económicos como el de Colombia.

Así mismo, la forma de pensar el bienestar refleja no solo el modo en el que surgen los enfoques del desarrollo humano y económico, sino que además reflejan las formas en las que las ideas clásicas del desarrollo en sí mismas permean las formas de pensar el bienestar. Como lo expresa Dubois (2014) la forma de pensar el bienestar es determinante a la hora de pensar en el modelo económico y social que se quiere alcanzar. Principalmente cuando esto ha estado enmarcado bajo relaciones de interdependencia establecidas por las sociedades ricas de occidente cuya idea de bienestar ha sido hegemónica para el resto del mundo. Ante esto, y siguiendo la idea de Dubois, el término desarrollo ha quedado encasillado en una connotación economicista que ha llevado a que las mismas formas de medirlo sean a través de indicadores macroeconómicos que no reflejan la realidad particular de las comunidades. Como resistencia a ese enfoque del desarrollo, el concepto de bienestar ha ido fortaleciéndose como una idea más amplia que para cada sociedad define lo que es necesario para estar bien.

Adicional a lo anterior, la interdependencia que se refleja en las formas de pensar y definir el bienestar, obliga a analizarlo desde otras aristas que influyen en él más allá de lo personal. Las instituciones juegan un papel fundamental en las dependencias y determinaciones claves para aquello que es socialmente demandado y percibido como necesario (Valdés, 1991). Cuando los sujetos expresan que las personas deben estar sanas, educadas y tener trabajo ¿de qué manera puede ser esto logrado por la acción individual de cada sujeto? Una vez más, la idea del bienestar establece y legitima un acuerdo social para la permanencia de actores que proveen tales elementos satisfactorios, aun cuando dicha provisión está determinada bajo reglas de juego principalmente económicas que limitan el alcance de muchos a esos satisfactores. A pesar de que la idea social y política del bienestar representa una connotación positiva de futuro y un compromiso social y personal, las definiciones, al menos por parte de los profesionales entrevistados reflejan correspondencias discursivas en las que prevalece la necesidad de un actor externo, controlador y superior para la provisión y determinación de los factores necesarios para estar bien individual y colectivamente.

El segundo código hace referencia a la calidad de vida. Aquí empiezan las contradicciones respecto a ¿cuál es la idea de bienestar que el sistema materializa en los usuarios? Si previamente era descrita la salud como un asunto multidimensional en el que además de las condiciones físicas también intervienen aspectos mentales y sociales, entonces, las acciones aplicadas en el marco de la asistencia médica deberían orientarse a la satisfacción o maximización de estas condiciones. De este modo, contribuir a la formación de sujetos más autónomos y socialmente sanos cuya mejora en las condiciones de vida sean la principal justificación para el nuevo orden administrativo del sector salud. Contrario a esto, la estructura actual del sistema y los reprocesos para la autorización de servicios suscitaron las siguientes apreciaciones:

[...] Nuestro sistema de salud está teniendo en este momento muchas carencias, entonces los pacientes muchas veces vienen angustiados, que eso es una forma de alteración de bienestar psicológico porque no han podido conseguir su cita con la EPS o vienen quejándose por la dificultad para acceder al médico (Médico dermatólogo, comunicación personal, julio de 2019).

Desde la perspectiva médica, el detrimento a la calidad de vida de los pacientes está ligado directamente a la estructura administrativa del sistema para el manejo de los recursos. Las experiencias positivas que devienen del acceso a los servicios, de la promoción de la salud y estrategias de prevención de la enfermedad, son obstaculizadas por las trabas para el alcance de las mismas. Estas implican deterioro físico, estrés psicológico y temor por el detrimento de las condiciones de salud que entre trámite y trámite aumentan la brecha para el alcance del anhelado bienestar.

El papel de las instituciones de salud en el bienestar

Las EPS en su papel de intermediarias, deben procurar a los usuarios el acceso al plan de beneficios en salud. Incluso cuando no son prestadoras directas del servicio cumplen un papel de gestoras de los procedimientos médicos ordenados por los prestadores y de la asignación de los recursos financieros para su ejecución. Adicionalmente, con los recursos destinados por el Estado para cada usuario, las EPS deben garantizar su propia sostenibilidad económica producto de los gastos de administración descontados del dinero girado para el aseguramiento de cada afiliado. En ese sentido, surgen, por un lado, los procesos y reprocesos administrativos derivados de la evaluación de pertinencia para la autorización de cada servicio médico, y por otro lado, las negaciones constantes de servicios con el fin de reducir el gasto y captar mayores ganancias.

Las víctimas directas de estos procesos administrativos del sistema son los pacientes en general, que entre cada reproceso ven dilatado el acceso a servicios con el temor constante de los perjuicios que esto pueda causar

en su salud, su vida y sus dinámicas sociales (Velez, 2007). Sobre todo, cuando la lucha por el acceso a la atención está enmarcada bajo un modelo estatal que la reconoce como derecho y que en una visión reduccionista de la salud no logra garantizar ni siquiera la atención médica de calidad. Igualmente, los mismos médicos, con una perspectiva de impotencia se ven obligados a observar desde una posición de empleados, la limitación al ejercicio de su profesión condicionada por las reglas de juego que defienden el interés económico de las aseguradoras (Gañan, 2013). De este modo, la ética médica, la defensa por la vida, y la búsqueda de mejores condiciones de vida a sus pacientes, resulta coaptada a disposición de los actores imperantes, reproduciendo así la imposición del interés particular sobre el colectivo. Este tipo de dificultades emerge, en el marco de códigos como las barreras de acceso y la limitación a la autonomía profesional de los médicos.

[...] Tengo que cuadrar la consulta con base en la patología del paciente. Yo considero que no solamente los usuarios están siendo mal atendidos, sino que también los médicos de una u otra forma están afectados e incluso tienen demandadas las EPS para las que trabajaban porque les deben muchos millones (Médico programa del adulto mayor, comunicación personal, mayo de 2019).

La coaptación de la profesión médica al servicio de las reglas de juego de un modelo neoliberal en salud, no solo se evidencia a través de las trabas administrativas para la autorización de los procedimientos a los pacientes. El mismo modelo de consulta y las condiciones laborales del personal asistencial reflejan el detrimento de la calidad de vida de quienes se dedican a esta labor en Colombia. Uno de los elementos que intervienen en la calidad de la atención es la temporalidad debido a que con el fin de acaparar un mayor número de consultas por hora y por día, la duración de la atención médica, al menos en los servicios de consulta externa oscila entre los 10 y 20 minutos, que deben distribuirse entre el diálogo con el paciente, sistematización de información, examen físico y descripción del proceso a

seguir para el manejo de sus necesidades. Esto lleva al cuestionamiento en torno a la forma de interpretar la resolución 5261 de 1994 (MINSALUD, 1994), que establece que la duración de la consulta médica general no debe ser inferior a 20 minutos. No obstante, este requisito normativo no es aplicado como un tiempo mínimo sino como un tiempo máximo por parte de las EPS e IPS con el fin de aumentar el volumen de pacientes atendidos por hora. Aun cuando esto puede ir en detrimento de la calidad de la atención.

Así mismo, la censura a la libertad profesional se refleja en la reducción del médico a un rol de “remitente” en donde sus funciones dentro de la institución se limitan a la de remitir pacientes a niveles mayores de complejidad ante la subvaloración de sus capacidades para la intervención directa de muchas de las patologías tratadas. Esto es el inicio de una especie de bola de nieve que acumula congestión y retraso en las citas a especialistas, demoras en los exámenes diagnósticos y aumento de usuarios a la espera de autorizaciones médicas que dificulta la atención oportuna de los problemas de salud por los cuales las personas consultan inicialmente (Pinto, 2014).

El resultado de esto va más allá de la pérdida de tiempo y complicaciones en la salud de los pacientes; es un juego directo con la posibilidad de vivir una vida larga y saludable mediante la atención y prevención de problemas que en muchos casos pueden ser atendidos con los elementos de los cuales dispone el sistema. Sin embargo, las fallas administrativas y la defensa por la acumulación económica constante de las instituciones aseguradoras han sumado desde sus inicios complicaciones y muertes que en un contexto real de solidaridad y equidad habrían sido evitadas con los recursos disponibles.

[...] Son pacientes que de todas maneras están perdiendo tiempo y salud. Muchos de los pacientes que yo remitía para otras instituciones, cuando les aprobaban las remisiones, ya estaban muertos (Medico programa del adulto mayor, comunicación personal, mayo de 2019).

Paradójicamente, la salud en Colombia como derecho y como negocio, ha sido principalmente intervenida desde un enfoque de atención de la enfermedad (o sea su etapa más costosa) en lugar de un enfoque de promoción de la salud. Así, la salud, como derecho, está relegada exclusivamente a la atención médica, al servicio asistencial, al diagnóstico y la recuperación. Dejando de lado otros elementos que subyacen en la base social como las condiciones en las que vive y crece la gente, los cuales, de ser abordados adecuadamente, favorecería la reducción de la morbilidad y mortalidad. Así como la demanda, el congestionamiento y los costos del sistema, al trabajar por la salud desde una perspectiva más amplia que intervenga en el abanico de determinantes que influyen en las condiciones de bienestar de la gente.

La defensa al modelo actual

A pesar de las posiciones en contra y cuestionamientos por parte de los médicos respecto al funcionamiento actual del sistema de salud. Algunos argumentos emergen en defensa del actual modelo que sirven de justificante para su permanencia dentro de la estructura sanitaria.

[...] ¿Pero cuando un paciente del SISBEN colombiano podía ser atendido en una de esas clínicas antes de que existiera esa ley? Ahora es posible ver gente de sectores social bajos atendidos en clínicas importantes de la ciudad, garantizando buena hotelaría, pero sobre todo una atención médica (Médico docente, comunicación personal, julio de 2019).

Uno de los argumentos de defensa más comunes surge de la contrastación con el sistema anterior. Es importante recordar que previo a la reforma hacia la Ley 100 de 1993 (Colombia, 1993), el porcentaje de personas aseguradas en el país era de alrededor del 28% correspondiente a la clase obrera principalmente. El resto de la población era atendida mediante hospitales de caridad o financiada con recursos propios o

donaciones. Posteriormente, a partir de la reforma de la Ley 100 y las modificaciones posteriores, el aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud, facilitó la ampliación de la cobertura a las personas que residían en zona alejadas del país o que por sus condiciones socioeconómicas no contaban con recursos para el pago de las cotizaciones a las empresas aseguradoras. De este modo, actualmente la principal defensa al sistema es el aseguramiento de gran parte de la población en alguno de los regímenes (contributivo y subsidiado) y la unificación de los planes de beneficio que permite a todos los usuarios el acceso al mismo plan de beneficios en Salud.

No obstante, hay aspectos que es importante considerar respecto a esta postura. El primero, es la consideración de que las personas pobres ahora puedan contar con acceso a buenos servicios de salud al igual que lo hacen las personas con capacidad de pago. Esta es una manifestación discursiva propia del pensamiento neoliberal; y radica en la racionalidad de que solo los que pueden pagar deberían ser merecedores de estos beneficios y que además, el acceso a la asistencia médica naturalmente no debería ser visto como un asunto que le competa a toda la población sin ningún tipo de discriminación como parte de las responsabilidades del Estado.

El segundo aspecto a considerar radica en la idea de que, si hoy es posible acceder a servicios de salud sin importar la condición socioeconómica, esto se debe al papel desempeñado por los actores privados que intervienen en la administración del sistema. Lo cual cierra la posibilidad a pensar alternativas que hubieran garantizado la misma cobertura sin tener que convertir la salud en un elemento del mercado, sobre todo cuando los recursos con los cuales se ha tenido ese logro son provenientes de los aportes públicos.

El tercer aspecto corresponde a la idea de igualdad, y este es quizá el principal elemento de los médicos en defensa del actual sistema. Hace referencia a que, en el ejercicio de su profesión, las personas son tratadas sin ningún tipo de discriminación económica, accediendo al mismo plan

de beneficios, lo cual sin duda es bueno. Sin embargo ¿Cuál es el punto máximo de esta idea de igualdad? actualmente las personas tienen acceso a un nivel de igualdad en los aspectos básicos, en los mínimos posibles que corresponden al plan de aseguramiento ofrecido por las EPS a través de una red de prestadores. Pero el mercado de la salud ha logrado ir más allá, ofreciendo acceso a niveles con mejor servicio científico y hotelero, con mayor inmediatez y oportunidad para aquellas personas cuya capacidad adquisitiva les permite hacer pagos extra por pólizas o planes de medicina prepagada financiadas con recursos propios de los contribuyentes, generando así una nueva brecha social que fragmenta el acceso a servicios bajo determinaciones económicas entre aquellos que pueden pagar y aquellos que no.

Estructuras de desigualdad emergentes

El principio de igualdad bajo el cual se rige el actual sistema y que ha sido uno de los principales argumentos para su defensa y continuidad, alude a que actualmente todas las personas afiliadas al SGSSS independiente del régimen al que pertenezcan, cuentan con los mismos derechos y beneficios para el acceso a la atención médica. Esto en teoría es cierto, sobre todo después de que en el año 2012 el Gobierno Nacional reglamentará la unificación de los planes de beneficio y fuera eliminada la diferencia entre EPS del régimen contributivo y las del régimen subsidiado. Sin embargo, la defendida idea de igualdad está garantizada o reglamentada por los mínimos, o sea, el aseguramiento a un plan de derechos básicos que debe ser garantizado a todos por igual. Pero también, ante las mismas fallas administrativas que pone el sistema, han surgido beneficios que superan el mínimo, que se convierten en máximos y que están reservados principalmente para los sectores sociales más capaces. Dentro de estos máximos se evidencian los planes complementarios de medicina prepagada y las pólizas de salud que surgen como una alternativa más rápida, oportuna y diversa que le permite a los afiliados superar con mayor facilidad las trabas y reprocesos puestos por el sistema tradicionalmente aunque a mayor costo económico.

En ese sentido, aquellos usuarios con capacidad de costear este tipo de planes tienen posibilidad de acceder, por ejemplo, a habitaciones individuales, citas con especialista de manera directa, mayor cobertura de medicamentos, y acceso a una mayor red prestadora de servicios. Así, los máximos son beneficios a los que por su alto costo o facilidad de acceso solo pueden acceder aquellas personas con gran capacidad de pago, determinando una diferencia sustancial en el bienestar que el sistema de salud proporciona en función de las clases sociales (Lozano et al., 2003). Adicionalmente, el problema principal radica en que tales servicios, no son ofertados propiamente por actores externos al sistema, tampoco es un servicio particular al que se puede acceder de manera paralela al proceso médico dentro de cada IPS, sino que hace parte de la oferta que las mismas EPS hacen a los usuarios para que estos logren sortear de manera más efectiva las barreras que el mismo sistema traza para el acceso a los derechos correspondientes al plan de beneficios.

De este modo, muchos de los beneficios que los usuarios de las empresas de medicina prepagada logran obtener de manera rápida, devienen de la ocupación de agendas que estaban destinadas a los demás usuarios del sistema. Generando así, mayores demoras en la atención, largos tiempos en asignación de citas con especialistas, menor disponibilidad de camas, mayores tiempos de espera que complican patologías y menor oferta institucional ante el auge de clínicas que solo contratan servicios de medicina prepagada. Finalmente, deviene un mayor deterioro en la calidad de vida y muertes por problemas que pudieron ser evitados de haber sido atendidos de manera oportuna. En ese sentido, el panorama de igualdad defendido por el Sistema de Salud se desvanece ante las garantías de un bienestar institucionalizado solo para aquellos segmentos de la población con condiciones económicas que les permiten acceder a las mejores ofertas del mercado.

Cobertura universal y acceso restringido

[...] Indudablemente con la ley 100 aumentó la cobertura. Pero tener un carnet no significa tener acceso al sistema de salud, puede tener un carné y que al llegar a la IPS no lo atiendan (Medico dermatólogo, comunicación personal, julio de 2019).

Como se alcanzó a mencionar previamente, uno de los aspectos en lo que se justifica el actual sistema de salud corresponde a las cifras de cobertura universal alcanzadas respecto al modelo anterior. Principalmente, porque en el documento para la reforma a los sistemas de salud en América Latina, emitido por el Banco Mundial en 1987 (Banco Mundial, 1987), hacía referencia a que la delegación de la prestación de servicios a un sector privado podría garantizar mejores indicadores de bienestar social al ampliar el aseguramiento. Esto es parcialmente cierto, principalmente en el hecho de que actualmente alrededor del 95% de la población está afiliada a alguna de las EPS que funciona en el país (MINSALUD, 2018).

No obstante, la defensa por la cobertura motiva al cuestionamiento respecto a ¿qué clase de bienestar es el que se ha logrado? sobre todo cuando el problema por el acceso oportuno a los servicios ha sido un tema de debate político constante ante la vulneración a los Derechos a la salud, la integridad y la vida de la que han sido víctimas los usuarios desde la entrada en vigor de la norma. Según el Ministerio de Salud, las tres razones de base que problematizan la accesibilidad en Colombia fueron: Primero, que el modelo de prestación de servicios de servicios se orientó en resolver principalmente las situaciones de alta complejidad. Segundo, el aseguramiento enfatizó principalmente en el manejo financiero en lugar de la gestión de riesgos en salud. Tercero, la poca capacidad resolutoria en procedimientos que requerían entornos de alta tecnología y complejidad, principalmente en las zonas apartadas de las grandes urbes (MINSALUD, 2013).

Una de las razones que dificulta el acceso oportuno a los servicios, proviene del tipo de convenio que tienen permitido establecer las EPS para

la atención de usuarios de un régimen u otro. Por ejemplo, las aseguradoras que tienen más usuarios del régimen subsidiado tienen convenios con IPS más limitados, ya que, por norma, el 60% de la contratación debe realizarse con la Empresa Social del Estado de la ciudad en la que tiene sede, las cuales en la mayoría de los casos son instituciones de primer y segundo nivel de complejidad. Por otro lado, aquellas que cuentan con más usuarios del régimen contributivo, establecen alianzas con un abanico más amplio de prestadores, que en su mayoría pueden ser del tercer nivel de complejidad. Esto, es uno de los aspectos que contribuye a que en las instituciones de salud donde son atendidos principalmente personas de condiciones económicas desfavorables, se presenten mayor número de complicaciones y muertes por enfermedades prevenibles que no lograron ser atendidas por la congestión de los centros asistenciales.

Así mismo, ¿Que ocurre con aquellas personas alejadas de los principales centros urbanos que cuentan con afiliación pero no con centros de salud cercanos? al igual que la población rural no asegurada en el modelo anterior a la reforma, el sistema actual ha ofrecido una cobertura virtual a los usuarios de zonas apartadas, sin ningún tipo de garantía de acceso a servicios, ni siquiera de primer nivel de atención. Esto, solo para ejemplificar que el aseguramiento como uno de los argumentos del sistema actual para la garantía del bienestar social, queda deslegitimado al contrastarse con las condiciones reales para la reducción de brechas sociales y acceso a atención médica sin ningún tipo de barreras.

CONCLUSIONES

A través de las narrativas del personal médico es posible evidenciar cómo el pensamiento neoliberal a través del uso del bienestar como bandera de su discurso, se ha materializado a través de las EPS como actores principales de la salud en Colombia. La particularidad en este caso es que, a través de los entrevistados, fue posible evidenciar en sus narrativas la

necesidad prevalente de un actor externo que controla y provisiona los elementos necesarios para lo que significa estar bien. Sin embargo, dicho actor, no es percibido ni aceptado desde la posición estatal, debido al desprestigio hacia la publicó como interventor eficiente de necesidades, sino desde la figura privada, en donde la competencia implica una lucha para el acaparamiento de mercado en el que la calidad de los servicios implica la estrategia fundamental para su posicionamiento.

A pesar del reconocimiento de las fallas administrativas del sistema y del detrimento al ejercicio de la profesión médica, subyace una especie de cooptación del personal asistencial al servicio de las instituciones. Esto se refleja en que ante el reconocimiento de la función social y el compromiso ético que se tiene como médicos, persiste una conciencia generalizada de aceptación de las condiciones laborales y la necesidad de contribuir con la necesidad financiera de la empresa. Aun cuando las decisiones respecto al tratamiento de las enfermedades, vaya en perjuicio de las capacidades físicas y mentales de los pacientes y el deterioro de su calidad de vida.

Otra de las posturas asumidas por los médicos en las que fue posible evidenciar el pensamiento neoliberal, es la defensa del sistema de salud actual al ser contrastado con el modelo anterior. En este componente, el principal logro ha sido la posibilidad de las personas pobres de acceder a los servicios médicos de mediana y alta complejidad, al igual que un plan de beneficios en las mismas condiciones que la clase trabajadora o cotizante. El componente discursivo que vale la pena destacar en este argumento, recae en la idealización de que eso esto ha sido posible gracias a la intervención de los actores privados en la salud. Es decir, reafirma que las fallas anteriores eran producto de la alta participación del Estado en los asuntos públicos y que de otra manera no habría sido posible un escenario incluyente sin considerar la privatización. Esto permite evidenciar que la forma de pensar la salud, incluso por parte del mismo personal asistencial, legitima la participación de las EPS como factor importante del bienestar, incluso con las fallas identificadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Banco Mundial. (1987). El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo: una agenda para la reforma. Washington.
- Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. (1993).
- De Currea-Lugo, V. (2010). Salud y Neoliberalismo (Primera Ed). Bogotá, Colombia: Universidad del Bosque.
- Dubois Migoya, A. (2014). Marco teórico y metodológico del Desarrollo Humano Local. Bilbao: Hegoa.
- Fairclough N. (1989). Language and Power. Londres, Longman.1989.
- Fairclough, N. (2001). El análisis crítico del discurso como método para la investigación en ciencias sociales. En Ruth Wodak & Michael Meyer, Metodos de Analisis Critico del Discurso. P. 179-204.
- Fairclough, N. (2003). Analysing Discourse: Textual Analysis for Social Research (Primera). New York: Taylor & Francis e-Library.
- Lozano, J., Lozano, A., & Lozano, Dd. (2003). Diferenciación en la prestación de servicios de medicina prepagada y plan obligatorio de salud-POS. Estudios Gerenciales, 19, 97–152.
- Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, (1993).
- Ministerio de Salud. (2013). Estudio sobre el modo de gestionar la salud en Colombia. Bogotá.

- Ministerio de salud. (1994). RESOLUCION NUMERO 5261 DE 1994. Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Sistema de Evaluación y Calificación de Actores: Ranking de Satisfacción EPS 2018. Ministerio de Salud y Protección Social, (1), 29. Colombia.
- Pinto, B. (2014). La autonomía medica: Desafíos y oportunidades en el contexto de la reforma a la salud en Colombia. *Revista Médica Sanitas*, 17.
- Sen, A. (1997). *Choice welfare and measurement* (Harvard University Press, Ed.). Cambridge.
- Sen, A. (2000). El desarrollo como libertad. *Gaceta Ecológica*; 55:14-20.
- Suarez, E. (2003). Política de la salud colombiana en los modelos de desarrollo. *Investigacion en Enfermeria: Imagen y Desarrollo*, Vol. 5, pp. 29–39.
- Valdés, M. (1991). Dos aspectos en el concepto de bienestar. *DOXA*, 9, 69–89. <https://doi.org/10.14198/DOXA1991.9.03>
- van Dijk, T. A. (1998). *Ideología. Una aproximación multidisciplinaria* (Primera ed). Barcelona: Gedisa, S.A.
- Van Dijk, T. A. (1999). El análisis crítico del discurso. *Anthropos* (Barcelona), 186, 23–36.
- Van Dijk, T.A. (2002). El análisis crítico del discurso y el pensamiento social. *Athenea Digital*, 1–7. <https://doi.org/10.4067/S0718-22362014000100004>

- Velez, A. (2007). Nuevas dimensiones del concepto de salud:
El derecho a la salud en el Estado social de derecho.
Revista Hacia La Promoción de La Salud., 12(mayo
2004), 63–78. Recuperado de: [http://unicesar.
ambientalex.info/infoCT/Nuedimconsalco.pdf](http://unicesar.ambientalex.info/infoCT/Nuedimconsalco.pdf)
- Wodak, R., & Meyer, M. (2003). Metodos de Analisis Critico
del Discurso (Primera Ed). Barcelona: Gedisa, S.A.