

UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

**CONFIGURACIÓN DEL CAMPO DE CONSUMO
RELACIONADO CON LA ATENCIÓN EN SALUD EN
BOGOTÁ, 1980-2014**

Lorena Mesa Melgarejo

Universidad Nacional de Colombia
Doctorado Interfacultades en Salud Pública
Bogotá, Colombia
2018

CONFIGURACIÓN DEL CAMPO DE CONSUMO RELACIONADO CON LA ATENCIÓN EN SALUD EN BOGOTÁ, 1980-2014

Lorena Mesa Melgarejo

Tesis o trabajo de investigación presentada(o) como requisito parcial para optar al título
de:

Doctorado en Salud Pública

Directores:

MSc Juan Carlos Eslava Castañeda

Dr. Mario Hernández Álvarez

Grupo de Investigación:

Estudios Sociohistóricos de la salud y la protección social

Universidad Nacional de Colombia

Doctorado Interfacultades en Salud Pública

Bogotá, Colombia

2018

Agradecimientos

La palabra escrita es incapaz de contener mis agradecimientos, porque son inmensos, diversos y múltiples. Cada persona que me ha acompañado en este trayecto ha posibilitado esta construcción sea a través de su presencia física o de sus textos, en breve o en extenso, en el hoy y en la historia, todas ellas lo hicieron posible.

A mi familia, amigos y amigas que me he encontrado en el camino por permitirme ser y crecer. Soy su tejido.

A Colciencias, porque sin ese apoyo financiero las posibilidades se alejan de la realidad y a lo público por su condición y esencia.

Resumen

Introducción

El consumo es un asunto de la vida cotidiana desde hace muchos siglos y se presenta en interdependencia con las formas como se resuelven las necesidades humanas. En el reciente siglo XX, el consumo se ha convertido en una dimensión particularmente relevante para el incremento de la tasa de ganancia y por ende para la acumulación de capital. Sumado a esto, esta dimensión, esfera o momento de la producción general, representa una estructura central en los procesos de reproducción social. Específicamente en América Latina, con la consolidación de las políticas neoliberales en los años 90, se consolida el consumo como una actividad articuladora de la vida social, pues gran parte de las necesidades sociales pasan por ese terreno. Sin embargo, su lugar en la discusión política y teórica en salud ha sido reducido a la explicación de la demanda, del acceso, de las preferencias o, por el contrario, como escenario alienante de los sujetos. Por esto, el consumo relacionado con la salud fue el fenómeno de interés de la presente investigación; su análisis requirió considerarlo como campo, es decir, como un espacio social histórico, relacional y relativo que se construye alrededor de la salud. La exploración se enfocó en responder la pregunta por el cómo se ha configurado el consumo, a partir del análisis de discursos y prácticas relacionados con la atención en salud a la luz de las propuestas teóricas de la sociología del consumo de autores españoles.

Metodología

La propuesta de investigación siguió el enfoque sociohermenéutico, cuyo eje central es la comprensión e interpretación del efecto de los sentidos y significados que los actores sociales, a partir de su experiencia, construyen sobre el mundo en una situación concreta (Alonso, 2013). La técnica de análisis de los datos fue el análisis pragmático del texto. Se seleccionaron dos grupos de fuentes: prensa escrita y fuentes orales, obtenidas por medio de grupos de discusión y entrevistas. El análisis de los textos implicó un proceso inductivo de fragmentación, codificación, clasificación, abstracción, síntesis, relacionamiento e

interpretación de los datos empíricos recolectados, hasta llegar a categorías que posibilitaran la representación de las propiedades y atributos del fenómeno. Se contó con la aprobación del Comité de ética de investigaciones de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.

Resultados

Una respuesta a la pregunta por el cómo se ha configurado el campo consumo de la atención en salud, requirió partir de la consideración teórica del consumo como hecho social total; premisa que posibilitó la exploración y construcción de categorías relacionales que emergen a partir de la interpretación de las fuentes incluidas, sobre la satisfacción de necesidades en salud y su indisolubilidad con el proceso de producción y circulación capitalista, pues a partir de los datos puede decirse que son escasas las expresiones de modos de consumo relacionados con la atención en salud por fuera de este modo de producción.

El análisis de la configuración del campo de consumo relacionado con la atención en salud durante el periodo de estudio, muestra la trayectoria de expansión del mercado relacionado con ésta atención y su profundización con el paso de los años, con una marcada aceleración durante el inicio del actual siglo. Desde el caso de estudio, este campo permite ver las diversas y complejas relaciones entre estructuras, subjetividades y acciones que se expresan y las tensiones y conflictos que emergen.

Los elementos conceptuales que configuran el campo de consumo relacionado con la atención en salud se establecen a partir de las dos grandes categorías emergentes en este estudio: *La producción mediática de los cuerpos y las instituciones para el consumo*, y *Los marcadores simbólicos, la apropiación social y las prácticas concretas*, las cuales sintetizan la relación de la mercancía: atención de enfermedades con el capitalismo contemporáneo que va haciéndose cada vez más estrecha y expresándose con mayor contundencia en el consumo, esto por su interdependencia con el modo de producción. La relación entre producción mediática y marcadores muestra cómo aspectos estructurales de la esfera macro en el terreno del modelo económico-social se interrelacionan, se expresan y se acoplan con los procesos de subjetivación de las personas, construyendo prácticas y formas específicas de entender la salud, la enfermedad y la atención y de responder a las necesidades en salud.

El análisis de la prensa escrita permitió identificar la ideología dominante que circuló durante el periodo de estudio en relación con la salud; de manera general, ésta se asemeja a lo reportado por otros autores en espacios geográficos diferentes, como un patrón globalizado; por su parte, la comprensión sobre la apropiación y las prácticas de consumo da cuenta que el consumo relacionado con la atención en salud tiene una determinación material humana, por lo tanto, trasciende lo ideológico y no solo es un asunto de consumismo sino que se trata de una radicalización del sometimiento de la fisiología humana y del mundo de la representaciones al capital y al favorecimiento de su acumulación.

Aquello que subyace en la producción simbólica (jeroglíficos sociales) y material de cuerpos e instituciones y su apropiación/incorporación como formas cognitivas para la acción, es una expresión de la articulación de las necesidades en salud a formas globales de acumulación de capital.

Conclusiones

La configuración del campo de consumo de la atención en salud se da en medio de complejas tramas que se expresan el modo cómo este campo responde a construcciones ligadas a procesos de acumulación de capital, donde confluyen aspectos políticos, económicos, culturales y de subjetivación intensos. Conceptos como luchas políticas, rol de Estado, rol de los medios y agencias publicitarias, transformaciones subjetivas, fetichización de los dispositivos médicos, la anulación de lo público, la naturalización de la medicalización/medicamentación, la incorporación de lo biomédico en lo cotidiano, la socialización alrededor del uso de la tecnología biomédica por fuera del dominio del profesional médico, la individualización absoluta del proceso salud-enfermedad, entre otros, emergen como elementos constitutivos de la configuración del campo de consumo.

En este proceso subyace una transformación cualitativa del fundamento de los valores de uso en salud cada vez más fetichizados, aspecto que implica una transformación en las necesidades en salud como núcleo político-económico de los sistemas de salud. Esta transformación se posibilita porque existe una producción simbólica necesaria e inherente al proceso de producción de mercancías y que puede llegar a ser un valor de uso nocivo porque patológiza, genera dependencias, efectos secundarios y atrapa, en el campo de la salud esto se presenta como un signo clave para la comprensión del consumo. Así, el consumo relacionado con la atención en salud reproduce la dinámica globalizante del

régimen de acumulación contemporáneo en el que se articula la financiarización y el capitalismo cognitivo.

Palabras clave: Consumo, valorización del capital en salud, producción simbólica en salud.

ABSTRACT

CONFIGURATION OF THE CONSUMPTION FIELD RELATED WITH THE HEALTH CARE IN BOGOTA, 1980-2014

Consumption is a matter of daily life for many ages and is presented interdependently with the ways in which human needs are resolved. In the recent 20th century, consumption became a particularly relevant dimension for the increase in the rate of profit and therefore for the accumulation of capital. Add to this, this dimension, sphere or the moment of general production represents a central structure in the processes of social reproduction. Specifically, in Latin America, with the consolidation of neoliberal policies during the 90's, consumption is consolidated as an articulating activity of social life, since a big part of social necessities pass through this sphere. However, its place in the political and theoretical debate on health has been reduced to the explanation of demand, access, preferences or, on the contrary, as the scene of alienation of the subjects. For this reason, consumption in relation with the health was the phenomenon of interest of the present investigation; its analysis required considering it as a field, that is to say as a relational and relative socio-historical space which is built around health. The examination focused on answering the question about how does the consumption take shape, starting from the analysis of discourses and practices in relation with health care in light of theoretical proposals of the sociology of consumption of Spanish authors.

Methodology

The research proposal followed the socio-hermeneutical approach, of which central axis is the comprehension and interpretation of the effect of senses and meanings by which the social actors, based on their experiences, construct on the world in a concrete situation (Alonso, 2013). The technique of data analysis was pragmatic analysis of text. Two groups of sources were selected: written press and oral sources, which were obtained through debate groups and interviews. The analysis of texts implied an inductive process of fragmentation, codification, classification, abstraction, synthesis, correlation and interpretation of the collected empirical data until reaching categories that enabled the representation of the properties and attributes of the phenomenon. It was approved by the Research Ethics Committee of the Faculty of Medicine of the National University of Colombia (UNAL).

Results

An answer to the question of how the field of consumption of health care has been configured, required to start from the theoretical consideration of consumption as a total social fact; a premise that enabled the examination and construction of relational categories that emerge from the interpretation of the sources included, on the satisfaction of health needs and its dissolubility with the capitalist production and circulation process since it can be stated from the data that there are few expressions of consumption modes in relation with health care outside of this mode of production.

The analysis of the configuration of consumption field in relation with health care during the period of study demonstrates the trajectory of market expansion in relation with this health care and its deepening over the years with a marked acceleration during the beginning of the current century. From the case of study, this field allows to see the diverse and complex relationships between structures, subjectivities and actions that are expressed and the tensions and conflicts that emerge.

The conceptual elements that make up the field of consumption in relation to health care are established from the two major categories emerging in this study: Media production of bodies and institutions for consumption and Symbolic markers, social appropriation and concrete practices, which synthesize the merchandise relationship: treatment of diseases with the contemporary capitalism which is becoming more and more narrow and expressing itself with greater forcefulness in the consumption for its interdependence with the mode of production. The relationship between media production and markers shows how structural

aspects of the macro sphere in the area of socio-economic model are interrelated, expressed and coupled with the processes of subjectivation of people, building practices and specific forms of understanding health, illness and treatment and to respond to health needs.

The analysis of written press allowed us to identify the dominant ideology which was circulated during the period of study in relation to health; in a general way, it resembles what was reported by other authors in different geographical spaces, as a globalized pattern; on the other hand, the comprehension on the appropriation and practices of consumption demonstrates that the consumption related to health care has a human material determination, therefore, it transcends the ideological and is not solely a matter of consumerism but it is of a radicalization of the subjugation of human physiology and the world of representations to capital and the favoring of its accumulation.

What underlies the symbolic production (social hieroglyphics) and material of bodies and institutions and their appropriation/incorporation as cognitive forms for action is an expression of the articulation of health needs to global forms of capital accumulation.

CONCLUSIONS

The configuration of the field of consumption of health care occurs by means of complex plots that express the manner of how this field responds to constructions linked to processes of capital accumulation where political, economic and cultural aspects and intense subjectivation converge. Concepts such as political struggles, the role of the State, the role of the media and advertising agencies, subjective transformations, fetishization of medical devices, the annulment of what is public, the naturalization of medicalization/medicamentation, the incorporation of the biomedical in daily life, socialization around the use of biomedical technology outside of the domain of the professional medicine, the absolute individualization of the health-disease process, among others, emerge as constituent elements of the configuration of the field of consumption.

In this process, we can underlie a qualitative transformation of the foundation of increasingly fetishized use of values in health, an aspect which implies a transformation in health needs as the political-economic core of health systems. This transformation enables so that there is a necessary and inherent symbolic production to the process of production of goods and that can become a harmful use of value because it pathologizes, generates dependencies,

secondary effects and its traps, in the health field this is presented as a key sign for the understanding of consumption. Thus, consumption in relation to health care reproduces the globalizing dynamics of the contemporary accumulation regime in which financialization and cognitive capitalism are articulated.

Tabla de contenido

Introducción 14

1. SOBRE EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN Y LOS RECURSOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS	20
1.1 Sistema general de seguridad social en salud colombiano: Antecedentes y conexión con el fenómeno del consumo	20
1.2 Del problema y la pregunta de investigación.	27
1.3 Aproximación a los estudios sobre el consumo en salud.....	36
1.4 Referentes teórico-metodológicos para una comprensión de la configuración del consumo de la atención en salud en Colombia	39
1.4.1 Necesidad y consumo: interdependencia real y construida.....	45
1.4.2 Práctica de consumo de la atención en salud: una aproximación	48
1.4.3 La noción de configuración	49
1.5 Diseño metodológico, fuentes y análisis.	50
1.5.1 Fuentes	51
1.5.2 Tipo de análisis.....	58
1.6 Consideraciones Éticas.....	60
2. PRODUCCIÓN MEDIÁTICA DE LOS CUERPOS Y LAS INSTITUCIONES PARA EL CONSUMO. 61	
2.1 Socialización masiva del discurso médico hegemónico.....	64
2.1.1 <i>¿Qué se socializa?: símbolos e ideologías del discurso médico en la prensa colombiana.....</i>	73
2.1.2 <i>Ambivalencias y contradicciones en la socialización del discurso médico.....</i>	89
2.2 Satanización de lo público vs. Reivindicación de lo privado.	92
2.2.1 <i>Crónica de una privatización anunciada</i>	97
2.2.2 <i>Hospitales públicos y el delirio de la empresarización.....</i>	114
2.2.3 <i>Surgimiento mesiánico del aseguramiento privado.....</i>	124
2.2.4 <i>De la competencia al “todos contra todos”</i>	140
2.2.5 <i>Mercados emergentes</i>	155
2.3 Posicionamiento de la crisis, los ajustes y el ideario desarrollista.....	157
A MODO DE CIERRE.....	165
3. MARCADORES SIMBÓLICOS, APROPIACIÓN SOCIAL Y PRÁCTICAS CONCRETAS DEL CONSUMO SANITARIO EN BOGOTÁ.....	168
3.1 Construcción social del binomio enfermedad-ente biomédico	170
3.1.1 <i>Representaciones e imaginarios sobre la salud-atención</i>	172
3.1.2 <i>Comprensiones sobre el sistema de salud y contradicciones prácticas</i>	181
3.1.3 <i>Representación ambivalente frente a lo médico.....</i>	183
3.2 Circulación del cuerpo enfermo en el mercado.....	186
3.2.1 <i>Estrategias del sector farmacéutico: un negocio legítimo.....</i>	188
3.2.2 <i>Estrategias de las aseguradoras.....</i>	192
3.3 Medicamentos fetiches.....	196
3.4 Institucionalidad construida	200
3.5 Múltiples subjetividades del consumo.....	204
3.6 Mediadores comunicativos/ideológicos	207

A MODO DE CIERRE	211
4. SUBSUNCIÓN REAL DE LAS NECESIDADES EN SALUD EN EL CAPITAL: NÚCLEOS DE LA CONFIGURACIÓN DEL CAMPO DE CONSUMO RELACIONADOS CON LA SALUD.....	216
4.1 Elementos de la configuración del campo de consumo relacionado con la salud 217	
4.2 Necesidades en salud subsumidas.....	223
4.3 El lugar del conocimiento en la subsunción de necesidades relacionadas con la salud	229
A MODO DE CIERRE	231
 EPILOGO	233
 Bibliografía	235

Lista de diagramas

	Pág.
Diagrama 1. Esquema representativo del proceso concreto de consumo	42
Diagrama 2. Esquema de distribución de grupos	54
Diagrama 3. Sistema de discursos en la producción mediática del consumo de la atención en salud. Colombia 1980-2009	63
Diagrama 4. Temporalidad y relación con las temáticas emergentes.....	64
Diagrama 5. Prácticas de consumo relacionado con la atención en salud. Caso Bogotá	169
Diagrama 6. Sistema de discursos. Marcadores Simbólicos, apropiación social y prácticas concretas	170
Diagrama 7. Síntesis de la configuración de campo de consumo relacionado con la atención en salud.....	218
Diagrama 8. Proceso de subsunción de las necesidades en salud	223

Lista de gráficos

	Pág.
Gráfico 1. Comportamiento de la industria aseguradora entre los años 1998 y 2007	131
Gráfico 2. Comportamiento de la industria aseguradora entre los años 1998 y 2007. Continuación	131

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1. Histórico de recobros al SGSSS por quinquenios	26
Tabla 2. Características de los grupos	55
Tabla 3. Datos Sociodemográficos de los participantes.....	56
Tabla 4. Ocupación de los participantes.....	57
Tabla 5. Perfil de los entrevistados.....	58
Tabla 6. Categorías, dimensiones y códigos	171
Tabla 7. Categoría, dimensiones y códigos	187

Lista de anexos

- Anexo A. Guion de grupos de discusión
- Anexo B. Dossier de Imágenes
- Anexo C. Análisis de fuentes orales

Introducción

El consumo es un “eje fundamental del proceso de articulación entre la producción y la reproducción social” (Alonso, 2004); específicamente en América Latina, con la consolidación de las políticas neoliberales en los años 90, se consolida el consumo como una actividad articuladora de la vida social, pues gran parte de las necesidades sociales pasan por ese terreno (Rodríguez, 2008). Sin embargo, su lugar en la discusión política y teórica en salud ha sido reducido a la explicación de la demanda, del acceso, de las preferencias o, por el contrario, como escenario alienante de los sujetos. La centralidad del consumo radica en que, como afirma Alonso:

“no solo le dedicamos gran parte de nuestros recursos económicos, temporales y emocionales, sino también porque en él se crean y estructuran gran parte de nuestras identidades y formas de expresión relacionales; el consumo es un campo de luchas por la significación de los sujetos sociales que arranca del dominio de la producción, pero que no la reproduce mecánicamente, sino que con una cierta autonomía, produce y reproduce poder, dominación y distinción.” (Alonso, 2004)

Sumado a lo anterior, es importante precisar el protagonismo del consumo a partir de la mitad del siglo XX, cuando se demuestra que “el incremento del consumo es una palanca de la acumulación de capital” (Torres, 2013), por lo tanto, se convirtió en una esfera central de intervención para la estabilización de las crisis económicas en los países hegemónicos (Torres, 2013). Situación que da en el auge del fordismo, cuya finalidad fue la estandarización de una norma de consumo de masas coherente con el sistema de producción mercantil estandarizado, generando una *tecnología de consumo* “donde se perfila un nuevo modo de regulación que racionaliza, en el sentido weberiano del término, los procesos de acumulación de capital precisamente porque configura una nueva figura de reproducción de la fuerza de trabajo que construye en su entorno estilos de vida y normas de consumo totalmente inéditas hasta entonces en la historia de la economía moderna” (Alonso, 2004). Esta situación se consolida con las políticas keynesianas de la generación de “una red de consumos sociales que organizan socializan y codifican los costes de reproducción de la fuerza de trabajo” (Alonso, 2004). Este régimen fordista y keinesiano de acumulación consiguió mantenerse intacto hasta comienzo de los años setenta, cuando se proclama una nueva crisis económica de alto impacto para los países industrializados.

Es durante la crisis económica de los setenta cuando se identifican una serie de cambios y reacomodos del régimen de acumulación en el modo de producción capitalista. Las situaciones económicas y sociales de los setenta que llevaron a la transformación del fordismo se pueden resumir en: la crisis derivada del petróleo; la disminución de la inversión y demanda en mercados internos (Harvey, 1990); la progresión general y continua del desempleo; la inflación creciente; la “estrangulación de las ganancias” –de allí que se considerara una crisis de rentabilidad- (Lipietz, 1984); mayor desarrollo de automatización y tecnología (aumentado los costos de producción), y la pugna entre industriales y trabajadores por el crecimiento del poder político y social de las organizaciones sindicales, agremiaciones y otros movimientos sociales (Tauss, 2012). En esta nueva crisis económica, sobre todo para Estados Unidos, se expande un modo de producción basado en la flexibilización de las relaciones laborales e internacionalizando la producción para estabilizar las tasas de ganancia (Tauss, 2012). Estos dos últimos fenómenos marcan la transición hacia el llamado pos-fordismo, pero dejando una base social e ideológica respecto del consumo como espacio de la satisfacción de necesidades vía mercado. Para este momento, y en línea con la internacionalización de capitales y la deslocalización de la producción, las finanzas ordenan los mercados mundiales y predominan como modelo de las transacciones mercantiles; a esto diversos autores lo han denominado financiarización e implicó “una transformación sistémica de las economías capitalistas avanzadas que se articula en torno a los cambios de conducta subyacentes a las empresas no financieras, los bancos y los hogares” (Lapavistas, 2013) y donde nuevamente, el consumo a través del crédito y el endeudamiento es fundamental.

La internacionalización de capitales o transnacionalización (Waitzkin, 2011; Iriart y cols, 2000), por la cual migran empresas y capitales de áreas centrales (como Estados Unidos, Japón, Alemania) hacia periferias (Cox, 1980) en búsqueda no solo de nuevos mercados sino también de posibilidades de producción a menores costes, se hace por medio del capital financiero que entra a las economías nacionales de las periferias, incluso con privilegios, para captar espacios públicos de satisfacción de necesidades y crear otros que serán atendidos por el libre mercado. Este asunto se da ligado a un manejo discursivo sostenido desde organismos internacionales de poder que impactan y condicionan las políticas internas, sobre todo las relacionadas con la atención a necesidades sociales, las cuales son vistas como un paquete de servicios para demanda individual, subsidiadas para quienes no pueden pagar por ellas, es decir los pobres o excluidos de espacios de

consumo privado, lo que genera nuevos campos de mercantilización que antes eran atendidos desde el Estado o la beneficencia.

Lo anterior significó una oleada de cambios en las políticas sociales en América Latina, implementando una serie de “reformas orientadas a la vigencia del mercado y el desmonte del intervencionismo estatal” (Giraldo, 2002), lo cual implicó que el Estado asumiera reglas de juego consistentes con el mercado, de manera que “solo podrá influir sobre las decisiones individuales vía alteración de los precios” (Sánchez y Gómez, 1999) o en su defecto podrá inscribirse en prácticas paternalistas y focalizaciones para permitir que todos puedan acceder al mercado de bienes. Uno de los sectores de mayor impacto de las reformas de esta naturaleza fue el de la salud; en este contexto se inscribe la reforma del modelo de salud en Colombia, que se materializó con la Ley 100 de 1993.

Por su parte, el exponencial adelanto tecnológico (innovación centrada en el proceso productivo) posibilitó la flexibilización técnica del trabajo, y su posicionamiento como eje estructural del desarrollo económico y social. Resulta paradójico pensar que la crisis económica de los setentas y comienzos de los ochenta confluya con uno de los momentos históricos de mayor desarrollo tecnológico, en términos de velocidad de innovación y de su radicalidad¹, pero como lo explica Katz, este elemento resulta un rasgo central del capitalismo moderno: “A través de la innovación se modifican los precios, surgen las ganancias extraordinarias, se desplazan las inversiones entre las distintas ramas y se generan los grandes desniveles en la acumulación” (Katz, 1998), un conveniente vínculo para el modelo de acumulación porque por un lado, aparece una amplia gama de nuevos bienes de consumo y por otro, facilita, sobre todo, las comunicaciones en tiempo real, el control y la gestión transnacional en el plano financiero como benefactor y consumidor principal de los desarrollos informáticos.

Las posibilidades vistas en la innovación, su capacidad de transformación, resitúa el discurso de la ciencia y la tecnología como motor de desarrollo económico, social y

¹ Claudio Katz, explica que la centralidad del análisis de la innovación y el desarrollo tecnológico en las tres últimas décadas, de su texto escrito en 1998, es lo radical de la innovación en términos de transformar el proceso productivo, pues no solo se trató de un mejoramiento o perfeccionamiento, comparando en términos de proceso e implicaciones, katz explica que así como la máquina de vapor transformo la organización de la producción, lo hizo la informática y la electrónica durante los setentas pues permitió renovar el diseño, la producción, la comunicación y la comercialización de las mercancías y modernizo radicalmente los instrumentos y los procesos de trabajo

humano; se procura entonces incorporar rápidamente los resultados de las investigaciones en los diversos campos de la producción y reproducción social; el nuevo mandato fue la tecnologización del mundo como verdadera representación de la modernidad. El discurso científico que se privilegia es el construido desde el paradigma hegemónico, y sobre todo, el vinculado al individualismo metodológico, el cual reemerge con fortaleza en la década de los setentas como una forma científica de privilegiar lo individual por encima de lo social, pues las agremiaciones y movimientos sociales en los setentas estaban ganando poder y protagonismo en la escena política y esta era una forma de segregar lo social, es decir, la explicación científica de un orden social conformado por individuos de cierto modo deslegitimaba las luchas y movimientos sociales, pues se invisibiliza lo colectivo. Alonso y Callejo explican que al ser el centro las unidades individuales en la sociedad:

“nos encontramos que, sea cual sea su nivel de agregación, los elementos colectivos no representan comportamientos propios que no sean un simple sumatorio de comportamientos individuales... [la] Sociedad que queda [está] conformada como un conglomerado de individuos soberanos no sometidos a ninguna relación como ser social” (Alonso y Callejo, 1994)

La explicación de los autores referenciados permite mencionar que esta perspectiva, la de agregación de individuos, fue la que impero en los análisis de cualquier fenómeno relacionado con lo social, dando paso a los análisis de “un sujeto radical y antropológicamente libre actuando en situaciones artificialmente simplificadas y ahistoricas” (Bourdieu, 1988). No obstante, se generan discursos de contrapropuesta, principalmente las vinculadas al pensamiento materialista histórico que hacen contrapeso y permite por fortuna, otras vías de análisis y otros desarrollos científicos, que han intentado ser excluidos y puestos en duda pero que representan formas de resistencia contrahegemónica.

La articulación de los aspectos relacionados con anterioridad, llevaron a ubicar el consumo relacionado con la salud como el fenómeno de estudio y de interés. Para establecer el periodo de análisis, se tuvo en cuenta la relevancia, centralidad y transformación que significó el cambio del modelo de salud en el país y la relación de este modelo con la consolidación de las políticas neoliberales en los ámbitos sociales y de expansión del aseguramiento para la provisión de servicios, acontecimientos que se gestan desde la década de los ochenta; así, se consideró que a partir de entonces la exploración del

fenómeno de interés posibilitaría la identificación y descripción de categorías conceptuales que permitieran una comprensión del consumo más allá de indicadores de aumento o reducción del gasto de bolsillo, de la demanda de servicios, del gasto de medicamentos, entre otros; y sobre todo, posibilitaría un análisis relacional con los acontecimientos que marcaron un antes y un después en sector salud del país, y en general de América Latina. Acontecimiento como: la expansión del capital financiero en forma de atención gerenciada a otros territorios-nación –transnacionalización- (Waitzkin 2011; Iriart y Cols, 2000) auspiciada además por organismos financieros internacionales (Girlando, 2002; Hernandez, 2012; Almeida, 2002); a la radicalización de la medicalización (Iriart, 2008; Iriart e Iglesias, 2012), y al protagonismo de la figura de consumidor en los discursos sobre la atención en salud.

Siguiendo a Alonso, ya en los años ochenta y noventa, nos encontramos con:

“un espacio mercantil global en el que el horizonte no es ya tanto un capitalismo industrial y material, como un capitalismo financiero, virtual e inmaterial y en el que los intercambios comerciales se juegan ya no como un intercambio de mercancías a nivel internacional, sino como un sistema articulado de empresas-red que operan a nivel transnacional, y donde lo que se realiza ya no es tanto un comercio entre países o economías nacionales en su sentido tradicional como un conjunto de operaciones integradas con flujos acelerados de información, patentes y derechos intelectuales, componentes, tecnologías, y, sobre todo, recursos financieros cada vez más desmaterializados.” (Alonso, 2014)

Para comprender el fenómeno de interés, se acudió a propuestas teóricas de la sociología del consumo de autores españoles que posibilitaron un abordaje de las prácticas de consumo, como categoría asible empíricamente, y de sus relaciones como campo, superando la visión “microeconómica” y de análisis de la demanda que suele predominar en los estudios del consumo relacionado con la salud. Propuestas que exigieron considerar la noción de proceso, por lo cual, la pregunta de investigación se definió en términos de configuración, concepto clave que permite una visión procesual del fenómeno de estudio. El detalle de los referentes teórico-metodológicos usados en la investigación se desarrollan en el capítulo uno.

En los capítulos 2 y 3, se presentan los hallazgos del análisis de la prensa escrita de un diario colombiano y de grupos de discusión y de entrevistas realizados en la ciudad de

Bogotá, como fuentes de datos, sobre los cuales se exploró la configuración del consumo relacionado con la atención en salud, está última como forma de delimitar el fenómeno de interés. Respecto del análisis de prensa, se identifican y explican los mecanismos discursivos que se instituyen desde el aparato publicitario hegemónico en torno al proceso de producción simbólica de los cuerpos y las instituciones como espacios funcionales para la búsqueda de beneficio mercantil y la reproducción del capital que circularon durante 30 años en un medio de la prensa en Colombia. Estos mecanismos descritos y analizados son parte importante para la comprensión de la configuración del campo de consumo de atención en salud y permiten entender los marcos ideológicos que se establecen para regular las prácticas de consumo.

Por su parte, los discursos de los participantes muestran la conexión que se establece entre necesidades en salud y satisfactores anclados a la tecnología y la superespecialización de la medicina como aspiraciones vitales relacionadas con esa atención en salud y el profundo despliegue de la lógica liberal en los discursos y prácticas, donde los supuestos de individualidad, competencia y libre elección determinan los modos de entender y relacionarse con la atención en salud; además se evidenció que en esta atención en salud, los diferentes grupos sociales existen formas desiguales y conflictivas, tanto de la apropiación material como de la utilización de los objetos y los signos que se producen en un el campo de la salud. Tanto las notas de prensa como los textos de los participantes, permiten concluir que no hay expresiones de modos de consumo relacionados con la atención en salud por fuera del mercado ni del modo de producción capitalista.

Finalmente, en el capítulo 4 se presenta una discusión teórica sobre la generación de valores simbólicos, los valores de uso que en salud se instituyen y su rol en subsunción real de las necesidades en salud a la acumulación de capital como claves analíticas para la comprensión del fenómeno del consumo relacionado con la atención en salud.

1. SOBRE EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN Y LOS RECURSOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

1.1 Sistema general de seguridad social en salud colombiano: Antecedentes y conexión con el fenómeno del consumo

El proceso de construcción y organización de los sistemas de salud, ha estado vinculado al surgimiento de la protección social en los Estados modernos y las formas en que se materializa tal protección responde a procesos históricos y coyunturas sociales, políticas y económicas que han generado diversos modelos de provisión (Esping-Andersen, 1990; Giraldo, 2002; Filgueira, 2011). Si bien es cierto, existen debates sobre las tipologías de los Estados y sobre los paradigmas de la protección social, lo fundamental es comprender el rol de los Estados en el ordenamiento y estructura de los sistemas de protección social como formas de responder a la satisfacción de necesidades sociales (educación, salud, vivienda, seguridad económica, servicios sociales) que son políticamente definidas (en medio de conflictos). Dicha satisfacción se hace posible a través de canales institucionales públicos, privados y/o mixtos y en un espacio de constantes pugnas entre estos canales (Rodríguez-Cabrero, 2002).

Durante la segunda posguerra y con el predominio de los Estados de Bienestar y de los Estados intervencionistas, los sistemas de salud tenían una estructura ligada a lo público, tanto para la financiación como para la prestación de servicios (Hernández, 2002). Sin embargo, las dinámicas socio-económicas de los años 80 concretaron el ideal neoliberal en una serie de medidas específicas para ser implementadas en los ámbitos sociales y generaron un reforzamiento y tendencia hacia la privatización de lo público (Esping-Andersen, 1990); teniendo en cuenta la particularidad del Estados europeos, Cabrero denominó a este proceso como la “privatización del Estado de Bienestar” e identificó una transformación de ese Estado protector hacia formas de privatización selectiva de consumos colectivos o públicos, para dicho autor:

“mediante cambios en la producción y modos de satisfacción de necesidades... en la financiación y nuevas formas de fiscalidad... se pone de manifiesto nuevas

formas de remercantilización de derechos sociales y en el traspaso de la carga de la satisfacción de las necesidades... La intensidad protectora de las prestaciones sociales se traslada al individuo consumidor y a la familia solidaria en su doble componente material (privatización económica de las necesidades sociales) e ideológico (sustitución de la solidaridad colectiva por la responsabilidad individual)” (Cabrero, 2002)

Ese traspaso de la carga de la protección social hacia la familia y el individuo, fue evidente en la propuesta liderada por organismos internacionales de asistencia financiera y técnica que impulsan el proyecto neoliberal para ser implementada en la reforma de los sistemas de salud de América latina desde los ochenta (Giraldo, 2002; Filgueira, 2011; Twaddle, 2002; Hernández y cols., 2012; Lister, 2007). En síntesis, fueron “reformas orientadas a la vigencia del mercado y el desmonte del intervencionismo estatal” (Giraldo, 2002), lo cual implica que el Estado asume reglas de juego del mercado, de manera que “solo podrá influir sobre las decisiones individuales vía alteración de los precios” (Sánchez y Gómez, 1999) o en su defecto podrá inscribirse en prácticas paternalistas y focalizaciones para permitir que todos puedan acceder al mercado de bienes y quien no pueda pagar no quede excluido de su consumo y se logre la satisfacción de las necesidades sociales.

Lo que predominó en América latina, en términos de modelo para la reformas del sector salud, fue la propuesta de atención gerenciada (Iriart, 2000; 2011; 2012; 2014), basada en la propuesta de Alain Enthoven, la cual establecía que los servicios de salud tenían ciertas particularidades como mercados y que no era posible una sola vía de financiación de base pública, la alternativa sería la creación de un sistema de planes de salud que compiten entre sí para ser elegidos por los consumidores y así hacer un uso de recursos más eficiente (Enthoven, 1978a,1978b; Buchmeller, 2009). Según la propuesta cuando los planes difunden cierta información, los consumidores tienen una base para comparar relativamente el desempeño de los planes de atención administrada en competencia, es decir al estar en posesión de una información y unos incentivos adecuados, los consumidores toman las mejores decisiones sobre su propia salud (Robinson & Ginsburg, 2009). Las bases teóricas de la propuesta de Enthoven, están en los postulados de la teoría de la elección racional; la cual pretendían demostrar que es imposible que la intervención del Estado logrará un interés común porque “no existe un método, cualquiera que sea, que permita agregar las [preferencias] individuales en un criterio de utilidad

colectiva que sea lógico y consistente.” (Vidal, 2008), mientras que el mercado sí era un método de agregación de preferencias que permitía una mejor distribución con base en la competencia.

Fue Keneth Arrow, profesor de Enthoven, con su teorema de la imposibilidad quien demostró que no existe ninguna regla de agregación de preferencias que tenga propiedades normativas deseables de equidad, “a no ser que las preferencias sean el fiel reflejo de las preferencias de algún individuo, denominado "dictador" (Arrow [1972], 1994). Con base en los supuestos de autores como John Nash, Thomas Schelling y Gary Becker, Arrow plantea que el logro social es acordar un orden de preferencias entre diferentes opciones para la sociedad (regla de elección social) y al ser el Ser humano *racional*, tiene la posibilidad de ordenamiento dependiendo de las opciones que se ofertan, proporcionando nuevos elementos a la teoría de la elección racional que permitió su revitalización; aquí la información se convierte en articulador clave entre opción y elección. Sobre la supuesta contundencia de la lógica formal desde la cual se desarrolla el teorema de Arrow, diversos autores han demostrado que la racionalidad en la que se basa su teoría, no solo es reduccionista, sino además insuficiente y limitada contextual e históricamente (Elster, 2007; Gintis y cols, 2005), pero sobre todo desconoce (no incluye) que las decisiones político-económicas del Estado y de los sujetos se dan en medio de conflictos y de relaciones de poder.

En las reformas de las política sociales iniciadas en los 80`s, incluidos los sistemas de salud, las necesidades sociales son explicadas desde de la revitalizada teoría económica de la elección racional, que busca no solo hacer una crítica al Estado de Bienestar, sino además posicionar al mercado como un *efectivo* redistribuidor, por esto el interés de los neoliberales por posicionarla e implementarla, encontrando en la propuesta de Enthoven, de los planes en competencia, un modelo adecuado a sus intereses para el sector salud. Así, la competencia regulada en el sector salud actuaría bajo el supuesto que los planes en competencia (opciones ofertadas) son un agente efectivo para los pacientes, sustituyendo así el modelo tradicional del médico como agente en la toma de decisiones de salud (los planes llegan a ser el agente). Cuando los planes difunden cierta información, los consumidores tienen una base para comparar relativamente el desempeño de los planes de atención administrada en competencia, es decir al estar en posesión de una información y unos incentivos adecuados, los consumidores toman las mejores decisiones sobre su propia salud (Sloan 2001; Robinson & Ginsburg, 2009); así, de acuerdo con el

análisis de Sloan, Enthoven consideraba superado el problema de la asimetría de información en los mercados de salud propuesto por Arrow en su momento (Arrow, 1963; Sloan, 2001); desde esta perspectiva las personas que hacen uso de la provisión de servicios se entienden como consumidores clásicos de cualquier otro campo de bienes y servicios.

A partir de lo anterior, es posible considerar que la atención gerenciada desde su concepción teórica e ideológica, releva el asunto del consumo como espacio fundamental para el control de costos de la atención médica, pues supone que la “elección del consumidor”, la competencia y el control de los agentes reducen los gastos. Sin embargo, lo que se ha demostrado en países como Chile y Colombia es que “las reformas [basadas en la competencia regulada] han incrementado significativamente el gasto en salud, desafortunadamente un porcentaje elevado de estos recursos ha sido absorbido por el incremento del gasto administrativo... y por los márgenes de ganancia de las [empresas de intermediación]” (Homedes & Ugalde, 2011). Además, es a través de la atención gerenciada que se posibilita el ingreso de los capitales financieros multinacionales, especialmente los estadounidenses, a las economías latinoamericanas con la anuencia por parte del Estado, cooptando los espacios públicos y articulándolos a procesos de capital global (Iriart & cols, 2000).

En Colombia, el proceso de formalización de la receta pro-mercado en el sector salud se inicia en la década del 1990, cuando se dan los primeros debates para la reforma del sistema nacional de salud. En medio de confrontaciones de propuestas de reforma, provenientes desde diferentes sectores y agremiaciones, se adopta una propuesta que, en términos generales, contiene el enfoque de la competencia regulada de Enthoven (Hernández, y cols. 2012); es decir, una propuesta en la cual el Estado paga a aseguradoras (públicas y privadas), quienes gestionan los recursos y organizan la prestación de servicios, por un plan de beneficios pre-establecido y con subsidios según la capacidad de pago de las familias, así las aseguradoras para lograr más usuarios competirían con calidad y eficiencia.

La implementación de la Ley 100 o Sistema General de Seguridad Social en Salud, producto de la reforma de 1993, generó cambios profundos, como por ejemplo: emergencia de nuevas instituciones intermediarias para lograr el acceso a servicios de salud;

transformación de los hospitales en empresas con exigencia de eficiencia financiera; cambios en la concepción y medición de la calidad de los servicios que se relaciona con la satisfacción de un usuario (consumidor de servicios), además emergen las asociaciones de usuarios como equivalentes a las asociaciones de consumidores; cambios en el discurso de la salud pues aparecen términos como POS, autorización, demanda, cobertura, aseguramiento, cuotas moderadoras, cotizante, beneficiario, uso racional, etc.; se incorpora un paquete de servicios o Plan Obligatorio de Salud; se impulsó la competencia entre laboratorios farmacéuticos pero se dispararon los precios de los medicamentos, al punto que hoy se reconoce que Colombia tiene los medicamentos más caros de América (DANE, 2012).

Sobre todo, el sistema generó una marcada segmentación de la atención de acuerdo con el tipo de aseguramiento, así como paquetes de servicios diferenciales dependiendo de la capacidad de pago; además, se incrementó el número de ofertas y adquisición de seguros privados complementarios, ventas nunca antes registradas de hasta 30 millones de dólares en medicamentos de venta libre como el acetaminofén, el Ácido acetilsalicílico y el ibuprofeno (Ruiz, 2013).

Muchas veces los modelos teóricos idealizados no se desarrollan tal cual en la realidad y surgen profundos interrogantes sobre su real beneficio, es el caso del modelo de salud en nuestro país. Algunos datos del contexto colombiano muestran que la eficiencia y calidad perseguida no fueron por la senda idealizada; por el contrario la corrupción y apropiación indebida de recursos por parte de las empresas intermediarias, la exclusión y falta de atención, las barreras de acceso, los paseos de la muerte, entre otras problemáticas, son parte de la cotidianidad del sistema de salud colombiano (Molina & Cols, 2010; Molina & Cols, 2011; Múnera, 2011; Redacción Salud, 2012, Vargas y cols, 2010).

Ante las barreras de acceso y las fallas estructurales y sistemáticas del sistema, y tras más de una década de implementación, se generó en el país un incremento desbordado de tutelas que abogaban por el derecho a la salud, a través del mecanismo constitucional denominado *tutela*. Para el 2014, la Defensoría del Pueblo estimó que por día se establecieron 324 tutelas para reclamar algún servicio de salud; lo más dramático del asunto es que del total de estas tutelas un 64,16% se relacionaron con la solicitud de servicios que se encuentran en el plan obligatorio (Redacción Salud, 2015). Lo anterior

evidencia una de las prácticas usadas por las empresas intermediarias para no prestar los servicios como forma de apropiación de los recursos del sistema de salud es la negación de servicios; por otro lado, llama la atención que los medicamentos incluidos en el POS entregados por tutela entre el 2011 y 2014 correspondieron principalmente a denominaciones comerciales (Portilla, 2014).

Continuando con el caso anterior, el porcentaje restante de las tutelas corresponde a temas relacionados con los recobros por tratamientos, medicamentos y dispositivos no incluidos en el paquete de servicios. Estos recobros “han beneficiado tanto a la industria farmacéutica [como] a empresas aseguradoras (dado que lo recobran adicional a la capitación y obtienen ganancias por intermediación)” (Orozco, 2012); al respecto el Diario el Tiempo en su edición del 16 de octubre de 2005 publicó un informe en el cual se evidenció que Roche, Schering, Novartis, Wyeth, Glaxo y Aventis, eran las empresas con mayor venta de medicamentos No POS y que de las 18 empresas que reciben los dineros por recobros, Roche y Schering habían vendido más de 3.000 mil millones de pesos en el primer semestre de 2005 por este tipo de medicamentos recobrados (Redacción Salud, 2005). De modo que los recobros se convirtieron en un incentivo perverso para agentes como la industria farmacéutica, pero además demuestra que el supuesto de la pre-definición de un paquete de servicio no es en sí mismo un controlador de costos del sistema.

El tema de los recobros significó la declaratoria de emergencia social por parte del gobierno colombiano finalizando el 2009, ya que “los recobros totales al Fosyga pasaron de \$23.964 millones en 2000 a \$314.222 millones en 2006, un incremento inverosímil del 1.211%” (Marin-García, 2015) (Tabla 1) y el 80% de estos recobros correspondían a medicamentos. Esta situación solo afecta los recursos públicos, pues como afirma Fedesarrollo (2013) “Las EPS reconocen que este gasto no afecta su UPC o sus finanzas directamente, por ser insumos y gastos asumidos directamente por el estado a través del aval de los CTC”, lo más relevante es que este aumento tan importante no fue orientado para satisfacer necesidades de salud (Cortés-Castillo citado por Orozco, 2012). Lo más paradójico es que el resultado de la actualización de los Planes obligatorios de salud en el 2012 fue la inclusión de los medicamentos de mayor recobro (Cardona & Cols, 2013).

Tabla 1. Histórico de recobros al SGSSS por quinquenios

Quinquenio	Número de registros para Recobro	Valor Recobrado
1995-2000	24.552	\$ 14.083.465.643
2000-2004	4.195.625	\$ 4.831.124.456.662
2005-2010	26.526.837	\$ 15.147.825.722.852
2011-2014	1.361.769	\$ 686.171.483.911
Total	32.108.810	\$ 20.679.205.180.068

Fuente: Modificado de Marín-García, C (2015)

Para 2009, el diferencial de ingresos y gastos en el sistema, era de más de dos puntos negativos (Fedesarrollo, 2013). Ante este nefasto panorama financiero el gobierno implemento estrategias relacionadas con fijación de topes de recobros por año, una política de medicamentos para el impactar tanto el precio como en su ingreso al mercado nacional, control en la publicidad, control de los agentes, creación de nuevos comités técnicos, creación/fortalecimiento de sistemas de información sobre ventas y dispensaciones de medicamentos por parte de las aseguradoras, en síntesis una serie de medidas con un fuerte énfasis en la regulación del mercado para un *uso racional*.

Pese a la demostrada ineficiencia e inoperatividad del modelo de salud colombiano, los últimos gobiernos han insistido en su permanencia y han relevado, como era de esperarse en un modelo de aseguramiento, el asunto del consumo. Prueba de ello es la incorporación de la “*ruta del consumidor*” en marzo de 2016 por parte de la Superintendencia de salud², organismo encargado del control de los agentes dentro del sistema, como estrategia para favorecer la garantía de servicios.

² La estrategia en conjunto puede conocerse en este portal web: http://www.sic.gov.co/recursos_user/red_nacional/



Imagen 1

Fuente: Captura de pantalla de la página oficial de la “Ruta del Consumidor”

Para la teoría y para los defensores del aseguramiento, columna vertebral del modelo de salud, el control del consumo o su modelación es central por dos razones relacionadas: 1) influye directamente en la rentabilidad de los agentes; en el sistema colombiano “cada desviación del consumo con respecto a las notas actuariales que soportan el cálculo de la prima (UPC) aplicará directamente sobre las utilidades del asegurador” (Ruiz Gómez, 2013), simultáneamente, prestadores, farmacéuticas y otros mercados relacionados, se benefician con incentivar el consumo. Y 2). Como mercado, el modelo reproduce fallos *localizados* en el campo del consumo, entre ellos la asimetría de información y el abuso moral, este último sería el principal limitante para las aseguradoras ya que genera un “cambio de conducta [en la persona] que hace consumir servicios una vez se percibe asegurado y que impulsa a extraer rentas de la aseguradora a través de un consumo desproporcionado” (Ruiz Gómez, 2013). Lo cual explicaría el interés de las aseguradoras en apoyar una regulación por parte del Estado sobre el consumo, al punto de apoyar una “ruta del consumidor”.

1.2 Del problema y la pregunta de investigación.

Los acontecimientos del posfordismo configuran un discurso de las necesidades sociales desde la satisfacción de las mismas en términos individuales, tecnológicos y de rentabilidad para el capitalismo; elementos clave que posibilitan el posicionamiento de un

consumidor-cliente que ocupará un lugar privilegiado en las lógicas del emergente mercado de las necesidades sociales; Giraldo, explica que en el proceso de mercantilización de las necesidades sociales el concepto y práctica del ciudadano se cambia hacia la de cliente como estrategia ideológica de las nuevas formas de acumulación de capital y como forma de ejercer un supuesto derecho de acceso a bienes y servicios (Giraldo, 2013). En esta reconfiguración de las necesidades sociales como espacios de consumo mercantil, el consumidor es constituido en soberano, a través de la asignación del poder de elección entre la variedad de marcas, pues la multiplicación de productos y necesidades es sustituida por la multiplicación de ofertas específicas dentro de un mismo producto (Callejo, SF).

La hegemonía del discurso neoliberal, en lo económico, social y político, lo posicionan como estructurador de toda política social, dónde las personas son vistas como usuarios-consumidores quienes eligen con base en sus preferencias de acuerdo a sus necesidades, introduciendo la competencia en la provisión de los bienes públicos así, según el neoliberalismo, el consumidor elegirá el mejor proveedor de sus necesidades (Giraldo, 2013). En este contexto se produce una tendencia hacia el consumo privado de bienes y servicios que eran asunto de los Estados pues se considera la mejor forma de responder a las necesidades sociales.

El hecho de que las políticas sociales entren al espacio del mercado hace que toda la batería analítica se vuelque hacia estas y se entiendan desde su lógica; de manera que el consumidor soberano posicionado con el neoliberalismo, el *homo economicus*, sin importar la necesidad de la cual se trate, como consumidor tendrá la racionalidad requerida para decidir e irá por aquella que le represente mayor utilidad. La crítica más común a este enunciado es la instrumentalización de la racionalidad, Alonso y Callejo explican, “el tono racional se convierte en el manipulador adaptativo de informaciones y conductas” (Alonso y Callejo, 1994) justificándose desde la “necesidad”. Por otro lado, la racionalidad instrumental deja de lado un asunto fundamental y es la explicación del consumo como hecho social e histórico.

Asimismo, la información se establece como piedra angular de los procesos de elección racional y resitúa el rol de la publicidad como estrategia clave en el “hacer mercado”, principalmente al generar capital simbólico para el consumo, y está inserta en la lógica social imperante. Así, los análisis sobre influencia del marketing y la publicidad develan la

fuerte mediación simbólica en el consumo, la cual se construye como proceso histórico “que ha llevado aparejado un proceso de educación al consumidor, en la que la incorporación de cada nuevo hábito se hacía con los que ya estaban en “el cuerpo” (Callejo, 1994), o al decir de Bourdieu:

“Los estímulos no condicionan sino que oportunamente pueden encontrar a los sujetos condicionados... El mundo práctico que se constituye en la relación con el habitus como sistema de estructuras cognitivas y motivacionales es un mundo de fines ya realizados, modos de empleo o caminos a seguir” (Bourdieu, 1991)

Durante las últimas décadas se ha abonado un terreno en el espacio de consumo y del consumidor en todos los escenarios del mundo de la vida, aun la pobreza, se entiende como imposibilidad de consumo, por eso el subsidio. De manera que un individuo informado será consiente de sus necesidades y por lo tanto puede satisfacerlas por sí mismo en el hiper-mercado ofrecido en cada espacio social. Surgen interrogantes sobre cómo se ha presentado este fenómeno en el campo de la salud en el país, qué expresiones, qué relaciones, qué implicaciones se generan.

En el campo de la salud desde los setenta y, específicamente en los Estados Unidos tras la reforma del sistema de salud que adopta el estilo de la atención de Kaiser Permanente, crecía (en términos de número y lucro) como nunca antes en la historia los hospitales privados, la industria farmacéutica y de los laboratorios clínicos, lo que Relman denominó el nuevo complejo médico-industrial para referirse a “La nueva industria de la salud [que] no sólo es gigantesca, sino que se expande rápidamente y es altamente rentable” (Relman, 1980). La tecnologización se apodera de la salud y cada acción relacionada se vinculaba a al uso y demanda creciente de tecnología. Al respecto Foucault afirmaba que: “el nivel de salud no mejora en la misma proporción en que aumenta el consumo médico... el nivel del consumo médico y el nivel de salud no guardan relación directa, lo que revela una paradoja económica de un crecimiento de consumo que no va acompañado de ningún fenómeno positivo del lado de la salud, la morbilidad y la mortalidad” (Foucault [1974], 1976).

Por su parte, Vicente Navarro analizando la atención médica de los ochenta, muestra que la “composición y distribución de los recursos de la salud se ven determinadas por las mismas fuerzas que marcan la distribución del poder económico y político de nuestra sociedad” (Navarro, 1978). Específicamente, la tensión entre la tecnología del capital

industrial y la valorización del capital financiero representó un mecanismo importante a través del cual se posibilita grandes flujos de bienes y servicios, y por lo tanto extracción y acumulación. (Grupo estudios socio-históricos de la salud y la protección social, 2015)

Un informe inédito sobre el Estado del Arte del Complejo Industrial de la Salud desarrollado por el grupo de Estudios Sociohistóricos de la Salud y Protección Social de la Universidad Nacional de Colombia, describe que para autores como Vianna, el proceso de acumulación y mercantilización del sector salud, se inicia particularmente “después del advenimiento de la revolución tecnológica ocurrida en las industrias farmacéutica y de equipos médicos después de la Segunda Guerra Mundial, momento en que empiezan a influenciar crecientemente la práctica médica. Esto significó que el patrón de acumulación de capital quedara condicionado por los avances tecnológicos que ocurrían en estos sectores, con lo que se abrió una gran ventana de oportunidades para el sector privado, los retornos eran tan altos que la industria farmacéutica pasó a tener una de las tasas más altas de lucro de la economía. El sector de prestación de servicios se adaptó rápidamente a esta situación y la salud se convirtió en una mercancía para ser comprada y vendida, normalmente con un costo elevado”. (Grupo estudios socio-históricos de la salud y la protección social, 2015)

El exponencial consumo de los dispositivos tecnológicos fue uno de los aspectos que multiplicó los costos derivados de la atención en salud o gasto en salud, como técnicamente se denomina, aspecto que significa un gran flujo de transacciones y recursos económicos. A la luz de los economistas de la salud de finales de los 70, tales transacciones requerían la presencia de un agente externo que las mediará para una óptima gestión de las mismas y que pudiese hacer contención de costos al interior del sistema; el agente ideal sería el sector financiero, pues a la luz de economismo imperante en esta época, este sector ya había demostrado su capacidad de gestión de los asuntos sociales con el caso de las pensiones.

Así, como explica Iriart, la salud se configura como espacio de pugna entre el sector financiero y el complejo médico industrial:

“El negocio del capital financiero es extraer recursos económicos del sector salud para realizar las ganancias de los inversores y para invertir en áreas más rentables cuando la oportunidad aparece. Esta práctica sumada a la restricción impuesta al acceso a los servicios de salud para controlar el gasto, chocó con los intereses del

capital ligado a empresas productoras de tecnologías y medicamentos, y de los propios profesionales de salud” (Iriart, 2008)

Dos estrategias orientadas a profundizar la mercantilización en la atención en salud se desenvuelven en este espacio de pugna: la primera, la expansión del capital financiero en forma de atención gerenciada a otros territorios-nación –transnacionalización- (Waitzkin 2011; Iriart y Cols, 2000) auspiciada además por organismos financieros internacionales (Girlando, 2002; Hernandez, 2012; Almeida, 2005) y la segunda, la radicalización de la medicalización (Iriat, 2008; Iriart e Iglesias, 2012) y el protagonismo de la figura de consumidor como garantía para que las personas/pacientes exijan que sus derechos sean respetados; estos elementos hacen parte de la estrategia ideológica neoliberal que se incorpora en lo cotidiano y que resitúa el discurso de las necesidades en salud desde el consumo mercantil.

Respecto de la primera estrategia mencionada diversos autores han demostrado y explicado en detalle como fue el complejo proceso de adopción e implementación las reformas de los sistemas de salud en América latina durante los ochentas y los reacomodos socio-políticos que se dieron, reformas que tenían como marco estructural el modelo neoliberal (Hernández, 2012; Almeida, 2002; Almeida, 2005; Giraldo, 2002) que mercantiliza aquello que le es conveniente, es decir que le permite abrir mercado y generar campos de acumulación; para efectos del planteamiento de la problemática del consumo relacionado con la salud, interesa más detenerse en la segunda estrategia; pero es importante dar cuenta de la articulación de los procesos.

La radicalización de la medicalización en la salud hace referencia a la exacerbación desde los 90’s del proceso de medicalización que autores como Foucault e Illich, entre otros, usaron para referirse a la transformación de aspectos de la vida hacia problemas médicos, en los que subyace el control (Clarke y cols, 2003; Iriart e Iglesias, 2012); en este espacio de medicalización de la vida se da la mayor operación del complejo médico industrial, primero con los médicos, agentes de intermediación del consumidor final, y luego con los pacientes, vistos ahora como consumidores soberanos libre-electores, a quienes se les debe proveer la mejor información para su toma de decisiones.

En la última década, han sido progresivos los estudios que analizan los comportamientos de los usuarios de los servicios de salud desde la lógica del “consumer behaviour”, esto es desde la lógica de la microeconomía, es el caso de los estudios hechos en España sobre

el uso de los servicios de emergencias o del uso de medicamentos de venta libre OTC en los Estados Unidos (Merino-Castello, 2003; Vitt L, 2002), se asume per se un consumidor de salud, sin tomar ni una postura crítica, ni dar cuenta del proceso de configuración o no del mismo.

Estudios desarrollados en los últimos años hablan de un supuesto consumidor con importantes necesidades de ser informado para poder ser libre de elegir y con cada vez menos asimetrías, y por ende capaz de tomar las mejores decisiones para maximizar su utilidad (Priego, 2000; Vitt L y cols, 2002; Lopez-Casasnovas, 2003; Merino-Castello, 2003), un *homo economicus* que respondería a su racionalidad para decidir su plan de seguro de salud desde su experiencia y preferencias (Moorman, 2002; Gates y cols, 2000; Maibach y cols, 2006; Kerssens, 2005); es abundante la literatura que analiza el rol de la información y la necesidad de la misma para una óptima toma de decisiones del consumidor sobre sus planes de salud, esta estrategia conocida como un “health care driver” es un orientador para la gestión financiera del sistema de salud y para el consumidor que posibilitaría disminuir el gasto de bolsillo de las personas, pues la educación o información iría dirigida a estos aspectos (Maibach y cols, 2006; Campbell, 2001; Burkell, 2004; Eysenbach y. Jadad, 2001; Sangl, 1996; Sainfort, 1996).

La información y educación en salud para este nuevo consumidor se reorienta, Vitt y cols, por ejemplo, concluyen que su estudio “demuestra que la ignorancia del consumidor en salud es un factor poderoso en la toma de decisiones de salud. Cuando se examinan de cerca las presunciones sobre las preferencias y las elecciones, estas muestran ser más bien simples y optimistas. Los consumidores no saben a qué tipo de plan están inscritos ni tampoco cómo su atención en salud en realidad se verá afectada por el tipo de plan que hayan elegido y son vulnerables a la información que pueda manipular su decisión” (Vitt y cols, 2002) y recomiendan educar la paciente en términos de comparación de oferta de servicios, precios y cobertura, pues es lo que realmente prefieren las personas, mucha atención con bajo gasto de bolsillo (Vitt y cols, 2002). Los anteriores elementos dejan ver de manera contundente la visión que sobre los pacientes se construye, un consumidor en salud que se educa no para mejorar sus condiciones de salud sino para elegir pólizas y paquetes de servicios en el mercado de la enfermedad.

La idea del *consumer health driver*, se introduce a través de los discursos de los economistas de la salud, como estrategia central y promisoría para la contención de costos,

las posibilidades que demostraba el *homo economicus* como supuesto consumidor autónomo, informado, libre de elegir, con cada vez menos asimetrías, y por ende capaz de tomar las mejores decisiones para maximizar su utilidad, sería la respuesta para detener el aumento de los costos, aún más, la salud se debía entender como un producto básico y por lo tanto la teoría de la demanda de Gary Becker era perfectamente trasladable (Grossman, 1978). Los estudios sobre el comportamiento de los consumidores en el campo de lo sanitario no se hicieron esperar, como afirman Katz y Miranda, el conocer las demandas de los consumidores permiten “modelar los excesos de consumo, con la finalidad de limitar el aumento secular del gasto en salud. ... reducir el consumo, mejorar la asignación de los recursos empleados y perfeccionar las decisiones de las personas en cuanto a su consumo de atenciones y servicios” (Katz y Miranda, 1995).

Con la creciente hegemonía del modelo de mercado en la atención en salud, se propician cambios profundos en las formas de entender la salud-enfermedad-atención (Iriart, 2011; Almeida, 2002), no solo por un asunto económico (financiarización) o político (nuevas instituciones, nuevos actores, etc), sino además ideológico, simbólico y de representaciones (cultural y social), tal forma que en el sentido común de las personas se transforma (Iriart y cols, 2000). Este último aspecto se relaciona con ese proceso de incorporación de un modo de vida, *habitus* (Bourdieu), *figuraciones* (Elias) que estructuran las prácticas cotidianas.

La confluencia de discursos sobre: la ineficiencia de lo público, el aumento exacerbado de los costos de la atención en salud, las bondades de la economía de la salud como opción científico-técnica, la centralidad de las preferencias en esquemas de aseguramiento (Grossman, 1978), configuran un espacio en el que se privilegia y radicaliza la idea de consumidor sanitario a favor del mercado del complejo médico-industrial. Bajo la justificación de ofrecer a los consumidores información se ponen en juego los mecanismos publicitarios para este espacio de consumo en crecimiento; pero, ¿cómo se ha dado este proceso en el país?, ¿cuál ha sido el rol de la publicidad en la generación de formas de consumo?, ¿qué transmiten y cuáles son sus características ideológicas y discursivas?

Por otro lado, diversos autores han establecido una fuerte relación entre el crecimiento exponencial del poder y las ganancias del sector salud con la aparición o fabricación exponencial de enfermedades que cuestionan si primero aparece el fármaco que la enfermedad (Petrecolla, 2011; De La Rosa, 2009).

Iriart e iglesias, en un estudio publicado en el 2012, a partir del estudio del Trastorno de Hiperactividad por Déficit de Atención, en el cual se analizan las estrategias utilizadas por la industria farmacéutica para recuperar su liderazgo en el mercado de la salud, las cuales se dan a la luz de modalidades que adquieren la construcción y utilización de los datos estadísticos, la difusión de la información, la elaboración de los manuales diagnósticos, y otros discursos que intervienen en la producción y reproducción del sentido común en torno al TDAH; “utilizan los medios masivos de difusión pero sin nombrar la medicación, y presentaciones en ámbitos educativos o en programas de radio y televisión donde “expertos” en el tema “educan” a la audiencia para que sean capaces de identificar los síntomas del TDAH” (Iriart y Rios, 2012); así el TDAH, en los Estados Unidos, aumento un 22% el número de casos entre el 2003 y el 2007, pero con una alta variabilidad en las características diagnosticas a lo largo del mismo periodo. Las autoras explican que:

“las definiciones de las categorías diagnósticas están, en muchos casos, influenciadas por los intereses económicos y las relaciones financieras que los grupos que lideran las organizaciones profesionales, así como las de pacientes, mantienen con el complejo médico-industrial. El problema es que el común de la población, muchos investigadores y profesionales de salud desconocen estos procesos y el discurso hegemónico se transforma en la verdad sobre el saber en salud, en este caso en torno al TDAH. Esto legitima las formas diagnósticas, los tratamientos, y la construcción y circulación de los datos estadísticos, así como la creación de nuevas biosocialidades” (Iriart y Ríos, 2012).

El anterior es un ejemplo de muchos casos de construcción de enfermedades (Cerecedo-Pérez y cols, 2013); el síndrome de hiperlaxitud en los niños, el síndrome premestruar, la menopausia, la calvicie, los niveles de colesterol (que varían frecuentemente), el embarazo, hasta la propia N1H1, pero el modus operandi de su construcción se da en todos los casos de manera muy similar a lo explicado por Iriart e Iglesias, para la enfermedad X siempre estará la pastilla Y, su farmacéutica se la ofrecerá.

Lynn Payer, quien ha investigado el asunto de la fabricación de enfermedades por parte de la industria farmacéutica; afirma que “dado que la enfermedad es un concepto social los proveedores pueden crear su propia demanda, esencialmente ampliando las definiciones de enfermedades de manera que incluyan el mayor número de personas e hilando nuevas enfermedades” (Payer [1988], 1995). A lo anterior agregaría que la

estrategia no solo está en crearlas sino posicionarlas políticamente para su legitimación como necesidad social de atención en salud.

Ahora bien, la otra cara del consumo sanitario está en su fomento y aval por parte de la ciencia y de la política para entrar en la cotidianidad. En términos generales se debe comprender que los profesionales de la salud, y sus procesos formativos, están insertos en lógicas que privilegian la medicalización de la vida y la fabricación de consumidores y al fin de al cabo terminan reproduciendo estos patrones. De cierto modo, “La fuerte tendencia a medicalizar los problemas de salud y asumir que su solución primera involucra el tratamiento médico, genera que los hacedores de políticas, en el mejor de los casos, pongan el foco en aumentar el acceso financiero y geográfico a los servicios de salud para las poblaciones vulnerables, descuidando en oportunidades causas sociales y económicas de la vulnerabilidad y disparidad en salud.” (Natella, 2008).

En Colombia por ejemplo, el aumento progresivo en el costo y consumo de medicamentos, desde el gasto de bolsillo y desde el Sistema de Salud, se relacionan con desarrollo económico y mejoramiento de la capacidad adquisitiva del País (Zapata, 2012), es decir, según tales estudios, avalados por organismos como Fedesarrollo, el continuo crecimiento en compra de medicamentos del país supone un mejoramiento de la capacidad adquisitiva de las personas –per cápita- y reflejaría un buen comportamiento en términos de gastos/inversión en salud.

Si consideramos que:

“El consumo es un hecho social total... pues es una realidad objetiva y material. Pero sobre todo es, a la vez e indisolublemente, una producción simbólica: depende de los sentidos y valores que los grupos sociales dan a los objetos y a las actividades de consumo... nos remite tanto a los sistemas económicos de acumulación, como a prácticas reales de sujetos” (Alonso, 2005)

Emergen vacíos sobre el fenómeno del consumo relacionado con la salud en el país; sobre tal producción simbólica; sobre la reproducción o no de formas de consumo masificadas; sobre el rol de la publicidad relacionada con la salud en el cotidiano de las personas, sobre los sentidos y valores que los grupos sociales dan a la salud; sobre las prácticas y discursos reales y concretos; sobre los procesos de apropiación en salud; sobre las relaciones con formas de acumulación... en fin, sobre el consumo como hecho social.

Estudiar y comprender el consumo desde esta consideración posibilita analizar su función en la producción y la reproducción social, en la formación de intersubjetividad relacionada con el campo de la salud, así como en los procesos de dominación socio-política; parafraseando a Testa (1992), posibilita abrir un debate fructífero sobre los determinantes estructurales de las necesidades en salud e identificar cuestiones cuya resolución establezca nuevos espacios al quehacer de la salud pública

Como se podrá ver en el siguiente apartado, los estudios sobre uso y/o consumo de los servicios de salud en el país son escasos y se han centrado en el análisis microeconómico o como variable en las encuestas de ingresos y gastos y de calidad de vida, es decir, limitado a una conducta económica, invisibilizando que aún en un escenario de pleno mercado, la demanda de atención en salud no está orientada por gustos y deseos relativamente estables del consumidor o en decisiones plenamente técnicas del agente intermediario en el consumo (médico) por el contrario, éstas “son construcciones sociales determinadas por aspectos psicológico-culturales-políticos-económicos que están por encima de las condiciones biológicas y por fuera de las leyes del mercado” (Orozco, 2012).

Después de más de 20 años de trayectoria de un sistema de salud que contiene una profunda ideología de libre mercado y teniendo en cuenta que las estructuras macro se construyen y deconstruyen en interdependencia con las estructuras micro, surgió el interrogante sobre el consumo de atención en salud que se ha establecido con la reforma.

La pregunta síntesis que guio la investigación fue:

¿Cómo se ha configurado el consumo de la atención en salud a partir de la década de los 80?

El objetivo planteado para responder al interrogante fue comprender la configuración del campo consumo de la atención en salud entre 1980 y 2014 en Bogotá.

1.3 Aproximación a los estudios sobre el consumo en salud

Iniciando la década de los 90's, en los países hegemónicos, se impulsan significativamente los estudios sobre el consumo en salud ante la escasa información sobre el comportamiento de los consumidores, sus preferencias y elecciones y la necesidad de entender el efecto de la demanda en la elasticidad del precio para los planes de salud,

entre otras cosas porque el éxito de la estrategia de la competencia gerenciada depende de la elasticidad de la demanda (Buchmueller, 2009); dinámica que respondió al peso, rol y predominio de las teorías económicas neoclásicas para el análisis de todo lo social, en los cuales la idea del *homo economicus* es punto de partida de todo análisis del consumo. Un *homo economicus* que respondería a su racionalidad, lo que Alonso y Callejo denominarán, el imperialismo económico y el retorno del *homo economicus*, para advertir cómo en lo contemporáneo y desde el individualismo metodológico, se impone la ortodoxia económica para explicar cualquier comportamiento humano: “cualquier cosa que el género humano hace, ya sea más íntima o más pública, puede ser explicada por la racionalidad instrumental” (Alonso y Callejo, 1994). El retorno al que se refieren los autores antes mencionados se relaciona con el proceso de reprivatización del estado de bienestar, en el cual la norma de consumo era más bien despersonalizada y unificadora debido a la fuerte intervención y regulación del Estado en el consumo en general. Desde la perspectiva neoclásica es imperante la necesidad de moldear las elecciones de ese consumidor, por razones poco explícitas en los estudios que las abordan, pero implícitamente ligadas al control de costos en los sistemas de salud.

Desde la perspectiva del modelamiento de las elecciones también se encuentran estudios de experimentación sobre los escenarios de elección de los consumidores en salud (Merino-Castello, 2003; Greene y cols, 2008); en Colombia el Cendex de la Universidad Javeriana también se aproximó al tema del consumo en salud desde este tipo de estudio; en el 2010 desarrolló un experimento de elección “con el fin de identificar las preferencias de los consumidores por el seguro de salud en Colombia y evaluar si tales preferencias difieren entre consumidores con condiciones demográficas y de estado de salud diferentes”, concluyen que la población no asegurada estaría dispuesta a pagar más por la cobertura de la familia y la cobertura de enfermedades crónicas, seguidos por la calidad de la atención y el pago por incapacidad (Cendex, 2012; Ruiz & Cols., 2008), de allí la conexión con el aumento en la venta de seguros complementarios, sin embargo, los datos poco explicativos en términos de comprender el asunto del consumo en la atención en salud y del porqué se dan tales motivaciones.

Ruiz, en un estudio para Fedesarrollo en el que analizaba el mercado de la salud en Colombia, afirmó que: “No existe una evidencia sólida a partir de una línea de base consolidada y de seguimiento longitudinal sobre las características de consumo en salud en Colombia. Sin embargo, algunos indicadores muestran que el país está expuesto a una

tasa alta de consumo.” (Ruiz, 2013), este estudio realizado desde una perspectiva de defensa del mercado privado para el aseguramiento y la provisión de servicios, da cuenta además de “diferencias importantes entre los mercados de prestación” (Ruiz, 2013), lo cual indicaría que también hay diversidad en las formas de consumo.

Desde la perspectiva evaluativa también se han hecho algunas aproximaciones sobre el uso de servicios de salud. Al respecto Arredondo afirma que, en América Latina:

“la mayoría de los estudios que se han realizado para entender el comportamiento de proveedores y usuarios en el uso de servicios de salud abordan un análisis descriptivo expresando las frecuencias absolutas y frecuencias relativas de patrones de utilización, con un amplio énfasis en el comportamiento del sistema de salud pero sin entrar a detalle al entendimiento de los determinantes y condicionantes psicosociales, sociales, epidemiológicos y socio-económicos de dichos patrones de utilización desde la perspectiva del usuario de los servicios” (Arredondo, 2010)

A una conclusión similar llegan Vargas-Lorenzo y cols., quienes para el 2009 en una revisión sistemática de la producción sobre servicios de salud en el país, muestra que son escasos los análisis explicativos sobre la utilización de los servicios de salud, pocos los estudios que profundizan en aspectos contextuales, esto es políticas y características de proveedores y aseguradoras, y más escasos aun los que abordan la perspectiva de los actores en relación con la utilización de los servicios de salud (Vargas-Lorenzo y Cols, 2010).

Los estudios de Priego-Alvarez (2000), son un caso especial que merece la pena relevar porque centra su trabajo en el análisis directo de las percepciones de las personas sobre el consumo sanitario, sin embargo su análisis es ahistórico y arelacional; este autor entiende el consumo sanitario como “un proceso de adquisición, aplicación o utilización de los bienes y servicios sanitarios a fin de obtener de ellos una satisfacción utilidad directa en términos de mejora de su nivel de bienestar” (Priego-Alvarez, 2000), pero individualiza el proceso, es decir no lo entiende como un asunto interdependiente del modo de producción y reproducción social, ni en relación con estructuras socio-económicas; en términos generales, podemos considerar que esta conceptualización de consumo sanitario sigue la idea de *homo economicus* y los lineamientos del individualismo metodológico. El autor, usa la categoría consumerismo en oposición al consumo, la diferencia radica en el

protagonismo activo de los pacientes en la toma de decisiones, así si el paciente es pasivo en la toma de decisiones es consumidor, sino es consumerista. Tales categorías aportan poco a la comprensión del consumo como práctica social, como espacio en el que confluyen procesos económicos, políticos y simbólicos.

Por otro lado, los estudios de Molina et. Al (2010; 2011), Múnera, (2011), Echeverri-López (2002, 2011), Echeverri (2008), Abadia (2009) nos describen y permiten comprender cómo el sistema es una continua cadena de trabas que limitan el acceso a los servicios de salud por diferentes mecanismos y desde diferentes niveles, aunque estos autores no abordan directamente el concepto de consumo, las categorías acceso, uso y demanda de servicios se relacionan con este, pues implícitamente hablan de satisfacción de necesidades de la atención en salud. Se debe reconocer que estos estudios citados son de los pocos que abordan perspectivas más subjetivas y de análisis en lo cotidiano sobre el sistema de salud colombiano y permiten ver cómo el modelo de salud excluye, profundiza inequidades, y sobre todo, permite ver que hay unas expresiones en lo subjetivo, en lo cotidiano sobre las cuales explorar para entender las relaciones entre las estructuras micro y macro nivel.

En nuestro país, estudios sobre el consumo en el área de la salud desde esta perspectiva de la sociología del consumo no fueron identificados en los rastreos bibliográficos hechos hasta el año 2015.

1.4 Referentes teórico-metodológicos para una comprensión de la configuración del consumo de la atención en salud en Colombia

El consumo es un asunto de la vida cotidiana desde hace muchos siglos y se presenta en interdependencia con las formas como se resuelven las necesidades humanas. Jan de Vries, en una de las obras sobre la historia del consumo más reconocidas en nuestro tiempo por la profundidad de su análisis que va desde el siglo XVII hasta nuestros días, aclara que éste ha estado siempre vinculado a la vida cotidiana de las personas y, de la mano de la producción, ha tenido una dinámica cambiante; aunque su análisis se hace desde la teoría económica ortodoxa del consumo, Vries da cuenta de que el consumo va más allá de un asunto de demanda doméstica de los hogares y lo ubica en una esfera de transformación microsocial que denomina *revolución industrial*. Esta revolución muestra los cambios tan profundos en las pautas de los hogares y a la reestructuración de la unidad

familiar, tanto organizativa como funcionalmente, dónde se pasa del consumo como un asunto muy doméstico, que lo denomina autoconsumo o autoabastecimiento (ropa y alimentos principalmente) a un espacio de total apertura al mercado (Vries [2008], 2009).

En términos generales, el concepto de consumo está en una permanente tensión teórica; por un lado están las corrientes económicas ortodoxas que lo entienden como demanda y cuyo centro de análisis está en los registros cuantitativos que configuran los sistemas de precios y gastos (Attali y Guillaume, 1976), en otro extremo la corriente crítica, principalmente autores de la Escuela de Frankfurt, que lo reconocen como alienación, “una condición que hace a los individuos incapaces de distinguir el valor de uso del valor de cambio y las necesidades objetivas de los deseos subjetivos” (Vries [2008], 2009); también se encuentran las teorías posmodernas en las cuales lo semiótico y los sistemas de signos buscan los significados de consumir más abstractos, textuales, despojándolos de su materialidad y concreción; también existe una propuesta que lo reconoce como un hecho social e histórico que se presenta en medio de los conflictos propios de las relaciones sociales, es decir ni como alienante ni como fuente de total autonomía o libertad del individuo (Alonso, 2005; Callejo, 1995).

Desde una perspectiva socio-histórica y crítica y con bases en teorías provenientes Maurice Halbwachs, Pierre Bourdieu y Carlos Moya, los españoles Alonso (2009, 2005, 2007; 2014; 2007), Callejo (1994, 1995) y Conde (2009) construyen una propuesta teórica desde la sociología del consumo (en producciones independientes) que posibilita estudiarlo como prácticas concretas y como campo contextual e históricamente situado; que hace referencia no solo a la esfera *micro* de la sociedad, sino a la continua relación con el proceso de producción y al carácter multidimensional, social y políticamente conflictivo. Para Alonso, y para efectos de la presente tesis:

“El consumo como práctica social concreta sintetiza un conjunto múltiple de fuerzas: la distribución de rentas originadas en el proceso de trabajo, la construcción de las necesidades reconocidas por parte de los consumidores, la búsqueda de beneficio mercantil, los discursos y el aparato publicitario, la conciencia de los grupos sociales reales, las instituciones formales e informales, la emulación e imitación social, los movimientos colectivos, etc. Todo ello indica que es necesario enmarcarlo en el *modo de regulación* (como esquema estabilizado de marcos normativos y de convenciones sociales), que produce socialmente las condiciones

para la producción de mercancías y la acumulación de capital” (Alonso, 2005. p 31-32).

Alonso, deja claro que una visión sociológica del consumo posibilita superar la visión utilitarista del asunto para entenderlo como hecho social, con funciones en la reproducción social, la formación de la intersubjetividad, los problemas de dominación sociopolítica, la repercusión de las formas de vida, el impacto en la cohesión social, o en la generación de la igualdad o desigualdad social. De este modo, el consumo deja de ser un efecto residuo determinado por causas económicas y, por lo tanto, maleable que se presenta casi mecánicamente (Alonso, 2005); postura que prevalece en los análisis sobre consumo.

En términos operativos, un análisis socio-histórico del campo³ de consumo comprende el estudio de prácticas concretas, del contexto en el cual estas se sitúan y de las lógicas sociales y económicas dentro de las cuales se inscriben; como campo, hay una producción simbólica, conflictos, resignificaciones, construcciones y resistencias.

La investigación de las prácticas de consumo implica el análisis relacional de tres categorías: usos, formas de consumo y estrategias de consumo (Alonso, 2005; Callejos, 1995, 1994) Los **usos** son una acción estructurada y repetida en el tiempo producto de la historia colectiva (Callejo, 1995). Callejo señala que en el uso hay una apropiación material y simbólica que conecta el carácter histórico de las necesidades con las aspiraciones vitales y que tal uso está ligado a una regulación y una regularidad social (Callejo, 1995). Las **formas de consumo** se definen como la contextualización de los usos a partir de las prácticas y se relacionan con aspectos de identidad de las personas respecto del grupo social al que pertenecen, de manera que la exploración en diferentes grupos es fundamental para el análisis de las prácticas de consumo de atención en salud; “preguntar por las formas de consumo de un objeto es preguntar por las vivencias temporales y espaciales del tal consumo” (Callejo, 1995). Las **estrategias** explican cómo las formas de

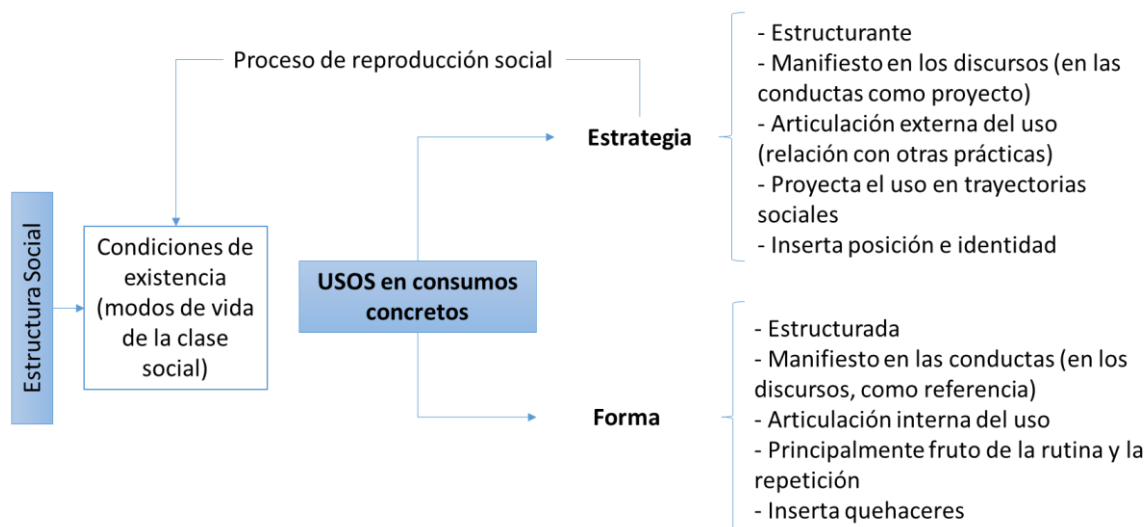
³ Siguiendo a Bourdieu: “un campo puede definirse como una trama o configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Esas posiciones se definen objetivamente en su existencia y en las determinaciones que imponen a sus ocupantes, agentes o instituciones, por su situación (situs) actual y potencial en la estructura de la distribución de las diferentes especies de poder (o de capital), cuya disposición comanda el acceso a los beneficios específicos que están en juego en el campo, y, al mismo tiempo, por sus relaciones objetivas con las otras posiciones (dominación, subordinación, homología, etc.” (Bourdieu, 1968)

consumo son socialmente orientadas y articulan posiciones sociales, disposiciones (habitus) y tomas de posición (Callejo, 1995).

Para Callejo, “los usos encuentran su sentido en el contexto pragmático social”, por ello es imposible desvincularlo de la estructura social y se presenta como articulación, resultado y lugar de encuentro de formas y estrategias (Diagrama 1). Este uso, aun siendo una repetición, es cambiante y dinámico:

“en la medida en que *hay transformaciones en un campo determinado de prácticas –por ejemplo, debido a innovaciones técnicas que amplíen el sistema de concreciones de un producto de consumo...- puede colaborar a modificaciones propias de la estructura social, siendo la reproducción social ... un proceso abierto a constantes transformaciones... Lo que básicamente se apropia a través del consumo son las condiciones de existencia. Con la apropiación del objeto de consumo los sujetos se apropian de sus condiciones, pero también son apropiados por ellas*” (Callejo, 1995) (cursiva propia)

Diagrama 1. Esquema representativo del proceso concreto de consumo



Fuente: Modificado de Callejo, 1995.

Es fundamental para el estudio empírico del consumo entenderlo en una relación dialéctica entre apropiación (relación del consumidor con los objetos) y reproducción social, donde “el objeto de consumo es también producido por el consumidor” (Callejo, 1995) en un

proceso interdependiente o figurativo. Es en esta relación tan particular del consumo que lo material y lo simbólico se interpenetran. También es importante, no perder de vista que “el consumo es un campo de luchas por la significación de los sujetos sociales que arranca del dominio de la producción, pero que *no la reproduce mecánicamente sino que con una cierta autonomía, produce y reproduce poder, dominación y distinción*” (Alonso, 2005) (cursivas propias).

Por su pertinencia y aporte como referente teórico, se considera que la categoría *configuración*, desde la perspectiva elisiana, facilita comprender la articulación de las prácticas del consumo con el contexto y las lógicas dentro de las cuales se inserta⁴. El constructo conceptual de configuración surge a partir de los estudios de Elias sobre la vida cotidiana de las clases sociales del siglo XVIII y XIX, los cambios comportamentales que emergen y las dinámicas de constitución de los Estados modernos en Alemania, Francia e Inglaterra, haciendo énfasis en la importancia tanto de la historia como de la comparación. A partir de los referentes teóricos de Weber y Freud, desarrolla su trabajo de investigación sociogenética y psicogenética, la cual “trata de descubrir el orden de los cambios históricos, su mecánica y sus mecanismos concretos” (Elias, 1989) para demostrar cómo las actitudes humanas y las instituciones sociales son manifestaciones históricas y construcciones dinámicas.

La categoría conceptual configuración, principal referente en el trabajo de Elias, surge: 1) en contraposición a la idea del “sistema social” parsoniano, privilegiando el sentido procesual; 2) de los análisis sobre las transformaciones procesuales que se generan en las sociedades y, 3) principalmente, del problema de las relaciones entre estructuras individuales y estructuras sociales. Para Elías, dicho problema “comienza a aclararse en la medida en que se investigan ambas como algo mutable, como algo que está en flujo continuo” (Elías, 1989). La idea de configuración es un constructo teórico a partir de una base empírica que representa la interdependencia o “interpenetración mutua” de individuos y sociedad, que explica el carácter relacional de intercambio y de mutua afectación entre

⁴ Si bien es cierto la teoría de Elías hace referencia a procesos de larga duración histórica, la categoría configuración en su carácter procesual y relacional es un recurso heurístico que puede facilitar la comprensión de diferentes fenómenos, máxime cuando se reconoce que en el último siglo se ha dado un cambio social acelerado.

ambos (Elías, 1990). De modo que permite ver los usos, formas y estrategias en continua interdependencia con las estructuras sociales macro.

Así el consumo se entiende como un fenómeno en interdependencia y mutua determinación con el modo de producción, dinámico y que hace parte de una realidad social más amplia, por ello cuando cambia uno, cambia el otro. Se reconoce que el cambio de mayor peso en términos del *modo de consumo*, se da en el fordismo cuando aparece la norma de consumo moderno y se profundiza su condicionamiento por relaciones de producción capitalistas (Alonso, 2009).

La norma social del consumo, siguiendo a Aglietta, emerge durante el fordismo al establecer un patrón de vida del trabajador en la cual se genera una amplia socialización de la financiación para la adquisición de mercancías y, correspondientemente, un control muy estricto de los recursos y gastos de los trabajadores. De este modo se lograba un aumento significativo de la circulación de mercancías para el consumo de los propios trabajadores, así “la generalización de las relaciones mercantiles domina las prácticas de consumo. Se trata de un modo de consumo reestructurado por el capitalismo, porque el tiempo consagrado al consumo está dedicado cada vez más al uso individual de mercancías y se empobrece considerablemente en relaciones interpersonales no mercantiles” (Aglietta, 1998), es en este momento cuando la creación de mercados internos emerge como mecanismo para soslayar las crisis y expandir las estrategias de acumulación de capital (Liepzig, 1984).

De acuerdo con Callejo:

“Para imponer este nuevo orden económico fue necesario disolver el antiguo modo de vida y sustituirlo por otro en el que el espacio económico doméstico se construye a partir de un vasto universo mercantil. Todas las relaciones sociales que antes quedaban fuera de la producción capitalista quedan ahora dentro de la dinámica de producción de objetos (materiales-inmateriales) fabricados bajo la más genuina forma capitalista. Su objetivo básico es multiplicar las necesidades subjetivas de la sociedad: introducir en la conciencia -y más allá de la conciencia de los sujetos- el consumo.” (Callejo, SF)

De allí que se considere que el fordismo es la cuna del apogeo del consumo moderno, más aún, estaría el origen de la denominada sociedad de consumo de masas en la cual éste

pierde su carácter privado. Durante el fordismo el campo del consumo y su relación con la satisfacción de necesidades en lo doméstico se da a través de la imposición de un modo de apropiación de los objetos convertidos en formas de valor económico que estandariza los estilos de vida en función del tipo y nivel de consumo, lo cual provoca una inclusión/exclusión social (aspecto que Bourdieu describe como el fenómeno de la distinción en la sociedad de consumo), re-construyendo identidades específicas de los grupos sociales (Espinel, 2011); este proceso fue “mediado tecnológicamente por uno de sus hitos fundamentales: la televisión. Incorporada como un elemento más de la familia, la televisión permitió socializar estilos de vida” (Espinel, 2012).

Pero no solo la televisión jugó un rol fundamental en ese proceso socializador del consumo fordista, fueron en conjunto los medios de comunicación. Estos empiezan a evidenciarse como un dispositivo de poder que median las identidades colectivas “ya que todo acto de discurso en el seno de los medios de comunicación de masas constituye un enunciador y un destinatario, y propone un vínculo entre ambos” (Habermas citado por Alonso, 2005); tienen los medios, entonces, una función de *extensión comunicativa de las relaciones mercantiles* que sintetiza la simbiosis entre comunicación y consumo o en palabras de Callejo, la articulación ente sistemas de medios de comunicación y sistemas de mercados. (Callejo, 2005)

Así, un análisis del campo de consumo implica una aproximación a la discursividad de los medios de comunicación como fuentes que muestran contextos y lógicas hegemónicas estructurantes. Vale la pena anotar que no se trata de un análisis ortodoxo de la publicidad o del marketing, en los cuales subyace la idea magnificada del poder de la persuasión a modo de estímulo-reflejo, se trata más bien, de explorar las construcciones que desde los medios se instituyen.

1.4.1 Necesidad y consumo: interdependencia real y construida.

A través del aprovisionamiento (consumo no mercantil) se satisfacen las necesidades humanas, pero al encontrarnos en un modo de producción capitalista, esta satisfacción queda subsumida en las lógicas mercantiles. La relación necesidades y consumo es un punto de partida fundamental para comprender cómo en un campo social se reproduce la acumulación de capital. Siguiendo a Marx, la satisfacción de necesidades del conjunto de

la sociedad se da a través de objetos generados en la producción, objetos que se intercambian, y más importante, objetos que se consumen de un modo determinado por la producción general, así el modo de producción determina el modo de consumo (Marx, [1857]1987). Estas dos categorías, necesidad y consumo, se relacionan a través de un proceso de identidad inmediata, de dependencia recíproca y de simultaneidad, es decir dos momentos que se dan un mismo acto (Marx, 1989).

De manera interdependiente, el modo de producción transforma el valor de los objetos en valores económicos, lo que genera una forma de apropiación específica de los mismos, o lo que es igual genera un modo de consumo determinado y por lo tanto una forma determinada de la satisfacción de necesidades. Marx lo deja claro al establecer que “El hambre es hambre, pero el hambre que se satisface con carne cocida, comida con cuchillo y tenedor, es un hambre muy distinta del que devora carne cruda con ayuda de manos, uñas y dientes” (Marx [1847], 2010); de allí que se considere que los objetos y bienes, su proceso de apropiación sea un asunto histórico y social. Así los valores, sus cualidades inmateriales, son construidas socialmente y no es una entidad o una sustancia inherente a las cosas, es una idea, un concepto y una forma de apropiación del mundo, que surge a partir de la forma en que nos relacionamos socialmente (Parra, 2012).

No se pretende profundizar en la teoría del valor, ni en el concepto de “fetichismo de la mercancía”, pero es importante establecer que la relación necesidad-consumo esta mediada por esa transformación de valor social (de uso) de los objetos hacia valores económicos (de cambio); lo que ocurre en el capitalismo, es que las necesidades quedan subordinadas al intercambio mercantil y a un modo de consumo determinado por el modo en que se producen los objetos para la satisfacción de las mismas. No podemos olvidar que las justificaciones convencionales para implementar acciones concretas e intervenir en salud hacen referencia a la solución o respuesta efectiva a necesidades de la población, lo que pareciese un argumento natural y justo en una sociedad moderna, de modo que la comprensión del consumo en salud se debe entender ligado al de las necesidades en salud.

El modelo de consumo de masas gestado en el fordismo se ve afectado por la crisis económica de los setentas durante la cual se inicia una serie de cambios y reacomodos del sistema económico, es decir, del modo de producción y, por lo tanto, de la forma como se consume y se da satisfacción a las necesidades sociales. Las situaciones económicas

y sociales de los setentas que llevaron a la transformación del fordismo se pueden resumir en: la crisis derivada del petróleo; la disminución de la inversión y demanda en mercados internos (Harvey, 1990); la progresión general y continua del desempleo; la inflación creciente; la “estrangulación de las ganancias” –de allí que se considerara una crisis de rentabilidad- (Lipietz, 1984); mayor desarrollo de automatización y tecnología (aumentado los costos de producción), y la pugna entre industriales y trabajadores por el crecimiento del poder político y social de las organizaciones sindicales, agremiaciones y otros movimientos sociales (Tauss, 2012); tales situaciones traen consigo una nueva crisis económica, sobre todo para Estados Unidos, en la que se gesta un reacomodo del modo de producción flexibilizando, por diversas vías, las relaciones laborales e internacionalizando la producción (Alonso, 2005; 2009) para estabilizar las tasas de ganancia (Tauss, 2012). Estos dos últimos fenómenos marcan la transición hacia el llamado pos-fordismo (Alonso, 2009), o para otros, etapa de financiarización del capitalismo, pero dejando una base social e ideológica respecto del consumo como espacio de la mercantilización de necesidades humanas.

Los acontecimientos del posfordismo configuran un discurso de las necesidades sociales desde la satisfacción de las mismas en términos individuales, tecnológicos y de rentabilidad para el capitalismo. Estos elementos serán centrales en la configuración de un sujeto consumidor-cliente que ocupará un lugar privilegiado en las lógicas del emergente mercado de las necesidades sociales. Giraldo, explica que en el proceso de mercantilización de las necesidades sociales el concepto y práctica del ciudadano se cambia hacia la de cliente como estrategia ideológica de las nuevas formas de acumulación de capital y como forma de ejercer un supuesto derecho de acceso a bienes y servicios (Giraldo, 2013). En esta reconfiguración de las necesidades sociales como espacios de consumo mercantil, el consumidor es constituido en soberano, a través de la asignación del poder de elección entre la variedad de marcas, pues la multiplicación de productos y necesidades es sustituida por la multiplicación de ofertas específicas dentro de un mismo producto (Callejo, SF).

La internacionalización del capital y la tecnologización, configuran un espacio en el que el discurso económico derivado de la perspectiva liberal se gesta como solución óptima para la salida de una profunda crisis, tanto económica como social y democrática que imperaba en el mundo (Friedman, 1975) de allí que los reconocidos académicos de la escuela de Chicago concluyeran que: «La economía social de mercado es la única medicina» (Soto,

2012). Estos elementos ponen un nuevo panorama en el análisis de las necesidades sociales que son entendidas ahora a través de la re-elaborada teoría económica de la racionalidad.

Friedman, vocero y exportador de las teorías de la escuela de Chicago en América Latina, promulgaba que solo había una forma de salir de la crisis y sentar las bases del desarrollo económico “reduciendo el sector del gobierno, transfiriendo actividades al sector privado, removiendo obstáculos y eliminando subsidios” (Friedman, 1975), además bajo mecanismos privados porque los mecanismos colectivos creaban tiranía, elementos comunes en los discursos del emergente neoliberalismo que fue adoptado progresivamente como modelo a escala global.

Así, los espacios de atención de necesidades sociales comienzan a ser reformulados y pensados como espacios para la expansión de mercado como ocurrió con las necesidades domésticas en la época del fordismo, con un elemento agregado y es que el consumo mercantilizado ya se ha instalado como norma para la satisfacción de necesidades.

1.4.2 Práctica de consumo de la atención en salud: una aproximación

En los párrafos anteriores se ha descrito que una práctica de consumo: 1. es una práctica social sobre los usos, formas y estrategias objetos/bienes; 2. está en interdependencia con el modo de producción; 3. está determinada por procesos motivacionales (de génesis social) y por instituciones económicas, políticas y simbólicas, esto es sobredeterminada por situaciones sociales concretas, y 4. se incorpora en los sujetos hasta hacerse práctica. En el campo de la atención en salud, aplican estas mismas características conceptuales, es decir una práctica de consumo de la atención en salud, puede definirse como una práctica social mediada por situaciones sociales concretas para dar respuesta a una necesidad de salud sentida, necesidad que es social e históricamente construida, en un marco institucionalizado como lo es el sistema de salud. Como práctica social, el consumo relacionado con la atención en salud, está inmerso en una esfera de conflictos económico-políticos y de luchas de poder, y se da en un modo de producción particular, en este caso, un sistema de salud de corte mercantilista, que interpela lo subjetivo y las transforma las representaciones sobre la salud-enfermedad-atención.

1.4.3 *La noción de configuración*

El concepto de configuración ha ganado relevancia durante las últimas décadas para las ciencias sociales, especialmente para la sociología, como propuesta alternativa a las nociones positivas, relativistas y estructuralistas de comprensión de la sociedad, pues se establece como un intento de apertura en las formas de pensamiento tradicionales de la ciencia y de la definición de teoría científica (De la Garza, 2001). Diversos autores, coinciden en que la alternativa de la noción de configuración está en la comprensión relacional de los procesos/objetos/fenómenos (Elías, 1994; De la Garza, 2001; Ocaña, 2017; Maturana, 2013).

Siguiendo a De la Garza (2001), es posible identificar cuatro propuestas fundamentales a partir de las cuales comprender la noción de configuración; la primera, surge en Elías, quien al reconocer la interdependencia individuo/sociedad, propone como forma de explicación de la génesis social e individual la mutua dependencia, en su obra, “a veces las Configuraciones aparecen como estado de cosas y en otras como procesos” (De la Garza, 2001); la segunda, es la propuesta de Adorno, dónde la configuración es considerada un racimo de conceptos en continuas combinaciones que comprenden tanto lo conceptual como lo empírico y no es armoniosa, sino contradictoria, aunque en conexión, así, para Adorno, existirían dos momentos de construcción de la configuración: el analítico conceptual y su síntesis en la representación de la configuración. Como tercera, De la Garza menciona el trabajo de Vygostky y Bajtin, denominándola la propuesta de la corriente soviética cognitiva, dónde configuración se relaciona con la forma de construcción del objeto a través de las diferentes miradas disciplinarias del mismo; la cuarta, es la de Benjamin, quien la define como “pensar en imágenes”.

Una quinta propuesta puede establecerse a partir de la propia noción de configuración de De la Garza, reconstruida desde Marx, Gramsci, la escuela de Frankfort y de E.P. Thompson, quien la considera como las relaciones entre conceptos, dónde prevalece la idea de continuum y que conduce a ver las relaciones entre estructuras-subjetividades y acciones como configuración de configuraciones, es decir como Totalidad concreta (Totalidad como configuración de configuraciones). (De la Garza, sf)

Más recientemente, encontramos la definición de Maturana, quien la considera una evocación y no una descripción; así, esta noción “evoca una disposición relacional, es

decir, una forma, y esta forma puede ser entendida como una unidad o entidad que distingo, o como una entidad que excluyo, o como una entidad que entrelaza la forma distinguida y la forma excluida... La configuración es la disposición de los procesos en las relaciones simultáneas, es una entidad autónoma de relaciones internas” (Maturana, 2013 citado por Ortiz, 2017); en Maturana, la idea de una configuración universal de los procesos es análoga a la idea de totalidad de De la Garza, al ser síntesis de configuraciones en diversos niveles y dimensiones.

Este conjunto de propuestas definitorias de configuración tienen en común la centralidad de las relaciones entre conceptos/categorías para la explicación de un fenómeno; relaciones que se dan en diversas dimensiones o planos del objeto de estudio. Sin embargo, y para propósitos del presente estudio la propuesta de De la Garza resulta pertinente y coherente, pues pone especial énfasis en que la finalidad de la noción de configuración, como guía para el análisis de la realidad, está en dar sentido (en términos hermenéuticos), de modo que al investigar configuraciones “se trata de privilegiar la búsqueda de relaciones posibles entre conceptos con respecto a su función explicativa... [lo que] conduce a ver las relaciones entre estructuras-subjetividades y acciones como configuración de configuraciones” (De la Garza, sf).

De acuerdo con lo anterior, considerar una configuración del campo de consumo relacionado con la salud, buscará a partir de relaciones entre categorías dar sentido explicativo de las relaciones entre estructuras-subjetividades y acciones que emergen en los discursos y prácticas, teniendo presente que las estructuras no pueden existir sin praxis pero tampoco reducirse a estas (De La Garza, sf), de allí la vitalidad de exploración empírica en diversos tipos de fuentes.

1.5 Diseño metodológico, fuentes y análisis.

La exploración y comprensión de la configuración del campo de consumo de la atención en salud se hizo desde el paradigma cualitativo de investigación con enfoque sociohermenéutico, el cual tiene como finalidad “la construcción significativa del mundo en una situación concreta a partir de las experiencias de los actores sociales” (Alonso, 2013). El eje central del enfoque es, siguiendo a Alonso, la comprensión e interpretación del efecto

de los sentidos y significados que los actores sociales, a partir de su experiencia, construyen sobre el mundo en una situación concreta (Alonso, 2013).

Desde esta perspectiva sociológica, se reconoce en el lenguaje un sentido social, histórico y simbólico, más allá del sintáctico o semiótico proveniente de perspectivas posmodernas y posestructuralistas, e interesa su función pragmática en la medida en que “se pregunta lo que hace y busca la gente cuando utiliza el lenguaje... (sus relaciones y configuraciones de campo relacional) ... dónde los discursos son coherentes con su contexto, a la vez que son, o pueden ser, interdependientes, estratificados, competitivos y conflictivos entre sí.” (Alonso, 2013).

Así, los textos son la materia prima del enfoque sociohermenéutico, los cuales son vistos como:

“producto cultural, [que] cobra relieve cuando se lee en su materialidad social; esto es, cuando se inscribe en los determinantes que están en su génesis, en las relaciones de poderes que lo enmarcan y en los efectos innovadores o reproductores que origina” (Williams citado por Alonso, 2013)

La justificación para privilegiar los discursos como fuente que posibilita una comprensión situada histórica y socialmente, radica en que, a la luz del enfoque socio-hermenéutico, estos son “una práctica simbólica que se construye en —y construye a— los actores sociales en el juego de representaciones de sus conflictos, intereses y formas de historicidad concretas” (Alonso, 2013), de modo que la captación de estos productos discursivos remiten a los sentidos de las acciones de los sujetos, como sujetos sociales, en esa totalidad que es la realidad, la cual tiene una dimensión fáctica y una simbólica.

1.5.1 Fuentes

Para analizar la configuración del campo de consumo de la atención en salud en un momento histórico determinado, se hizo necesario acudir a diversos tipos de fuentes, para construir una propuesta interpretativa de mayor alcance. De modo que se incluyeron:

- Fuentes documentales primarias:

Como se mencionó con anterioridad, los medios de comunicación se han establecido durante las últimas década como parte de la estrategia comunicacional de los procesos de

mercantilización, son constitutivos del paradigma hegemónico de cada país (Agamben, 2011), de allí su relevancia para la comprensión de los contextos y las lógicas que subyacen en la estructura social; por esto, se recurre a la análisis de la prensa escrita como fuente documental de fácil disponibilidad para explorar las estructuras discursivas publicitarias relacionadas con el campo de consumo de la atención en salud.

El periódico seleccionado fue El Tiempo, el diario de mayor trayectoria y continuidad en el país, pero además reconocido como un medio que plasma la ideología predominante o hegemónica.

El periodo de estudio seleccionado se estableció a partir de 1980, cuando se gestan las primeras reformas de corte neoliberal en América latina como se mencionó en los antecedentes, y hasta 2009, año en el cuál es declarada la primera emergencia social que el Gobierno de turno relaciono con asuntos del financiamiento del sistema.

Se revisaron las ediciones dominicales (microfilmadas) del periodo mencionado y se incluyeron los anuncios, noticias y editoriales relacionados la salud en general y la atención en salud, en particular; también se incorporó información de algunas ediciones de los días miércoles entre los años 1990 y 1997 y del jueves del año 1998, pues el periódico crea una sección específica de salud para estos días. Se excluyó todo aquello que hacía referencia a las cirugías plásticas, entre otras razones porque estas no han sido incorporadas dentro de las prestaciones de los sistemas de salud; también se excluyeron las notas y publicidad relacionada con el SIDA ya que existe un estudio en el país desarrollad por Márquez (2008) sobre la doxa discursiva frente a este fenómeno.

Una vez ordenado el material empírico seleccionado, se construye una interpretación sobre los símbolos, ideologías y relaciones de poder que los textos de la prensa despleaban (explícita e implícitamente), para integrarlos, abstraerlos y así reconstruir los discursos relacionados con la configuración del campo de consumo de la atención en salud que desde un medio masivo se generan; siguiendo a Márquez (2008), no debemos pasar por alto que éstos tienen “efectos de realidad en nuestras vidas cotidianas, que modelan los imaginarios”.

- Fuentes orales:

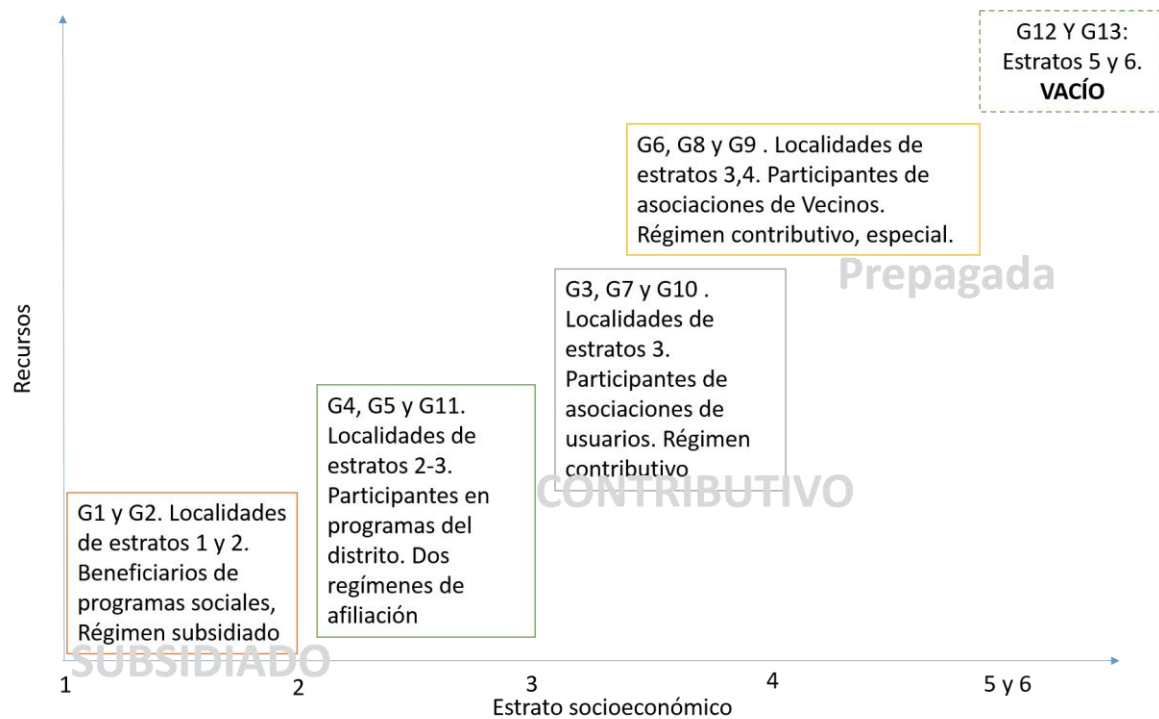
En un trabajo de campo llevado a cabo entre Noviembre de 2014 y Enero de 2016⁵, se realizaron 11 grupos de discusión y 14 entrevistas a actores del sistema de salud (no usuarios como rol principal). Un grupo de discusión puede ser definido como una conversación cuidadosamente planeada, diseñada para obtener información de un área definida de interés, en un ambiente permisivo. Se lleva a cabo con aproximadamente siete a diez personas, guiadas por un moderador (Ibañez, 1986), en este caso la moderación la hizo la investigadora principal con apoyo de dos estudiantes de sexto semestre de sociología de la Universidad Nacional.

Los grupos de discusión se estructuraron teniendo en cuenta los niveles socioeconómicos (estratos) de la ciudad de Bogotá, de modo que se generará un clima de cercanía e identidad social. Se invitó a participar a personas mayores de 50 años, teniendo en cuenta que se pudiese explorar sus perspectivas sobre el uso del sistema de salud y el consumo de atención desde antes de la implementación de la ley 100; sin embargo algunas personas con menos de 50 años acudieron a los encuentros. Para convocar a los participantes se recurrió a programas sociales de la Alcaldía de Bogotá para los estratos socioeconómicos 1,2 y 3; a asociaciones de usuarios de EPS contributivas, de ESE de tercer nivel de atención y a asociaciones de vecinos pertenecientes a estratos 4,5 y 6. A pesar de las reiteradas y extensivas invitaciones, no fue posible convocar ni desarrollar un grupo de discusión con personas pertenecientes a los estratos de mayor nivel socioeconómico. En promedio las sesiones tuvieron una duración entre 56 y 130 minutos.

La conformación de los grupos tuvo en cuenta la relación establecida por Bourdieu entre tipos de capitales y clase social, de modo que las personas pertenecían a grupos sociales similares ya que, siguiendo al autor, “grupos sociales similares poseen capitales similares” (Bourdieu, 1983), para esto se consideró que la articulación entre estratos socioeconómicos y área geográfica de residencia lograban una proximidad a esta similitud social entre los grupos (Tabla 2). Esta distribución puede ser representada, como se muestra en el diagrama 2, en un esquema en el que se relacionan los recursos con los estratos y la segmentación por regímenes de afiliación de la siguiente forma:

⁵ Algunos grupos de discusión fueron desarrollados con el apoyo de dos estudiantes de séptimo semestre de sociología, quienes fueron previamente entrenados en el desarrollo del guion de grupo.

Diagrama 2. Esquema de distribución de grupos



El objetivo central de los grupos fue la exploración sobre las prácticas concretas. El guion de preguntas (Ver Anexo A) giró entorno aspectos que posibilitaran hablar y verbalizar aspectos relacionados con los usos, formas y estrategias; así como aspectos concretos sobre los modos cómo se resolvían las necesidades en salud de las personas participantes y los cambios percibidos con la ley 100 sobre sus prácticas.

Tabla 2. Características de los grupos

Grupo	Características
1	Estratos 1 y 2 Localidad: Los Mártires Nivel máximo de estudios reportado: Técnico Todas las personas pertenecientes al régimen subsidiado
2	Estrato 2 Localidad: Tunjuelito Nivel máximo de estudios reportado: Secundaria La mayoría de personas pertenecientes al régimen subsidiado
3	Estrato 3 Localidad: Fontibón Nivel máximo de estudios reportado: Universitario Personas del régimen subsidiado y contributivo
4	Estrato 2 y 3 Localidad: Barrios Unidos Nivel máximo de estudios reportado: Universitario Todas las personas pertenecientes al régimen contributivo
5	Estrato 2 Localidad: La Candelaria – Santa fé Nivel máximo de estudios reportado: Secundaria La mayoría de personas pertenecientes al régimen subsidiado
6	Estrato 4 Localidad: Cedritos-SJ Nivel máximo de estudios reportado: Posgrado La mayoría de personas pertenecientes al régimen Contributivo y algunos con Medicina Prepagada
7	Estrato 3 y 4 Localidad: Teusaquillo Nivel máximo de estudios reportado: Posgrado La mayoría de personas pertenecientes al régimen Contributivo y algunos con Medicina Prepagada
8	Estrato 4 Localidad: Ciudad Salitre Nivel máximo de estudios reportado: Posgrado Todas las personas pertenecientes al régimen Contributivo y con Medicina Prepagada
9	Estrato 4 Localidad: Teusaquillo Nivel máximo de estudios reportado: Posgrado La mayoría de personas pertenecientes al régimen Contributivo y con Medicina Prepagada
10	Estrato 3 y 4 Localidad: Varias. Asociación de Usuarios Nivel máximo de estudios reportado: Posgrado La mayoría de personas pertenecientes al régimen Contributivo y algunos con Medicina Prepagada
11	Estrato 2 y 3 Localidad: Suba Nivel máximo de estudios reportado: Técnico La mayoría de personas pertenecientes al régimen Subsidiado

Características socioeconómicas de los participantes en los grupos de discusión.

En total participaron 103 personas, aproximadamente 9 personas por grupo. El promedio de edad de los participantes en los grupos fue de 62,4 años (DE 11.9), siendo la edad

mínima 31 y la máxima 89 años; la mayoría fueron mujeres (60,9%), provenientes de los estratos 2 y 3 (tabla 3.); también predominó la dedicación al hogar con un 33% (tabla 3) y la afiliación al régimen contributivo (52,4%).

Tabla 3. Datos Sociodemográficos de los participantes.

Característica	Frecuencia	Porcentaje
Estrato		
1	13	12,6
2	37	35,9
3	33	32,0
4	20	19,4
Régimen de Afiliación al SGSSS		
Contributivo	54	52,4
Subsidiado	48	46,6
Especial	1	1
Medicina prepagada		
Si	15	14,6
No	78	75,7
Sin respuesta	15	14,6
Nivel de Estudios		
Ninguno (Reportaron saber leer y escribir)	4	3,9
Primaria	30	29,1
Primaria incompleta	16	15,5
Secundaria	6	5,8
Secundaria incompleta	9	8,7
Técnico	9	8,7
Universitario	19	18,4
Posgrado	10	9,7

Tabla 4. Ocupación de los participantes.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Administrador	1	1
Analista de atención al usuario	1	1
Analista	1	1
Asesora de seguros	1	1
Asistente	1	1
Coordinador de atención en salud	2	1,9
Costura-Independiente	1	1
Cuidadora	4	3,9
Desempleo	1	1
Docente	7	6,8
Docente universitaria	1	1
Empleado	3	2,9
Hogar	34	33,0
Independiente	14	13,6
Jefe médico	1	1
Ninguna	3	2,9
Odontóloga	1	1
Pensionada/o	23	22.3
Psicóloga	1	1
Terapista ocupacional	1	1
Venta ambulante	1	1

En los casos que fue posible se convocó a los participantes de los grupos para comunicarles el análisis construido.

Las entrevistas individuales se hicieron a diferentes actores del sistema a manera de complementariedad y contraste, no se siguió una estrategia de saturación, ya que se buscaba explorar diversidad de perspectivas que ampliaran y facilitaran la articulación de las prácticas con el contexto. Para contactar a los entrevistados se siguió la técnica de bola de nieve, y se seleccionaron con base en sus experiencias y roles dentro del sistema (tabla 5).

Así se entrevistaron 14 personas, dentro de las cuales se encontraban especialistas médicos de mayor demanda de atención (de acuerdo con el sistema de información SISPRO): ortopedia, medicina interna, patología, y neurología; gerente de ventas de un laboratorio farmacéutico; medical advicer y vendedora de insumos ortopédicos de una empresa multinacional para Latinoamérica; 2 consultores de empresas privadas que

gestionan información nacional sobre medicamentos; 2 directores del sector de prestación de servicios de entidades de tercer nivel en la ciudad de Bogotá; y una odontóloga.

Tabla 5. Perfil de los entrevistados

Entrevista	Perfil
1	Médica, gerente de línea. Empresa Farmacéutica. Edad: 38 años
2	Odontóloga en IPS. Edad: 29 años
3	Médico, patólogo. Socio de una IPS. Edad: 70 años
4	Médico, especialista. Director de una IPS de cuarto nivel. Edad: 58 años
5	Enfermera. Pensionada, jefe departamento de un Hospital de 4to Nivel. Edad: 59 años
6	Administrador. Jefe de división en IPS de cuarto nivel. Edad: 41 años
7	Médico, neurocirujano. Socio de una IPS. Edad: 75 años
8	Médico, ortopedista. Especialista en una IPS de tercer nivel. Edad: 46 años
9	Médico, pensionado del ISS. Edad: 72 años
10	Médico, farmacólogo. Director ejecutivo de una empresa dedicada a la implementación de modelos de gestión para el buen uso de medicamentos ambulatorios. Edad 42 años
11	Médica, pediatra. Directora médica en clínica de cuarto nivel. Edad: 54 años.
12	Médico, ortopedista. Cirujano de rodilla. Socio en una IPS de cuarto nivel Edad: 62 años.
13	Enfermero, farmacólogo. Coordinador división de servicios en empresa intermediaria en la operación logística del sistema de salud para comprar medicamentos a laboratorios y ofertarlos a las EPS. Edad: 38 años
14	Fisioterapeuta. Medical Advicer y vendedora en multinacional de dispositivos ortopédicos. Edad: 34 años.

Las entrevistas fueron abiertas, dada la variabilidad de perfiles de los entrevistados; su finalidad era la exploración de experiencias y apreciaciones, en cada una de sus áreas de acción, sobre el consumo de bienes y servicios relacionados con la atención en salud.

Tanto las sesiones de los grupos como las entrevistas fueron grabadas en su totalidad, previo consentimiento informado y firmado por parte de los participantes; luego fueron transcritas fielmente para así proceder al análisis de los textos.

1.5.2 Tipo de análisis

La herramienta de la sociohermenéutica para el tratamiento de los textos obtenidos empíricamente es el análisis de discurso, entendido como un “análisis pragmático del texto y de la situación social —micro y macro— que lo ha generado” (Alonso, 2013), lo cual hace posible remitirse a las estructuras ideológicas que reproducen las interpretaciones y

construcciones simbólicas de un campo de consumo en particular; en síntesis, un análisis que permita “Comprender la interacción entre textos, estructuras sociales y significados de la acción” (Alonso y Fernández, 2013).

Si bien es cierto las mismas premisas metodológicas sobre el análisis de discurso desde la socioherméutica operan para cualquier tipo de texto, existen algunas particularidades respecto del análisis que es pertinente precisar para cada uno de los tipos de fuentes que se incluyeron.

Un análisis de discurso en textos como la prensa escrita desde la perspectiva sociohermenéutica implica “un análisis de los signos/símbolos/mitos/ideologías y relaciones de poder que se despliegan en dichos textos, que son contemplados en su entronque sociohistórico concreto... [e insertos] en un campo de fuerzas de grupos sociales en conflicto que luchan por defender sus intereses e imponer su manera de percibir y valorar el mundo, así como sus posibilidades de transformación” (Serrano & Zurdo, 2013); de acuerdo con lo anterior en los documentos se encontrarán diversos discursos relacionados de manera compleja y conflictiva (o alineada con la hegemonía imperante), en voces de diversos actores y sectores; de allí que operativamente se relacionen como un sistema de discursos (Conde, 2009)

Los textos obtenidos a través del habla “no son sólo palabras, son formas de práctica social que nos remiten a luchas y jerarquías políticas, a contextos pragmáticos, a nichos institucionales, a condiciones materiales y a prácticas no discursivas en un sentido estricto”(Alonso y cols, 2014), de modo que el centro del análisis aquí es la pragmática del discurso.

Si bien es cierto no se puede asegurar que la prensa que se rastreó haya sido leída por las personas participantes, ni este sea el objetivo de la investigación, es posible establecer relaciones desde la construcción de símbolos e ideologías respecto del consumo de la atención en salud, pues como se mencionó en los referentes teóricos, existen interdependencias entre las estructuras inherentes a los procesos de configuración, las cuales sí pueden ser exploradas e interpretadas como parte del contexto y de las lógicas, no como relación directa o unívoca, sino como parte del entramado de interacciones que juegan un rol en una complejidad mayor.

El análisis de los textos implicó un proceso inductivo de fragmentación, codificación, clasificación, abstracción, síntesis, relacionamiento e interpretación de los datos empíricos recolectados, hasta llegar a categorías que posibilitaran la representación de las propiedades y atributos del fenómeno. Para lo cual, se rastrearon las huellas del proceso de producción en los textos a través del análisis de los signos/símbolos/mitos/ideologías y relaciones de poder que éstos expresaban y del contexto histórico en el que se dieron; teniendo siempre presente que los discursos están relacionados entre sí (dinámicamente), en relaciones complejas de competencia, subordinación, dominación, contraposición, conflicto, por esto, para poder interpretarlos fue necesario verlos en conjunto.

1.6 Consideraciones Éticas

La investigación siguió los lineamientos y principios establecidos en la Resolución 008430 de Octubre 4 de 1993 del Ministerio de Salud, que regula el desarrollo de la actividad de investigación en salud y se clasificó dentro de la categoría A del Artículo 11, es decir, Investigación sin riesgo. Se contó con la aprobación del Comité de ética de investigaciones de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, Acta de Evaluación no 77 del 28 de noviembre de 2013 CE-010.

Parte del compromiso establecido con los participantes fue el anonimato y la confidencialidad, razón por la cual no aparecen nombres propios, ni de personas ni de instituciones en el presente documento, de modo que no se puso en riesgo el principio de confidencialidad, pues en ningún momento sus identidades o instituciones para las cuales laboran se nombran. La persona encargada de la transcripción firmó un documento en el cual se comprometió a guardar el anonimato y a entregar el material transcrito a la investigadora sin dejar copias que vulneren la cadena de confidencialidad.

Si bien es cierto, el proceso formal e institucional de la investigación marca una pauta de consideraciones éticas, es fundamental expresar que la visión de conjunto de la tesis expresa una postura ético-política de crítica frente a la sociedad actual y apuesta por explicaciones e interpretaciones de los fenómenos que posibiliten desnaturalizar “lo dado” y búsquedas de procesos emancipatorios, como claves del qué hacer salubrista.

2. PRODUCCIÓN MEDIÁTICA DE LOS CUERPOS Y LAS INSTITUCIONES PARA EL CONSUMO.

Portada Sección Salud

PROCEDIMIENTOS, CIRUGÍAS, EXÁMENES Y MEDICAMENTOS, A GUSTO DE CADA PERSONA

DEL CONSUMIDOR

La era de la medicina del deseo

Ahora son los pacientes los que buscan a los médicos para obtener la práctica de procedimientos y la formulación de medicamentos que creen necesitar.

REDACCIÓN SALUD

Buscar a médicos para que formulen ciertos fármacos o practiquen cirugías y procedimientos a gusto del paciente está dejando de ser una rareza. En algunas especialidades, como la cirugía plástica, es una tendencia con nombre propio: la medicina del deseo. Jaime Escobar Triana, rector de la Universidad El Bosque y director del departamento de Bioética de ese centro académico, explica que este tipo de medicina "está relacionado con los avances de las tecnociencias modernas, la sociedad del mercado e íntimamente con las concepciones personales de cada quien y los conflictos que surgen cuando no se está satisfecho con la propia figura".

Como no es sencillo obtener servicios a voluntad a través del sistema de salud (que tiene un listado

limitado de fármacos y procedimientos) o de la medicina prepagada, estas personas recurren a médicos particulares para obtener medicamentos y cirugías que creen necesitar. "Lo lógico es que si no los requiere, el médico ni formule ni opere, en todo caso, obrar de acuerdo con el capricho del paciente constituye una falta a la ética profesional", dice Fabián Cuevas, jefe del servicio de cirugía plástica de la Clínica de Marly y miembro de la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica. En esta especialidad se registran casos que rayan con lo extravagante. Esta semana, por ejemplo, se divulgó el caso de la artista británica Nileen Namita, de 49 años, quien en dos décadas se sometió a 51 cirugías plásticas (que costaron 320 mil dólares) para parecerse a Nefertiti (1370 a.C.

1330 a.C.), reina de belleza legendaria, esposa de Akenatón (ver recuadro, *¿Dónde está el límite?*). El de Namita es sólo la versión famosa de casos que los cirujanos reciben a diario en sus consultorios.

A ellos llegan pacientes con fotos de personalidades que piden un diseño exacto de sus ojos, de su nariz, de su boca e incluso una composición de muchos rostros. "En la cirugía plástica se busca -explica Escobar- la antropoplastia como remodelación del cuerpo físico que afecta psicológicamente al individuo, quien no está conforme con su apariencia corporal física, mal puede estar sano en su orden psicológico. La reducción o remodelación física remedia la afeción psíquica".

La medicina antropoplástica -dice- permite "mejorar la identidad, reafirmarla, sustituirla e incluso ocultarla; no obstante, se enfrenta a los patrones morales de la medicina relacionados con los dere-



Hoy hay mucha gente que cree saber más que los médicos.

chos y necesidades del ser humano, la autonomía, tanto del médico como del paciente". Es el mercado el que determina las prioridades que no cogen mulganza con los objetivos de la medicina.

Cuevas considera, sin embargo, que en muchos casos no es fácil establecer cuál es el límite entre la autoestima y el capricho. "Porque hay pacientes que saben manipular al médico y logran esconder trastornos psiquiátricos; cuando el profesional sospecha que ese es el caso, lo mejor es remitir a la persona al psiquiatra, para que determine si está afectada por una conducta patológica. De eso depende que se lleve a cabo el procedimiento".

De la explosión de procedimientos a la carta no sólo hacen parte

los estéticos. En la lista también están medicamentos para adelgazar, para subir el ánimo o para controlar la ansiedad; depilaciones totales, amputación de las glándulas sudoríparas o inyección de sustancias para eliminar la grasa o las toxinas; radiografías, resonancias, tomografías y análisis para descartar enfermedades; infiltraciones y bloqueos para eliminar dolores; y harías (incluso sin necesitarlas) para reducir la ingesta de comida.

Según los expertos, detrás de ellos están profesionales de la salud que, al no tener claro el límite que indica hasta dónde es posible actuar sin faltar a la ética, ceden a las presiones de sus pacientes e ignoran cuidados elementales, como ocurrió en el caso de Michael Jackson (ver *¿Dónde está el límite?*).

Cuevas señala que hay casos más complejos, como el cambio de sexo, que tiene una implicación "médico-legal". "Estas personas requieren una valoración previa de psiquiatría y un manejo multidisciplinario por endocrinólogo, sexólogo

y, según el caso, por ginecólogo o urólogo. Es importante apoyarse en las demás especialidades, para no acabar operando a una persona que no lo necesita".

Roberto Baquero, presidente del Colegio Médico Colombiano, opina que la única forma de ponerle freno a esa tendencia es la autorregulación de los médicos. "en su decisión debe obrar, a conciencia, su formación ética y profesional, en función del mayor bienestar del paciente, y no de sus caprichos".



Edición de Agosto 30 de 2009

Desde diversas disciplinas y perspectivas se ha considerado que la dimensión simbólica es central en la comprensión del consumo como fenómeno social (Fernández Rodríguez & Heikkilä, 2011; Alonso, 2005; García Canclini, 1995; Martín Barbero, 1991), sin embargo, fue Habermas uno de los primeros autores en "vincular la dinámica del mundo simbólico a la interacción comunicativa que genera opinión, consenso, voluntad común y acciones cooperativas frente a los conflictos sociales" (Boladeras, 2001), esto es la interacción de los medios de comunicación. Sin lugar a duda los medios, muchas veces considerados el cuarto poder, han tenido un rol estructurante y socializador de las ideologías y de las

formas de apropiación material y simbólica del mundo de la vida; son un escenario en el cual “el sistema de significados es especialmente producido y reproducido” (Callejo, 2005)

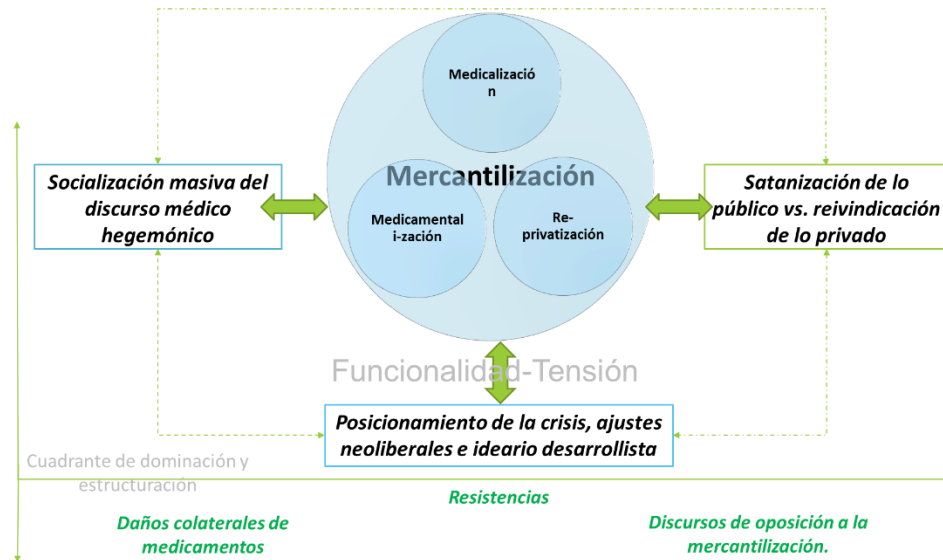
A través del análisis de la publicidad del diario colombiano *El Tiempo* (prensa escrita), se reconstruye un sistema de discursos que permiten comprender mecanismos y dispositivos estructurantes del campo de consumo de la atención en salud entre 1980 y 2009. Es importante remarcar que la publicidad es entendida desde el sentido propuesto por Habermas, como un espacio en el cual se conectan dos discursos:

“El de la prensa que ensambla lo privado en lo público a través del debate entre las ideologías y la lucha por la hegemonía cultural; y el de la propaganda comercial que traviste de interés público las intenciones y los intereses privados” (Habermas citado por Martín Barbero, 1991)

Una vez analizados los datos obtenidos, emerge que los discursos que circulan en la prensa son una producción mediática para el consumo de la atención en salud que se establece como una profundización y expansión de un proceso de mercantilización. Este proceso surge en los textos analizados como *patrón* y como síntesis de relaciones de medicalización, medicamentación y re-privatización. A su vez, esta mercantilización se construye a través de tres mecanismos⁶ discursivos (Diagrama 3): socialización masiva del discurso médico hegemónico; satanización de lo público vs reivindicación de lo privado; posicionamiento de la crisis, los ajustes y el ideario desarrollista. Estos mecanismos de la producción mediática del consumo se identificaron al analizar, como proceso, el conjunto de textos incluidos desde la década del 80 y hasta el 2009; proceso que va de la mano con los cambios estructurales político-económicos del país para este mismo periodo.

⁶ Mecanismo entendido como un proceso cuya principal característica es la producción regular de cierto aspecto.

Diagrama 3. Sistema de discursos en la producción mediática del consumo de la atención en salud. Colombia 1980-2009

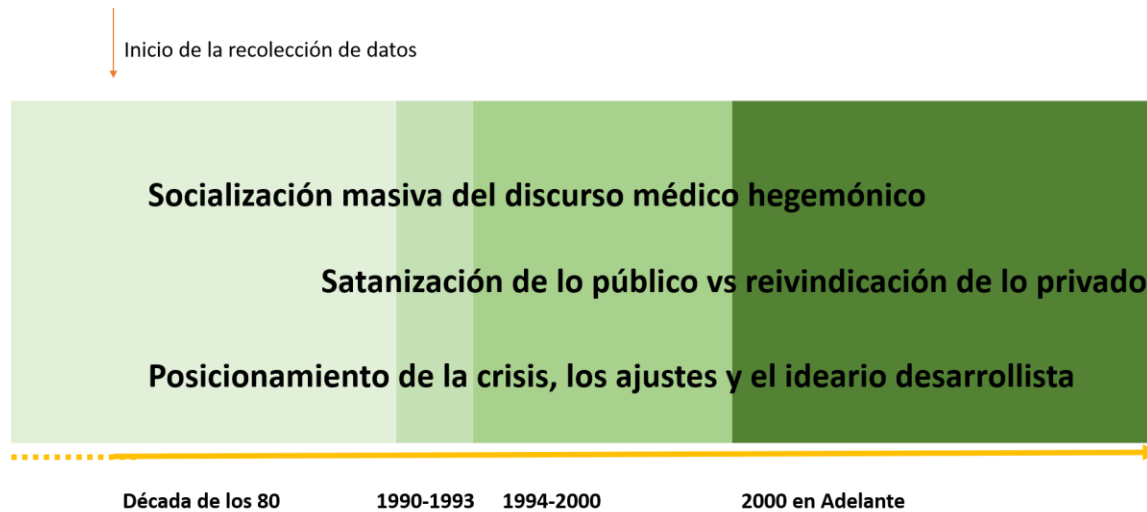


Los tres mecanismos discursivos que se evidencian en la prensa se deben entender en interacción constante, en un esquema de funcionalidad vs. tensión; es decir, hay momentos en los que uno se sirve de otro y, en otros, parecen ambivalentes y contradictorios. Este aspecto refleja la propia noción de campo, el cual configura la trama de relaciones entre ocupantes, agentes o instituciones que pugnan por su situación (posición) actual y potencial en la estructura de la distribución de las diferentes especies de poder/capital (Bourdieu, 1979; [1999] 2007); sin embargo, los tres mecanismos apuntan a la mercantilización como síntesis. En el sistema de discursos representado gráficamente (Diagrama 3) aparece en la parte inferior algunas expresiones de resistencias que se identificaron, las cuales hacen parte del campo, pero por el peso de lo hegemónico resultan marginales.

En términos de secuencia temporal (Diagrama 4), es posible hablar de cuatro momentos en la configuración desde el discurso mediático del campo de consumo. Un primer momento correspondiente a la década de los 80, como panorama previo al cambio del modelo de salud; un segundo momento entre 1990 y 1993, como auge publicitario pre-reforma; un tercero, entre 1994 y 2000, durante el cual se evidencia la expansión mercantil y de marketing que significó la implementación de un modelo de apertura económica en nuestro país y de la ley 100 de 1993 como puerta de entrada al modelo de aseguramiento; y un cuarto momento hasta el 2009, que da cuenta de la exacerbada mercantilización observada no solo en el número de pautas y propagandas relacionadas con la atención

médica sino en la directa y explícita persuasión hacia consumos determinados. Si bien es cierto, se logran identificar estos momentos en términos temporales, el desarrollo del capítulo se hace a partir de los mecanismos discursivos.

Diagrama 4. Temporalidad y relación con las temáticas emergentes



2.1 Socialización masiva del discurso médico hegemónico.

El término socializar, desde una perspectiva lingüística y no problematizada, se refiere a la extensión hacia el conjunto de la sociedad de algo limitado a unos pocos (Definición DRAE). La metáfora de la socialización masiva del discurso médico hegemónico intenta dar cuenta de las diversas estrategias que se despliegan en los medios para poner en clave de cotidianidad, de cercanía y de directa interlocución el saber médico. Un saber patológico-centrado, medicalizador, massmediatizado (en términos de propaganda) a partir del cual se dota de sentidos y significados a la salud, la enfermedad, la atención y el cuerpo que son funcionales al mercado. La socialización se da a través de diversos géneros periodísticos (noticias, reportajes, entrevistas, documentación, comentarios) y de la propaganda tanto directa como dirigida al cuerpo médico.

A lo largo de la década de los ochenta en el diario El Tiempo se identifica una oferta de productos y servicios relacionados con la atención en salud diversa, dispersa, con pautas publicitarias de baja frecuencia (aparecen poco comparado con las décadas siguientes) y baja cantidad, en la cual se concentra la oferta proveniente de la industria farmacéutica, de “remedios” naturistas, consultas especializadas de diferentes tipos; en menor medida,

se ofertan consultas *milagrosas* con *Doctores* (no se suele especificar de qué tipo), chamanes y brujos para curar padecimientos específicos. Las pautas de hospitales son prácticamente inexistentes al inicio de los ochenta, las que se encuentran publicadas se relacionan con licitaciones o eventos de beneficencia; también son poco comunes las pautas de clínicas privadas.

La frecuencia de las pautas, notas y espacios dedicados a temas salud van aumentando en frecuencia de aparición, cantidad de empresas, de productos y servicios. Esta sería una de las razones por las cuales, hacia 1987, el diario crea una sección específica denominada “Vida de Hoy”⁷, aquí se concentran los mecanismos comunicacionales relacionados con la atención en salud; esta sección se re-estructura como Salud El Tiempo el 14 de Abril de 1990 para todos los dominicales y se mantiene hasta la actualidad. Finalizando los 90, el espacio dedicado a las pautas comerciales supera sustantivamente el de las notas relacionadas con la salud, también hay un cambio en lo visual y estético, que se puede comprenderse como parte de los desarrollos disciplinares de la publicidad y el diseño (Imagen 2).



Domingo 6 de Junio de 1980, Sección 9A



Domingo 12 de Octubre de 1997, Sección 2C

⁷ Con el paso del tiempo, la sección de salud se independiza totalmente. El 14 de Abril de 1990 se lanza la sección salud el tiempo para las ediciones dominicales y hacia 1995, también se publica para los miércoles. En distintos momentos durante el periodo de estudio salen ediciones especiales de separatas y suplementos.

Imagen 2. Comparación de anuncios comerciales relacionados con salud.

Dentro del conjunto de estrategias comunicacionales relacionados con la socialización del discurso médicos que se identifican en la prensa colombiana desde los años 80 se observan objetivos dirigidos a reproducir: *ideas* acerca de los riesgos asociados a enfermedades o padecimientos específicos; *patrones* y *preferencias* sobre los cuerpos saludables y funcionales; condiciones fisiológicas que se *medicalizan* (por ejemplo la menopausia); la *naturaleza* de la enfermedad y el *mal funcionamiento* de los órganos; *medicalización* de los estilos de vida y de los nutrientes; el caótico y devastador *significado* de enfermar; campañas de *concientización* sobre riesgos y enfermedades específicas; *expertos* informan sobre cómo identificar síntomas y signos de ciertos padecimientos y enfermedades; la insistencia sobre *responsabilidad individual* que se *debe* asumir sobre la salud; ciencia como *verdad absoluta* y tecnología como *prioridad y fin*; *educación* ofertada por la industria farmacéutica, y anuncios directos al consumidor o *dirigidos* al cuerpo médico sobre medicamentos, suplementos, vacunas y algunos dispositivos médicos. Se ha puesto en cursiva aquellas claves que, como se explicará más adelante, funcionan como dispositivos simbólicos e ideológicos de la estrategia comunicacional (Ver dossier de imágenes anexo 2).

A lo largo del periodo de estudio (1980-2009) las estrategias van configurando un proceso de condensación, mezcla y reiteración. Más que diversificación o innovación en las estrategias, hay cambios en los contenidos o temas, los cuales sí se diversifican y multiplican. También hay un aumento progresivo en la frecuencia de su divulgación y sobre todo, en la interpelación directa al lector respecto del mensaje. De este modo se identifica que, por ejemplo, desde la mitad de los 90 algunas notas sobre enfermedades incluyen test para auto-diagnosticarse, o titulan directamente “Lo que usted debe saber sobre...”. Finalizando esta misma década, es común encontrar que la nota informativa que se divulga se relaciona directamente con los anuncios comerciales de determinados medicamentos, empresas específicas o tratamientos para el fenómeno del cual se informa (Imagen 3 a 5).

Imagen 3. Relación nota informativa y publicidad directa. Ejemplo 1

SALUD
CAP Y CAR, CENTROS DE APOYO PARA ATENDERLOS Y EDUCARLOS

Un nuevo respiro contra el asma

Existe la creencia de que el cuidado respiratorio el futuro es claro...
...porque nuestros medicamentos son el fruto de la investigación y la experiencia.

Linea respiratoria
Boehringer Ingelheim

Nota del 8-03-1998 Sección 3C

SALUD

La píldora, reina de los anticonceptivos

Además de esto, hay una nueva generación de progestágenos como el desogestrel, gestodeno y norgestimato, muy compatibles con el perfil de la progestona natural.

También es un hecho que estos nuevos anticonceptivos orales no alteran el ciclo menstrual. Así lo demuestra un estudio realizado por Wyeth, con 670 mujeres de 18 a 45 años, durante tres años de seguimiento. El resultado permitió ver un adecuado control del ciclo en mujeres que no olvidaron tomar ninguna de las píldoras (99 por ciento de ellas). "No se observaron cambios en relación a la hemorragia ni en la intensidad de la menstruación".

Nota del 6-09-98 Sección 5C

Imagen 4



Nota del 9-11-97 Sección 1C

Imagen 5.

Uno de los cambios más notorios en el periodo de estudio se da hacia el año 2000 cuando Internet entra a hacer parte de las fuentes y canales de información, asunto que no representó variaciones en las estrategias comunicacionales que se venían desplegando en la prensa, sin embargo, se evidencia que en esta última década es recurrente que los anunciadores y el propio diario convoquen a los lectores a la “ampliación de la información” en los canales virtuales (Imagen 6), es decir, se extienden las posibilidades de socialización a un espacio en apariencia abierto y neutral, donde se refuerza la idea de libertad, acceso y elección de las personas. Sin embargo, se ha demostrado que la red reproduce el mundo de los monopolios informativos y por lo tanto la ideología dominante, además ha generado y profundizado las brechas de desigualdad socio-económica (Zuazo, 2015).

Diversos autores han planteado y descrito muchos de los mecanismos o estrategias comunicacionales que se identificaron en la prensa colombiana en otros espacios geográficos como Chile, Argentina, Brasil, México y Estados Unidos (Barros, 2008; Iriart, Franco, & Merhy, 2011; Bianchi & Faraone, 2015; Rodríguez-Zoya, 2013; Plazas-Salamanca, 2015; Payer, 1995; Faraone & Cols, 2010; Stolkner, 2014; Angell, 2006; De La Rosa, 2009; Cortazar, 2014); espacios geográficos que comparten la característica de tener potentes mercados farmacéuticos, como el caso de Brasil, México y Estados Unidos

(Cortázar, 2014) o un elevado gasto en medicamentos como porcentaje del gasto en salud, como ocurre en Colombia.



Nota del 12-08-2001 Sección 1A

Imagen 6

De acuerdo con Barros (1983), los primeros estudios sobre el rol de la publicidad como una estrategias de las farmacéuticas para aumentar el consumo de medicamentos se dan desde la década de los 50, pero sería en los 70`s, cuando estas estrategias se expanden a países subdesarrollados, según el autor, ligadas a procesos capitalistas y las necesidades endógenas y disfrazas de bienestar colectivo de la empresa médico-hospitalar o complejo médico-industrial, explica el autor que:

“No momento mesmo em que se instaura a quimiosíntese em um contexto capitalista de produção, os medicamentos assumem a conotação de uma mercadoria com a necessidade implícita de ser consumida em quantidade e qualidade crescentes. Neste sentido, o medicamento assume um importante e duplo papel ao satisfazer a um só tempo interesses do capital e do médico” (Barros, 1983:378).

Lo anterior explicaría la presencia de estrategias comunicacionales formalmente establecidas que se relacionan con la medicalización y la medicamentación en la prensa colombiana desde los primeros años de la década de los 80; mientras que su exacerbación durante las décadas siguientes respondería a la expansión de los mercados farmacéuticos y con la entrada de capitales transnacionales a América Latina junto con las reformas derivadas de los años 80.

Para Clarck y cols, tal exacerbación corresponde a un proceso de medicalización cada vez más complejo, multidimensional, multilocal, en el cual la práctica técnicocientífica es central para la biomedicina; un proceso que ya no busca normalizar y controlar sino que transforma los cuerpos, las subjetividades, el conocimiento, la producción y el consumo relacionado con la salud y la enfermedad, pero además, un proceso constitutivo de las transformaciones económicas del “Biomedical TechnoService Complex, Inc”⁸, por lo anterior proponen el concepto de *biomedicalización* para diferenciarlo como proceso histórico de la medicalización (Clarke y cols., 2010; Clarke et al., 2003).

Si bien es cierto se comparte con Clarke y cols. la necesidad de marcar diferencias respecto de las transformaciones que en las últimas décadas se han dado en la salud, es fundamental considerar que éstas se han producido en relación con un contexto global de cambios en la extensión de la dominación del mercado y de la internacionalización de capitales (Chesnais, 2003), así, tanto la medicalización como la biomedicalización, son procesos incorporados en uno mayor de mercantilización (es el problema de fondo) que se extiende por diversas esferas de lo social (salud, educación, vivienda, alimentos) y que caracteriza a un mismo régimen de acumulación que se concretiza en diversos espacios. Pero además, de acuerdo con Dussel todo momento del capitalismo significa una transformación de la subjetividad y de entorno, toda vez que estos están subsumidos en el capital (Dussel, 2014).

De acuerdo con los párrafos anteriores, las estrategias comunicacionales identificadas en el diario El Tiempo en Colombia desde 1980 hacen parte de una reproducción de estrategias más globales y homogenizantes. No se puede perder de vista el rol de los medios en ese proceso de reproducción de lo hegemónico. Específicamente, el diario finalizando la década de los 80`s, no solo divulga la información y la publicidad en sus múltiples estrategias, sino que además se convierte en un escenario *ficticio* de consulta entre lectores y médicos, un tipo de intermediación que supone un intercambio de dudas sobre la salud, la enfermedad y tratamientos médicos (también sobre la seguridad social hacia 1994); generando una *institucionalidad paralela*, pues de cierto modo saca la relación

⁸ De acuerdo con las autoras el concepto de “Biomedical TechnoService Complex, Inc” es una mezcla de dos conceptos predecesores fundamentales para comprender la biomedicalización: “Complejo médico industrial”, desarrollado por el HealthPAC (Ehrenreich and Ehrenreich, 1971), con “New World Order, Inc.” de Haraway (1997).

médico-paciente del consultorio a un nuevo entorno, sin presencialidad física de los sujetos, pero sí reforzando el discurso médico funcional al mercado (discurso sin sujeto) (Imagen 7).



Imagen 7 Edición de Febrero de 1996

Es importante mencionar que, aunque notoriamente en menos proporción, se identificaron notas e informes sobre los efectos adversos de los medicamentos, la baja efectividad de los mismos, entre otros que muestran algunas contradicciones del discurso hegemónico.

Por otro lado, es importante considerar que si bien es cierto diversos autores demuestran y reconocen la estrecha relación entre estrategias comunicacionales, la expansión de los mercados en el sector de la salud y la transformación de las subjetividades, no es posible considerar que la estrategia es en sí misma transformadora, es decir no actúa bajo un modelo de estímulo-reflejo donde las personas responden de modo automático. Al respecto, Alonso considera que el poder simbólico de los mensajes y las estrategias comunicacionales está limitado por el marco de referencias multidimensionales de los sujetos quienes *decodifican* de acuerdo con sus posiciones sociales, sus resistencias y racionalizaciones construidas (Alonso, 2003). Si hay esta limitación del poder simbólico, ¿cuál sería, entonces, la funcionalidad de estas estrategias o mecanismos en términos de configuración de procesos de mercantilización en el plano de lo subjetivo?. El rol de la socialización representaría un asunto central para responder a este interrogante.

En el proceso de producción del cuerpo y las instituciones para el consumo, la importancia de la socialización del discurso médico que es funcional al mercado radica en el necesario conocimiento y reconocimiento de los símbolos que se construyen alrededor de la salud-la enfermedad-la atención, pues se requieren categorías idénticas de percepción y valoración por parte de los agentes para que se den los procesos de intercambio, en palabras de Bourdieu:

“Los actos simbólicos suponen siempre actos de conocimiento y de reconocimiento, actos cognitivos por parte de quienes son sus destinatarios. Para que un intercambio simbólico funcione es necesario que ambas partes tengan categorías de percepción y de valoración idénticas. [...]

Estas disposiciones comunes, y la doxa compartida que fundamentan, son fruto de una socialización idéntica o semejante que conduce a la incorporación generalizada de las estructuras del mercado de los bienes simbólicos bajo la forma de estructuras cognitivas armonizadas con las estructuras objetivas de ese mercado.” (Bourdieu, 1997)

De acuerdo con lo anterior, es necesario que primero se reconozca el lenguaje médico como representación de la realidad (y como verdad) que posibilite compartir una serie de creencias sobre el cuerpo, la salud, los medicamentos, y en general, la realidad humana, para que las personas entren en el *juego* de los intercambios del mercado (o se justifique y/o asuma como natural); así la socialización del discurso médico a través de la diversidad de estrategias comunicacionales es fundamental en la configuración de un campo de consumo.



Edición del 25 de Mayo de 2003

Imagen 8

2.1.1 ¿Qué se socializa?: símbolos e ideologías del discurso médico en la prensa colombiana.

El análisis de lo ideológico se ha establecido como uno de los elementos claves de los estudios sobre medios y publicidad por su función en la reproducción social de las relaciones de dominación. Si bien es cierto existen múltiples conceptos de ideología provenientes de diversas perspectivas teóricas y epistemológicas, se encuentra en Ricoeur una propuesta que posibilita explorar empíricamente en la prensa aquellos elementos del discurso médico que circulan como verdad y realidad. Para este autor, la ideología es un:

“Sistema de ideas que denota una deformación de la realidad, que opera integrando una estructura social o un imaginario social y que busca legitimar una situación de poder dentro de un contexto histórico dado para imponer un modelo social, económico y político hegemónico” (Ricoeur, 2001).

Además, afirma Ricoeur, que la función de lo ideológico es iniciar a los individuos en las reglas que rigen el sistema. Esa deformación de la realidad (acepción que Ricoeur toma de Marx) se puede considerar como formas específicas y funcionales de presentar los hechos sociales y por lo tanto no son necesariamente falsas pero sí responden a una forma particular de entender el mundo; formas que legitiman intereses y a la vez anulan o excluyen otras posibilidades de interpretación. Esto es fundamental para comprender las

construcciones sobre la salud-enfermedad-atención que se socializan desde la prensa, pues interesa conocer que ideas e intereses se legitiman y sus relaciones con los procesos de mercantilización.

Marx posibilita descubrir esa relación entre ideología y mercantilización cuando desarrolla el carácter fetichista de las mercancías y su secreto, pues explica que los objetos al introducirse en los mercados lo hacen cargados de “sutilezas metafísicas y resabios teológicos”, es decir, aparecen como los dioses o espíritus: dotados de vida propia, como seres autónomos dotados de atributos que en realidad han sido investidos por la sociedad de los hombres (Arribas-Macho, 2013). En palabras de Marx:

“El valor, en consecuencia, no lleva escrito en la frente lo que es. Por el contrario, transforma a todo producto del trabajo en un jeroglífico social. Más adelante los hombres procuran descifrar el sentido del jeroglífico, desentrañar el misterio de su propio producto social, ya que la determinación de los objetos para uso como valores es producto social suyo a igual título que el lenguaje”. (Marx, [1975] 2008)

Esos jeroglíficos sociales representan las ideas y símbolos que se le atribuyen a los bienes, servicios y objetos que circulan sobre la salud; atribución que es construida y socializada en clave de *valor* y que luego somos *capaces* de descifrar, por ejemplo, a través de los mecanismos comunicacionales de los medios. Analizando el caso específico de los medicamentos, Barros concluye que:

“es en el contexto de la ideología... que se inserta el intento de las técnicas publicitarias de hacer valer más intensamente el carácter simbólico de los productos que su valor-de-uso (acción terapéutica del principio activo), con el propósito de implementar el valor-de-cambio (condición de la ‘mercancía’ generadora de lucro)” (Barros, 2008)

Además recordemos que, de acuerdo con Bourdieu, uno de las finalidades fundamentales de la socialización es el reconocimiento de los discursos para la equiparación de las categorías de valor y percepción sobre un aspecto en particular y así generar intercambios; de allí que en este autor la ideología sea entendida como violencia simbólica que “se ejerce de forma cotidiana a través de las normas, los valores, las conductas sociales y los discursos aceptados y reproducidos socialmente por el cruce entre el habitus, la doxa y el campo” (Di Pasquale, 2012). Por lo anterior, podemos asemejar la acción comunicacional

de los medios como una acción socializadora/pedagógica sobre los valores que se atribuyen a la salud-cuerpo-enfermedad-atención; de allí que las estrategias comunicacionales sobre lo médico en la prensa sean reiterativas y graduales (en términos de la cantidad y especificidad de la información que se divulga).

A lo largo del periodo de estudio son comunes las notas de prensa en las que se describe aspectos morfo-fisiológicos de diversos órganos y sistemas del cuerpo. Éstas notas se caracterizan por desarrollar informaciones amplias en un lenguaje que teje lo técnico y lo común sobre aspectos generales del funcionamiento de los órganos y sistemas, pero sobre todo describen las formas en que tales órganos y sistemas se enferman o se vuelven disfuncionales; los síntomas y consecuencias que traería tal disfunción, y las formas farmacológicas y médicas de intervenirlos o tratarlos (Imágenes 9-11). La detallada descripción sobre los aspectos morfo-fisiológicos y patológicos se relacionaría con el énfasis investigativo que las farmacéuticas dan a las moléculas terminando la década de los setentas, de acuerdo con Barros:

“el nuevo abordaje de investigación de las farmacéuticas se inicia con determinar las características deseadas en los nuevos medicamentos, teniendo como base los procesos fisio-patológicos sobre los cuales se desea intervenir” (Barros, 1989)

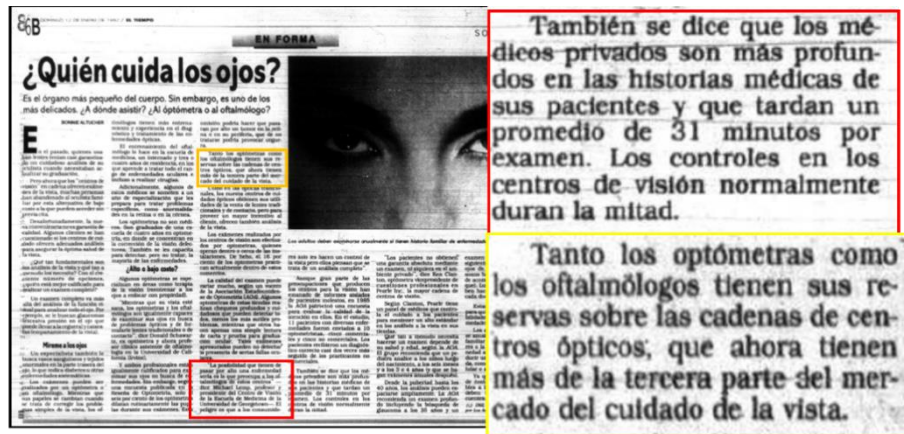
Así la información sobre tales procesos resultaría relevante en términos de generación de demanda.

La frecuencia de publicación aumenta notoriamente a mediados de los años 90 y es común encontrar que las notas sean cortesía de alguna casa farmacéutica específica; en la prensa de la primera década de los años 2000, los reportajes van acompañadas de propaganda directamente relacionada con los tratamientos de los que trata la información (Imagen 10). Es importante mencionar que la motivación publicitaria en estas dos últimas décadas se dirige, no solo hacia el consumo de medicamentos, sino también hacia la consulta de especialidades y subespecialidades médicas y hacia un estilo de vida que pasa por la medicalización de los alimentos y nutrientes en formas de suplementos.

Desde la prensa se construye la idea que los órganos y sistemas biológicos del cuerpo humano son una entidad en continuo riesgo de daño que reclama una constante atención y responsabilidad individual para el reconocimiento adecuado y oportuno de sus afectaciones e intervenciones específicas.

En algunos reportajes, como el que se muestra a continuación (Imagen 11), es posible evidenciar claramente la pugna comercial de ofertas por un consumo específico, en este caso en relación con lo visual, pero además en esta nota es explícito el estímulo hacia lo privado y la existencia de las *cadena de comercio* en el campo de la atención en salud; como también ocurrió en el área de la salud bucal. Diversos autores consideran esta una de las formas de flexibilización del posfordismo y de implementación de economías de escala en el sector salud como formas de apropiación de capital, al respecto y de acuerdo con la revista Dinero, desde 1990 con Jasban se inicia el modelo de la oferta de atención dental de este tipo y durante el 2014 franquicias como Sonría y Marlon Becerra, generaron ingresos por \$59.110 millones y \$13.400 millones anuales, respectivamente (Revista Dinero, 2015).

Imagen 11



Diario del 17 de Enero de 1992

Ligado a la constante presencia del riesgo de daño o disfunción del organismo, se encuentra la idea del “patológico desgaste” del cuerpo con el paso de los años y su necesaria prevención e intervención desde la medicina, pero además una intervención que se relaciona con evitación de los efectos indeseables, de plenitud y bienestar. Ocurre con el envejecimiento en general, con el desempeño sexual, tanto en hombre como en mujeres y con asuntos como la menopausia (Imagen 12-14). Lo anterior, es considerado por Blech (2005) como la *venta* de procesos normales de la vida o de problemas personales y sociales como procesos médicos y corresponderían a las estrategias de la industria farmacéutica para redefinir la salud humana, es decir, medicalización; en este caso, ampliando las posibilidades de lo que significa enfermar y difuminado sus límites; límites en los cuales también se interviene, aquí el discurso preventivo es altamente útil y utilizado.

Imagen 12

SALUD

Cuando los ovarios dejan de producir estrógenos, hay que recurrir a los tratamientos. Un estudio en Colombia busca eliminar el mito sobre el peligro de las terapias hormonales.



¿PUEDE SER UNA ETAPA FELIZ DE LA VIDA DE LA MUJER

Menopausia sin rubor

EVIDENCIA DE CUERPO ENTERO
Cuando se habla de la menopausia y los medicamentos asociados con el peligro de cánceres hay que pensar en ginecas en todo el cuerpo.

Terapia comprobada



Un proceso normal

En esta etapa influyen factores psicológicos, familiares, personales y sociales. preguntan.

Analistas farmacéuticos aseguran que en un futuro próximo existirán parches de testosterona para las mujeres.

Terapia comprobada

Los estrógenos tienen que ver con diferentes sistemas. "Son ellos, por ejemplo, los que protegen a la mujer del infarto", dice Enrique Melgarejo, médico cardiólogo.

"Al llegar la menopausia y desaparecer los estrógenos, aparece un factor de riesgo para los problemas cardiovasculares, que no estaba previsto", explica Melgarejo.

Para prevenir este y otros problemas es que se utiliza la terapia de reemplazo hormonal con estrógenos conjugados, sacados de la orina de yeguas preñadas.

"Hemos encontrado que con la terapia mejora la parte cardiovascular, baja la grasa, aumenta el colesterol bueno y baja el malo", dice Melgarejo.

"Ninguna de nuestras pacientes ha fallecido por problemas cardiovasculares. Tampoco hemos detectado ningún caso de cáncer", explica Barón.

De otro lado, la mayor expectativa de vida en la mujer hace que esté propensa a problemas que antes no se veían, entre ellos un deterioro del cerebro y la aparición a cierta edad de problemas como la enfermedad de Alzheimer.

Cortesia: Wyeth

Diario del 10 de Mayo de 1998

Imagen 13

Un parche de testosterona podría ser la solución

Pérdida del deseo sexual en la mujer

En biología no hay ni blanco ni negro, sino que, en general, hay muchos matices grises. Tanto, que no sería extraño que dentro de unos años un porcentaje significativo de mujeres menopáusicas se tratara, paradójicamente, con dos parches en lugar de uno solo, como ahora lo hacen.

Probablemente, un tercio de las mujeres que a partir de los cuarenta y tantos pierde buena parte del deseo sexual añadirá a su parche de estrógenos uno de testosterona, la hormona que erróneamente muchos creen que es patrimonio exclusivo de los hombres.

Día a día se acumula evidencia científica de que existe un grupo de mujeres que, con la llegada de la menopausia, sufre un descenso excesivamente marcado de sus niveles sanguíneos de testosterona y que precisamente es la falta de esta hormona la razón de la pérdida de deseo sexual que sufre un porcentaje significativo de las mujeres.

"La falta de energía y lo poco que sexualmente atraen los hombres a algunas mujeres, llegada cierta edad, se deben no a las alteraciones de las hormonas femeninas secundarias, a una disminución de la función ovárica, sino a la caída de testosterona, una hormona que las mujeres, al igual que los hombres, producen, aunque ellas en mucha menor cantidad.

El fenómeno es tan actual que en Estados Unidos el libro de Susan Rusko, siquiata de Boston, titulado *The hormone of desire (La hormona del deseo)*, que acaba de publicarse, va camino de llegar a convertirse en un éxito de librería.

Analistas farmacéuticos aseguran que en un futuro próximo existirán parches de testosterona para las mujeres.

"Yo misma tuve que pasar por la experiencia. Ninguno de los colegas míos que visito, quejándose de mi libido estaba por los suelos, me hizo caso alguno. Por eso me encerré en las bibliotecas y encontré la bibliografía que demostraba que menopausia, testosterona y deseo sexual estaban muy relacionados entre sí. Hay muchos estudios sobre ello. Mi problema me lo resolvió un amigo endocrinólogo que me recetó pequeñas dosis de la hormona. Con tan solo dos inyecciones en quince días y volví a recuperar la libido que había perdido", afirma Rusko.

Todas las mujeres tienen testosterona circulando por su sangre. Aunque la mayoría de ella se encuentra ligada a proteínas y es, por tanto, inactiva, existe un pequeño porcentaje de hormona libre en sangre que actúa sobre muchos sistemas en el organismo. En la mujer existen dos glándulas que producen testosterona: la suprarrenal y el ovario.

Las suprarrenales de muchas mujeres funcionan muy bien por lo que el nivel de testosterona, cuando llega la menopausia y se pierde la función del ovario, no desciende de forma significativa y en gran medida no se produce una pérdida de deseo sexual. Sin embargo, existe un 30 por ciento de mujeres en las que el ovario es una fuente esencial de producción de hormona masculina.

En esas mujeres, la llegada de la menopausia hace que los niveles de testosterona sean tan bajos que padecan las consecuencias de ello.

"Se que existen críticas a la posibilidad de que se generalice el tratamiento con testosterona de muchas menopáusicas, ya que no hay estudios a largo plazo sobre los efectos secundarios. Pero, puesto que la pérdida de testosterona puede de por sí crear problemas, y ya que la dosis de hormona a administrar es muy baja, no creo que este tratamiento llegue a producir trastornos secundarios importantes y, en cambio, si mejorará la calidad de vida de muchas mujeres", aclara Rusko.

Ya hay analistas de la industria farmacéutica que aseguran que en un futuro próximo existirán parches de testosterona para mujeres.

El Mundo

METABOTRIN
La píldora que arrasa con la grasa DE MIAMI y directamente de su casa PRODUCTOS NATURALES Melatonina - cartilago de tiburón. COQ10-GINKGO DII ALBA-COGNATEY

SALUD SEXUAL
Impotencia, eyaculación precoz, DSE, erección, disminución del deseo sexual, orgasmo, tratamientos médicos. CLINICA MARCULONA. Calle 10a No. 18-31. Tel. 2120666. 202-487570.

VENTA - LASER

Diario de febrero de 1996

Imagen 14

DOMINGO 23 DE FEBRERO DE 1992 / EL TIEMPO

LOS AÑOS DORADOS

Los síntomas que alertan



No me acuerdo
La demencia senil —según el médico Santiago Perdomo— es

Con el pasar de los años, las enfermedades comienzan a ser más evidentes. Su detección temprana puede minimizar sus efectos. Control.

La ciencia ha avanzado en el estudio de la demencia. Ya no se considera como una enfermedad irreversible y se ha demostrado que las drogas psiquiátricas, indicadas en pequeñas dosis, pueden controlar este estado mental.

No me circula bien
La arteriosclerosis, consiste en el endurecimiento de las arterias coronarias (las que conducen la sangre al corazón), carótidas (las que llevan la sangre al cerebro) y las de los brazos y las piernas. —Este fenómeno se produce—

MOLESTIAS
EL MAL MENOS MALO

A diario se les oye quejándose de sus dolencias. Algunos sufren de insomnio pero sus causas son, por lo general, psicológicas: preocupaciones por sus hijos, temores sobre la muerte y la soledad.

El aparato digestivo sufre las consecuencias de los años: la digestión de los alimentos es mucho más lenta lo cual genera acumulación de gases y pérdida del apetito. Para evitar estas molestias, se recomienda ingerir los alimentos con calma, a las horas y en las cantidades estipuladas por los médicos, y sobre todo, asegurar que la preparación sea la adecuada, en términos de cocción, sazón y hasta de temperatura.

Ojos que no ven... Al disminuirse la agudeza visual, la adaptación a los cambios de la luz es más difícil; de la misma forma distinguir los colores, especialmente los fríos como el violeta, el verde y el azul, es también problemático.

Para cuidar los ojos, los ancianos deben utilizar luz de la habitación y también de fondo; antes de pasar de un sitio oscuro a uno iluminado, deben esperar o utilizar gafas de sol para evitar encandilarse; acudir al oftalmólogo cuando se recrudezcan los dolores o se entorpecen los ojos. No se recomienda que usen gotas o colirios para curar ardores sin que hayan sido recomendados por el médico.

¿A qué huele? No hay que abusar del oído, sobre todo para percibir olores de alimentos o medicamentos que pueden estar dañados. Algunos ancianos tienen la manía de arrancar o cortar los pelos de la nariz,

La prevención es una forma de persuasión que emerge en la prensa dirigida a reafirmar la idea sobre la responsabilidad individual de evitar los riesgos y limitar las fragilidades del cuerpo humano por medio de intervenciones médico-farmacológicas, como consultas especializadas, test específicos, exámenes diagnósticos, suplementos nutricionales y/o medicamentos (Imagen 15).

Imagen 15

SALUD

‘Es mejor prevenir que curar’

Buscando disminuir los casos de personas que la padecen, se ha publicado una nueva clasificación de niveles de glicemia en la sangre

DIABETES —Señala el doctor...

... Cuando se han instalado...

... Los niveles más elevados...

... El tipo II que es el más...

... El tipo I que es el más...



El imaginario social de las vacunas como máximo símbolo de prevención resulta bastante ilustrativo para dar cuenta de cómo tal imaginario es integrado a estrategias de mercantilización desde la prensa y entra en un escenario de conflicto de interés del mercado.

Imagen 16

Carrera entre farmacéuticas para lograr una vacuna contra el rotavirus

RACHEL ZIMMERMAN
The Wall Street Journal

Cuando su hijo pequeño Muhammad, que hasta entonces había sido un chico sano y feliz, comenzó de pronto a sufrir diarrea y vómitos intermitentes, Sri Handayani Sutarnomo pensó que se trataba un mal menor.

Pero cinco días más tarde, poco después de que su pediatra lo ingresó en el hospital, este bebé indonesio de 20 meses pasó a formar parte de los 600.000 niños de todo el mundo que mueren cada año a causa de un patógeno de rápida actuación, altamente contagioso llamado rotavirus. "No me di cuenta de que podía ser tan grave", dijo Sutarnomo mediante un intérprete, desde su casa en Yogyakarta en Java.

Una vacuna podría haberle salvado la vida, pero no hay ninguna disponible, ni en Indonesia, ni en gran parte del mundo, incluyendo Estados Unidos, donde el rotavirus en raras ocasiones es mortal pero causa 50.000 hospitalizaciones al año.

Una vacuna prometedora inventada por los científicos del Instituto Nacional de Salud (NIH) salió a la venta en EE.UU. en tercer trimestre de 1998, pero se retiró del mercado nueve meses más tarde porque estaba vinculada a una ex-

traña y en ocasiones mortal obstrucción intestinal llamada invaginación intestinal.

Ahora, unas cuantas compañías de todo el mundo se apresuran para desarrollar una nueva vacuna para el rotavirus, y están invitando cientos de millones para demostrar que sus versiones son seguras. Si todo va bien, la gigante farmacéutica británica GlaxoSmithKline PLC prevé vender su candidata en México este año, comenzando un lanzamiento gradual a nivel mundial. La estadounidense Merck & Co. se ha centrado en el lucrativo mercado de su país, donde espera vender la vacuna a partir de 2008.

Mientras tanto, el NIH, armado con estudios recientes que sugieren que los temores acerca de su vacuna eran exagerados, ha concedido una licencia sobre los derechos a una pequeña compañía biotecnológica de Minnesota que espera poder sacar al mercado.

La vacuna contra el rotavirus, que es una necesidad acuciante en las regiones pobres del sur de Asia y África subsahariana, también sería un fármaco superventas en las naciones ricas.

En EE.UU., la vacuna podría generar unas ventas anuales de US\$1.000 millones si, al igual que la vacuna original RotaShield, logra aparecer en la lista de vacunas

infantiles recomendadas por el gobierno, asevera Richard Evans, analista de Sanford C. Bernstein en Nueva York.

El dilema del rotavirus plantea preguntas espinosas sobre cuán segura debe ser una vacuna para que su administración a niños esté justificada. Asimismo, subraya un grave problema para las fabricantes de vacunas: cómo satisfacer las necesidades y normativas de inmunización infinitamente distintas de los países pobres y ricos. En general, las vacunas deben probarse hasta cierto punto en los países y regiones en los que se venderá.

El rotavirus causa diarrea y vómitos graves y es una de las causas importantes de muertes por deshidratación en los países en vías de desarrollo. En EE.UU., gracias al buen cuidado médico y la disponibilidad de agua potable, el rotavirus es la causa de muerte de menos de 40 niños al año.

Sin embargo, envía a medio millón al año al pediatra, según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de ese país, y cuesta alrededor de US\$1.000 millones anuales en gastos médicos y pérdida de productividad de los padres.

Antes de que fuera retirada voluntariamente del mercado por American Home Products, ahora

EN CAMINO

Vacunas para rotavirus en preparación:

Rotarix (GlaxoSmithKline) Derivada de una cepa humana; se espera que esté a la venta en México este año
Rotateq (Merck) Derivada de cepas vacunas y humanas; se espera que la FDA la apruebe en 2005

Fuente: Informe del CDC

llamada Wyeth, se administraron cerca de 1,5 millones de dosis de RotaShield a 650.000 niños, dice la compañía. La vacuna estaba vinculada a varias docenas de casos de invaginación intestinal, en la que el intestino se pliega sobre sí mismo como un telescopio plegable.

Un niño murió a causa de la invaginación, según la CDC, mientras que 26 necesitaron cirugía y otros 27 necesitaron cuidados médicos.

La desaparición de la vacuna fue un golpe para los países en vías de desarrollo, que estaban esperando su llegada, pero la descartaron tras el desastre en EE.UU.

"La tragedia real es que la vacuna se introdujo en una población de niños estadounidenses

que no la requería y no se suministró a niños que la necesitaban", dijo Duncan Steele, director científico de enfermedades y vacunas contra la diarrea en la Organización Mundial de la Salud.

Merck y Glaxo dicen que sus vacunas son biológicamente distintas de la fórmula anterior, derivada del mono rhesus y de una cepa humana. Aunque la causa de los problemas sigue siendo una incógnita, algunos científicos especulan que el material procedente del mono podría ser la causa.

La vacuna de Glaxo, suministrada en dos dosis orales, se deriva del virus humano, mientras que la vacuna de tres dosis orales de Merck es una combinación del virus de la yaca y el humano.

No se han terminado aún los análisis de seguridad de las pruebas de Merck y Glaxo, pero hasta ahora ambas compañías dicen que la invaginación intestinal no parece ser un problema. Quizás presenten los resultados más recientes en una conferencia internacional que tendrá lugar en la Ciudad de México el 7 de julio próximo.

Entre tanto, hay mucho en juego: Glaxo dice que gastará unos US\$600 millones en el producto incluyendo pruebas en unos 60.000

niños; el test de Merck podría incluir hasta 70.000 niños, "convirtiéndolo en la mayor prueba de vacunación hecha por una farmacéutica", dice Paul Offit, jefe de división del departamento de enfermedades infecciosas del Hospital Infantil de Filadelfia y coinventor de la vacuna de Merck.

Expertos científicos que han estado a cargo de supervisar el experimento recomiendan a Merck con anterioridad este año que suspendiera 5.000 niños al grupo original de 65.000 a fin de mostrar seguridad y eficacia según las normas del mercado estadounidense.

Una fuente familiarizada con la prueba afirma que Merck gastará hasta US\$800 millones en su vacuna Rotateq. La empresa no quiere revelar el gasto.

Después de México, Glaxo planea lanzar su vacuna en Sudamérica, Hong Kong, Taiwan y Singapur. Espera sacar al mercado en Europa el próximo año, y sólo entonces, si la vacuna parece ser segura, intentará sacarla en EE.UU.

Merck dice que está colaborando con grupos humanitarios para encontrar la manera de introducir su vacuna en los países en vías de desarrollo. China tiene su propia vacuna contra el rotavirus, pero los expertos no están seguros de cuál es su efectividad.

Edición de julio 4 de 2004

Finalizando los 90's se identifica publicidad de vacunas ofertadas por casas farmacéuticas a través de notas informativas que narran las trágicas consecuencias de la patologías e información comercial sobre los biológicos dirigida a los adultos en general (por ejemplo, la vacuna contra la influenza, imagen 17) y a los padres en particular (por ejemplo la vacuna para el neumococo), en este último caso, se invoca a un "deber ser" mediado por la afectividad: "si lo amas, lo vacunas". Eso es posible identificarlo en la imagen de una de las notas de prensa, dónde se remarca y magnifica la problemática de la neumonía y sus consecuencias, a la vez se pone de manifiesto que la única esperanza es una vacuna de alto desarrollo técnico científico y por lo tanto tienen un elevado precio, pero al tratarse de un hijo el precio resulta mínimo (Imagen 18). Se acude a la idea ya incorporada socialmente de la inmunización como necesaria e incuestionable para comercializar nuevos biológicos. Las presiones de padres, pediatras y de la propia OPS no se hicieron esperar, de modo que en el 2008, el gobierno nacional incluyó la vacunación por neumococo para menores de dos años con bajo peso al nacer después de realizarse el simposio regional sobre vacunación

para neumococo, rotavirus y VPH, organizado por la OPS, con el apoyo de Glaxomithkline y Wyeth, dos de los laboratorios productores del biológicos para rotavirus y neumococo, respectivamente. (OPS, 2008).

Imagen 17



25 de Agosto de 2002



13 de Febrero de 2005

A partir de una serie de tutelas en los años siguientes, la Corte Constitucional consideró que vacunar solo a niños menores de dos años con bajo peso⁹ era una inequidad que debería ser eliminada e instó al Ministerio de Salud a universalizar la vacuna en los menores de 5 años para el 2012. En este mismo año, la Administración Nacional de Medicamentos de Argentina –Anmat- multaba a laboratorio británico Glaxo-smithkline por irregularidades y sobornos en el estudio denominado 'COMPAS' sobre la efectividad de una vacuna para prevenir enfermedades relacionadas con neumococo, desarrollado entre el 2007 y el 2008 en una población de 14.000 niños en tres provincias argentinas, las cuales tienen los índices de analfabetismo y pobreza más bajos del país (Canal de noticias RT, 2012a; 2012b). Para noviembre de 2015, de acuerdo con un informe de la organización Médicos Sin Frontera, Glaxo reportaba

⁹ En un principio esta fue la recomendación derivada del estudio sobre carga de morbilidad de la enfermedad neumocócica y rentabilidad de una vacuna antineumocócica para Colombia.

médico para este fin. Un asunto que refuerza la premisa anterior es el bajo impacto mediático y la escasa carga informativa que tienen epidemias como la Malaria; su espacio en la prensa es reducido y esporádico, aun cuando los indicadores en el país muestran que es un fenómeno que aumentó durante las últimas décadas (Sarmiento, 2000), al ser una necesidad de atención en salud que se sale de los intereses mercantiles farmacéuticos, porque no hay consumidores, no se genera capital simbólico alrededor de ésta.

La nota sobre el neumococo, también nos posibilita dar cuenta de dos potentes símbolos relacionados que son recurrentes y constantes en las estrategias de comunicación y fundamentales para la legitimación de lo que se divulga; uno, es la centralidad de la tecnología y la ciencia (incluidas la investigación y la innovación) como derrotero de la atención en salud y dos, la voz del experto como factor de confianza y credibilidad. Estos dos símbolos se encuentran en las publicaciones desde los primeros años de la década de los 80 (imagen 19) y a lo largo del periodo de estudio se intensifican y posicionan como una unidad de “verdad y garante”, la ciencia como verdad y un experto quien ratifica dicha verdad, haciendo de aquello que se divulga algo incuestionable y deseable. Para De Mello Vianna, esto es una forma de racionalidad que sirve al mismo tiempo como fuente de dominación y de realización, de allí el importante papel simbólico de la ciencia y la tecnología, las cuales circulan en el imaginario colectivo como un objeto de deseo para los individuos en la atención en salud (Vianna, 2002).

En la edición del 13 de Abril de 1980 encontramos un reportaje sobre el interferón en el cual se evidencia esa centralidad de la ciencia y la tecnología como aspectos fundamentales para *combatir* el cáncer (Imagen 19). Enfermedad que había sido presentada desde la prensa como uno de los peores flagelos de la humanidad, no solo por las muertes relacionadas, sino por la poca efectividad de los tratamientos existentes. En la nota, vemos cómo el desarrollo de lo que hoy conocemos como campo biomédico es comparado con el de las naves espaciales, inscribiéndolo en el escenario de la elite de la tecno-ciencia y, por lo tanto, fuertemente vinculado a una idea de progreso en la atención. Idea determinada por la relación salud-tecnología que es altamente costosa, de allí que la salud se equipare a un asunto de costos, pero prometedora, esperanzadora y deseable; esta es la forma como se socializa y se incorpora. Adicionalmente, este reportaje muestra explícitamente cómo esto es un nicho de mercado en el que predomina un interés

económico (Imagen 20), de allí que se utilice la metáfora de la “mina de oro” para dar cuenta de las ganancias económicas que están en juego.

¿Podrá ser el arma más eficaz contra el cáncer?

Primeros estudios abren grandes esperanzas

La genética produce millonésimas de gramo

Interferón

¿Podrá ser el arma más eficaz contra el cáncer?
Primeros estudios abren grandes esperanzas
La genética produce millonésimas de gramo

Lista el corazón artificial

Una libra de Interferón cuesta entre 10 y 20 billones de dólares

Ahora hay una creciente y sorprendente excitación entre los médicos especialistas. Acorde con el desarrollo en las naves espaciales, la tecnología electrónica y la computadora, en la década del 60, las realizaciones en química, biología molecular e ingeniería genética están contribuyendo a lo que puede ser en varios años, un enorme progreso en la terapia del cáncer. Si todo va bien, habrá amplias posibilidades de perfeccionar una rara, extremadamente cara, pero prometedora droga para combatir el cáncer: Interferón, o como los médicos lo abrevian el IF. El Interferón podría ser fabricado en cantidades masivas necesarias para tratamiento efectivo, si se prueba que no tiene resultados contraproducentes.

Diario del 13 de Abril de 1980

Imagen 19.



Imagen 20

Los medicamentos son el dispositivo biomédico que mayor presencia tiene en la prensa, están tanto en los reportajes como en propaganda dirigida al cuerpo médico, la cual detalla tanto el tipo de medicamento como las dosis, presentación, entre otras (Ver Dossier. Anexo 2). Sin duda alguna el rol de la industria farmacéutica en la construcción de símbolos y en la imposición de un modo específico de entender la salud es central y esto está presente desde el inicio de los 80. Podemos considerar que, en la socialización del discurso médico, el agente protagonista es la industria farmacéutica. Ante esta situación algunos autores han concluido que la contención de la publicidad vía regulación sería la solución, sin embargo, la mayoría de las estrategias y mecanismos de socialización ideológica se escapan de este tipo de soluciones porque, en el caso colombiano, la regulación se limita a la publicidad directa pero, como se ha demostrado, la construcción de lo simbólico está presente en diversas estrategias, que incluso van más allá de lo periodístico, como por ejemplo la vinculación de medicamentos como Contac C, Dristan y Aspirina en concursos para los lectores (Ver Anexo B. Dossier de imágenes, mes de septiembre de 1980).

En línea con lo anterior, es importante comprender que ese rol socializador de la prensa frente al discurso médico hegemónico ha estado presente desde hace varias décadas y se ha ido estructurando y fortaleciendo en mecanismos cada vez más articulados y reiterativos. Incluso, finalizando la década de los noventa se identificó un momento en el cual ya no es necesario hablar en sí del medicamento, sino que se muestran las imágenes

o slogans que los identifican (Ver Dossier, por ejemplo: Mayo, Junio, Noviembre de 2004; Septiembre y Octubre de 2005; Junio y Julio de 2009)

Parte fundamental de la socialización es el emplazamiento en la cotidianidad, por esta razón es frecuente encontrar en las estrategias comunicacionales una mezcla de lenguaje técnico con lenguaje cotidiano y emotivo, conformando un esquema lógico de fácil apropiación y por lo tanto disponible para la vida práctica. No en vano, durante las tres décadas de estudio se evidenció que tanto el aumento del costo de vida como del gasto de bolsillo derivado de atención en salud, se relacionaron con medicamentos (Ver sección 3.2.3); además, se encontraron diferentes informes sobre la preocupación por el alto consumo de medicamentos en la población colombiana tanto de venta libre como con formula médica. Al respecto, es importante remarcar la contrariedad que desde la prensa se expresa sobre el consumo de analgésicos o antibióticos, pues por un lado está el mensaje de control al consumo (menos presente) y por otro, notas en las cuales se informa sobre los tipos, usos y dosis de los mismos.

A su vez, la información que circula se justifica desde la alarma y el peligro que pueden



Imagen 21. Edición del 15 de septiembre de 2002

representar determinadas situaciones biológicas (Imagen 22). Siguiendo a Beck, el discurso mediático y político reinterpreta o construye el sentido del peligro estratégicamente, ocultándolo o dramatizándolo, con ayuda de material científico (Beck, 2006). Así, titulares como por ejemplo: “Colombia, el país de las superbacterias” tiene mucho que ver con el alto consumo de antibióticos sin formula médica en el país (Imagen 21); en algunos casos la frontera entre alarma y terrorismo es difusa, así como entre lo biológico y lo político, ocurre con las epidemias y con las

llamadas guerras biológicas (Imagen 23). En cualquiera de los casos mencionados el mercado está presente.



Diario del 23 de Abril de 2003



A reservar fármacos para enfrentar pandemia

En un artículo publicado por la revista *Nature*, científicos del Instituto Nacional para la Investigación Médica dicen que, dada la alta tasa de mutación del virus de la gripe, es necesario que los países reserven varios tipos de antivirales, como el **oseltamivir**, para hacerle frente a una eventual pandemia de este mal.

Diario del 11 de Mayo de 2008

Imagen 22



Diario del 28 de Octubre de 2001

Imagen 23

CONTRASTE EL CONTAGIO DE GRIPE PORCINA
Colegios - Centros de Salud - EPS - IPS - Jardines Infantiles - Universidades - Recintos militares - Público en General

"Lávese las manos con agua y jabón, especialmente después de toser o estornudar. Los desinfectantes para manos a base de alcohol también son eficaces".
Solicite ya mismo:
FARBEN® Gel de Alcohol Antibacterial para Sanitización de Manos - 60 mL / GL Litro con dispensador.
*Para 11 personas o más para andar en la pared.
BONFAR® Jabón Antibacterial Líquido, 500 mL / GL

Padidos: EUFAR S.A.
Tel. 0254458 Bogotá
Cel. 316-665739
clara.romero@eufar.com
Calle 127 No. 52a-36 Bogotá
otros productos de Bioseguridad en: **eufar®**
www.eufar.com

Distribuidores:
Call: 2-4833650 Medellín: 4-2340133
Bogotá: 8-2548748 Bogotá: 8-2540022
Neiva: 8-8715500 Cúcuta: 75-710249
Vico: 8-8020113 Manizales: 6-8603672
Bogotá: 3220836

INMUNIZATE FRENTE A LA INFLUENZA PORCINA
EXISTEN OTRAS ALTERNATIVAS PARA PREVENIRLA

- No espere a tener los síntomas
- No deje que llegue a tu casa
- Si es posible trátela a tiempo
- Si puedes tomar medidas contundentes para evitar el contagio

TAMIFLU (OSELTAMIVIR) PELONZA (ZANAMIVIR)

Información en www.iberofarma.com y envíenla como hacerla.
Código: 313-8223800, visítanos en www.iberofarma.com

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA - **UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA: prohibido y este gusto quedó reducido al mero ámbito privado, donde tampoco era algo

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA: que se quedan en el aire que hay entre la trilla del saludo y la boca del besador? Pues

Diario del 3 de Mayo de 2009

Imagen 24

Posiblemente, la ideología predominante en el diario El Tiempo es la necesidad de conocer y apropiarse el lenguaje biomédico en todas sus posibilidades y aplicaciones como orden moral (deber y responsabilidad individual) y como asunto cotidiano (proximidad) que van más allá de la función informativa de la prensa y que se presenta en el conjunto de estrategias de comunicación; las conexiones y relaciones que se han descrito en párrafos anteriores permiten evidenciar que tanto el lenguaje como la representación de lo médico responden a funciones de mercantilización y no solo de medicalización, ya que como explica Paul B. Preciado, desde los 80's el aparato de verificación ya no es la clínica o el Estado, sino el mercado y las estrategias de control están ancladas en el consumo (Preciado, 2013). Sumado a esto, y teniendo en cuenta lo que socializa la prensa, el interés en el campo de la salud no es exactamente la *normalización*, sino la construcción de un cuerpo cada vez más cercano a lo anormal y patológico, es decir enfermo, porque la enfermedad y no la normalidad es el escenario de intervención más lucrativo. Esto incluye la forma corporal, ligada a patrones de belleza y a la representación de lo "saludable", que también se logra con intervención farmacológica o médica.

Lo anterior no significa que la información que circula sea necesariamente falsa, significa un uso determinado. Esto se relaciona con la construcción de los usos sociales, es decir con las formas de apropiación material y utilización del sentido de los objetos y signos que se producen en un campo social (Alonso, 2003); para el caso de nuestro análisis, estos usos son capital simbólico que sale del dominio de lo médico para ser reconocido en otros campos y espacios sociales.



Imagen 25 Diario del 25 de Febrero de 1989

2.1.2 Ambivalencias y contradicciones en la socialización del discurso médico.

Como campo, el consumo de la atención en salud refleja conflictos y contradicciones en el proceso de producción simbólica desde la prensa. Aunque poco frecuentes, se identificaron reportes que expresan algunos conflictos y contradicciones en la socialización del discurso médico. Predominan los relacionados con la información sobre los daños colaterales por abuso de antibióticos, con un importante énfasis en la noción de uso racional y su relación con la resistencia bacteriana en el país, así como una preocupación por fenómenos como la automedicación. Estos textos suelen ser una crítica a las prácticas cotidianas de las personas sobre el consumo de medicamentos sin consulta previa a un profesional de la medicina.

Al respecto, se puede identificar un conflicto explícito por el dominio de la formulación en el que pugnan médicos y droguistas (personal de las farmacias), pues se reconoce que para los colombianos es habitual acudir a la droguería para consultar y adquirir los medicamentos que allí se les recomiendan, aunque legalmente se prohíba. La automedicación es problematizada desde los aspectos médicos y económicos (imagen 26), se describen las consecuencias fisiológicas tanto del consumo indiscriminado como de la interacción con otros medicamentos, así como altos costos que significa para los hogares y para el sistema de salud. Estas notas responsabilizan a las personas por las “malas” conductas sobre el uso de los antibióticos, pues se asegura en los reportes que se emplean para curar cualquier tipo de fiebre o estados gripales siendo en estos casos inefectivos e innecesarios.

La automedicación puede conducir a la muerte

La fiebre de los antibióticos

Cuando el organismo recibe antibióticos en forma indiscriminada y abusiva, crea resistencias al medicamento. Considerados erróneamente como los antipiréticos del siglo XX, se venden y se consumen sin ningún control.



Diario de Julio 11 de 1990

Por MARIA DEL PILAR LUNA
Redactora de EL TIEMPO

Cada vez que Alejandro se enfermaba, su madre le automedicaba con un antibiótico por sugerencia de un vecino o una amiga.

A veces, cuando la enfermedad salía de sus manos, llamaba al médico, pero era el vecino quien le recetaba antibióticos por teléfono.

Así, el organismo del niño, propenso a contraer enfermedades respiratorias, se hizo cada vez más resistente a estos medicamentos.

Un día llegó al hospital con una fuerte infección y cuando los médicos le administraron la dosis de antibiótico que normalmente debía curarlo, su organismo no respondió. Alejandro estuvo en peligro de morir.

“El error—dice el jefe del grupo de infectología pediátrica del Hospital Militar Central, Enrique Gutiérrez Saravia—es considerar los antibióticos como los antipiréticos del siglo XX. Su empleo in-

Los antibióticos que se emplean con mayor frecuencia son los del grupo de la penicilina. Pero el abuso es a todo nivel. Por eso, cada vez que vaya a ingerir un medicamento de esta clase se lo vaya a suministrar a su hijo, piénselo bien y no lo haga si no ha sido recetado por un médico.

Imagen 26

Otros medicamentos sobre los cuales se identificaron reportes acerca de los efectos nocivos son las vitaminas, los adelgazantes, el viagra y el tratamiento de remplazo hormonal para la menopausia. Estos, previamente, habían tenido una construcción simbólica como necesarios para el óptimo funcionamiento del cuerpo y estrechamente ligados la idea de salud y bienestar.

En cuanto a los medicamentos de venta libre (MVL), las notas son ambiguas frente a su intencionalidad, ya que presentan las consecuencias negativas de los medicamentos pero a la vez informan detalladamente sobre usos; además el sentido de “necesario” se amplía más allá del tratamiento, se dirige también hacia su uso para prevención. En Colombia, desde la década de los 80 la lista de medicamentos de venta libre ha aumentado significativamente, cada vez se incluyen más medicamentos en estas categoría; incluso se encontró una nota del 18 de Febrero de 2001, en la cual se describe que el 20% del total de medicamentos para ese momento eran de venta libre, es decir dos de cada diez, pero además muestra el interés de las farmacéuticas de ampliar la lista de MVL bajo la justificación de la descongestión de los servicios de salud y el éxito de una adecuada educación al consumidor (Imagen 27).

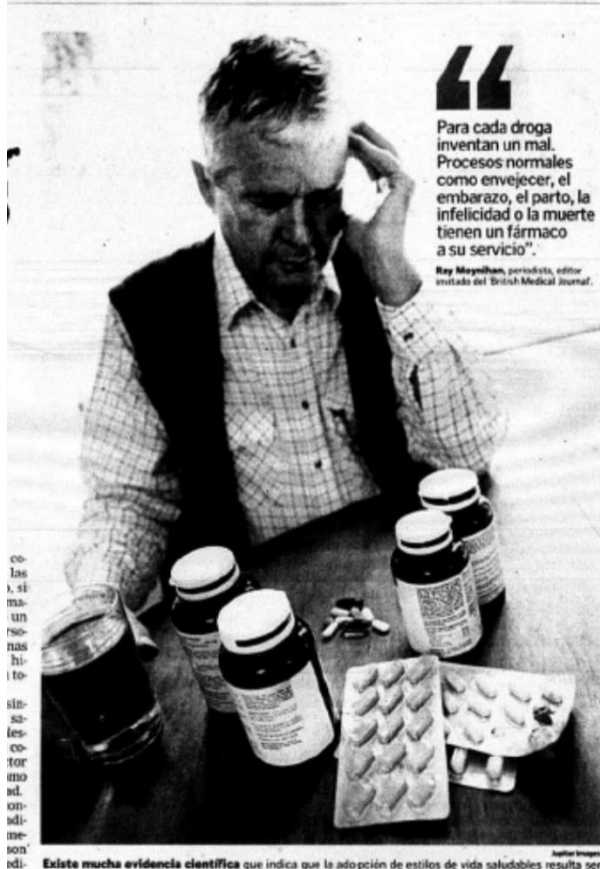


Diario del 18 de Febrero de 2001



Imagen 27

Por último, se encontró una serie de reportes finalizando el año 2007 que reproducían parte de una investigación sobre la invención de enfermedades; en estos se describe cómo a través de diversos mecanismos publicitarios se crean enfermedades y su estrecha relación con el elevado consumo de medicamentos (imagen 28). En cuatro ediciones, entre octubre y noviembre, la sección salud dedicó parte de sus páginas al informe de investigación mencionado, lo cual puede considerarse un hecho aislado y de escaso impacto si lo comparamos con la cantidad de información que circula ligada a estrategias de mercantilización. Y esto es lo que de modo general ocurre con el diario El Tiempo, pues las ambigüedades y contradicciones son sutiles e insuficientes para generar resistencias.



Diario del 11 de noviembre de 2007

Imagen 28

2.2 Satanización de lo público vs. Reivindicación de lo privado.

Durante la década de los noventa, las justificaciones políticas y tecnocráticas de las reformas del sector salud se fundamentaron en supuestos como por ejemplo que “el sector privado es más eficiente que el público y por ello la función del Estado no es producir bienes y servicios, sino regular, un mercado libre y competitivo [que] genera bienes y servicios de mejor calidad” (Ugalde y Homedes, 2005). Este tipo de *espejismos* acreditados desde la teoría neoclásica de la economía, se dan en medio de un escenario de transformación macroeconómica regional que se gesta finalizando los setentas, en la cual se incentiva la terminación de las propiedades del Estado y la apertura masiva a las importaciones; al mismo tiempo, estos espejismos se establecieron como relato

concurrente en toda la sociedad, enaltecidos por la académica y popularizados por los medios de comunicación (Katz, 2014).

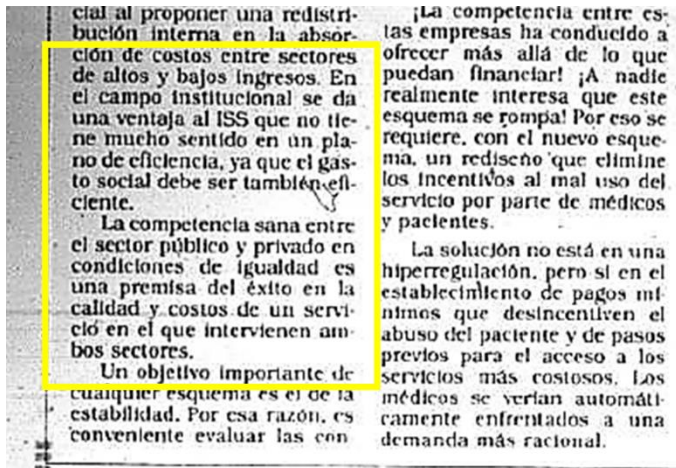
El segundo mecanismo discursivo identificado en la prensa se relaciona con esa popularización mediática de los espejismos del neoliberalismo de la cual habla Claudio Katz. En éste mecanismo se describen los aspectos simbólicos e ideológicos que desde la prensa se produjeron y reprodujeron en torno a lo que denominaremos “satanización” de lo público en simultáneo a la reivindicación de lo privado. Por satanización se entiende el proceso de conferir a algo un carácter satánico o extremadamente perverso (Definición DRAE).

El núcleo central en el mecanismo de satanización vs. reivindicación es la competencia; sobre ésta se erigen los símbolos y la ideología que circulan en la prensa sobre las instituciones y esferas relacionadas con la oferta de servicios de atención en salud. Satanizar lo público mientras se reivindica y posiciona discursivamente lo privado, buscó el establecimiento de un monopolio para la prestación de los servicios a través del sector privado. Cuando lo público queda prácticamente erradicado del sector salud iniciando el siglo XXI, la competencia publicitaria y noticiosa se muestra claramente entre los actores del sistema, así como entre lo transnacional y lo nacional.

La competencia es un concepto importante en la economía clásica, aparece desde Adam Smith quien la consideraba una retroalimentación negativa¹⁰ que ordena o equilibra el mercado en la medida en que ejerce una “especie de coacción impersonal que obliga a numerosos individuos a ajustar su estilo de vida de un modo que ningún otro precepto o mandato lograría hacerlo” (Hayek, 1968) consiguiendo así una manera más efectiva de hacer las cosas (Hayek, 1968). Esta perspectiva es la que aparece implícitamente en los discursos de la prensa como analizaremos más adelante (Imagen 29). Considerar que la competencia es un ordenador casual (de casualidad) que expresa eficiencia, es desconocer el funcionamiento del modelo económico capitalista y sus mecanismos permanentes y crecientes de exclusión. Al respecto, Dussel explica que la competencia como equilibrio enmascara los procesos de acumulación del capital, porque lo que existe

¹⁰ Friedrich A. von Hayek, en una conferencia en 1968, explica cómo este concepto en Smith proviene de la biología y busca representar ese efecto de equilibrio que producen factores externos en un sistema específico dado.

es una transferencia de valor hacia capitales con mayor acumulación y desarrollo “siendo implacable ante el más débil” porque no existe ni igualdad ni equilibrio previo, de modo que “Cualquier equilibrio supuesto o atribuido a los mecanismos del mercado sólo es teóricamente un fetichismo o una invención ideológica sin explicación científica o empírica alguna” (Dussel, 2014).



Zuleta, L. Los seguros privados y la economía de la salud. Columnista Invitado. Diario El Tiempo. Edición de Mayo 16 de 1993. Sección 2C.

Imagen 29

Así como en la sección anterior comprendíamos el rol de la ciencia médica para establecer una idea sobre el cuerpo y la salud funcionales al mercado; el mecanismo discursivo que se presenta en esta sección muestra el uso o aprovechamiento del lenguaje de la ciencia económica para fundamentar el proceso de satanización desde la prensa, es decir, para producir la idea de que las instituciones y sectores públicos son ineficientes, improductivos, corruptos y por lo tanto prescindibles e innecesarios. Ideas que entre otras cosas justificarían la privatización.

Para algunos autores, durante los 80`s se dieron los primeros pasos para las políticas de privatización en los países de América Latina (Beltrán, 2006; Coscia, 2008; Piñero, 2015; Páez y Silva, 2010), los cuales respondían al mandato de la modernización de la Administración Pública para hacerla eficiente. En Colombia, este proceso fue muy notorio y agresivo, sobre todo iniciando la década del 90, al respecto Páez y Silva describen lo siguiente frente al caso de las compañías de servicios públicos:

“Esta idea proviene de los organismos de planeación económica y consiste no en transformar la dinámica de la Administración Pública en un sistema eficiente y equitativo, sino en ceder al sector privado las empresas consolidadas por años de

inversión social, con el pretexto de conseguir recursos para reducir la pobreza y mejorar la calidad de vida de la población. Lo esencial para el sector privado como para la esfera pública consistía en redefinir el papel del Estado, “hacer retroceder las fronteras del Estado” y ampliar la dinámica del mercado. La importancia de la privatización de los servicios públicos domiciliarios radicaba aparentemente en la ampliación de la oferta con base en el capital privado y la creación de infraestructura para suministrarlos con inversiones privadas como también se propagaba la idea de que al generarse competencia se eliminaría el monopolio, pues las empresas se verían obligadas a mejorar su eficiencia, reducir sus costos, al tiempo que se acababa con el clientelismo político. Sin embargo, la realidad muestra que los monopolios públicos fueron sustituidos por monopolios privados” (Páez y Silva, 2010)

En la oferta de servicios de salud, el caso no fue diferente. Con la reforma del sistema de salud se perfiló esa ampliación de las dinámicas de mercado en espacios en los cuales había un mayor control del Estado. La privatización en este sector es presentada por la prensa como única opción justificada en el fetiche de la eficiencia de lo privado, planteamiento que dista mucho de ser un discurso neutro a favor de la privatización, por el contrario, el rol de la prensa está *más allá* del carácter informativo pues se relaciona con la construcción de sentidos y significados de las personas frente a lo público¹¹. De modo que denominar a este mecanismo que emerge en la prensa analizada como *satanización*, no es exactamente una ocurrencia, ésta etiqueta busca representar ese “más allá” y, sobre todo, busca hacer explícita la estrecha relación que existe entre economía, teología y gobierno (Agamben, 2008)¹² en la configuración de normas sociales y de procesos de naturalización.

¹¹ Teniendo en cuenta que, de acuerdo con Alonso, “hay un poder simbólico limitado... lejos de moverse por el modelo estímulo reflejo, en la cultura del consumo los sujetos receptores descodifican los mensajes recibidos según un marco de referencia multidimensional” (Alonso, 2005:25), la intencionalidad de la prensa que subyace en los discursos publicitario está dirigida a la construcción de esos sentidos.

¹² En su obra, *El reino y la Gloria*, Agamben intenta establecer la genealogía de la economía centrada en el paradigma teológico; para ello recurre al concepto de *oikonomia* (gestión/administración de la vida), y establece que “la economía política [moderna] se constituye como una racionalización” de dicha *oikonomia* providencial, ligada a la teología, y brazo de la acción del *gobierno*.

Para este mecanismo discursivo en términos de temporalidad se identifican dos momentos claros y diferenciados; el primero, desde la década de los ochenta y hasta 1993, en el cual el discurso publicitario y noticioso relacionado con el sector salud se centra en la situación del Instituto de Seguros Sociales y de los Hospitales (hasta en ese momento de carácter público) como protagonistas del sector salud. El segundo momento se identifica después de la implementación de la ley 100, aquí se evidencia la irrupción del aseguramiento obligatorio en el país, de las compañías que ofertan servicios de salud y de nuevos *mercados* que surgen vinculados al recién implementado modelo, en suma, la competencia del sector encarnada en la publicidad; hasta el 2009, esta competencia es cada vez más notoria y creciente, se replican las estrategias de marketing de otros sectores económicos, incluso se identifican prácticas conocidas como “publicidad negra”¹³. Estos dos momentos, hacen parte de un proceso de circulación de los discursos en la prensa sobre los cuales se construye la satanización de lo público vs. reivindicación de lo privado que se describe y explica desde 4 elementos: 1. Crónica de una privatización anunciada; 2. Surgimiento mesiánico del aseguramiento privado; 3. De la competencia al “todos contra todos” y 4. Mercados emergentes.

Un hallazgo fundamental fue la no identificación o ausencia de publicidad para el Régimen subsidiado, lo cual demuestra el sentido y significado de la capacidad de pago frente al consumo en salud y las diversas formas de exclusión que el mercado genera; así como en el caso de los medicamentos, los pobres también se excluyen por la no posibilidad de intercambio en el mercado.

¹³ Esta denominación hace referencia a la información y material que pretende ser originaria de una parte ajena con respecto a un conflicto, pero que, en realidad, proviene de la parte contraria. Suele utilizarse para difamar, avergonzar o tergiversar la naturaleza real del enemigo o el conflicto.

2.2.1 Crónica de una privatización anunciada



Este elemento conceptual describe el proceso mediático y la producción discursiva que se desarrolló alrededor de la privatización del Instituto de Seguros Sociales (ISS) y de la transformación de los hospitales del sector público del país en empresas. El análisis de este proceso se inicia en la década de los 80 y va hasta 2007, momento en que el Conpes, emitió concepto favorable para que la Superintendencia de Salud cancelara la licencia de funcionamiento de la EPS o Empresa Promotora de Salud del ISS (Gutierrez, 2007).

Si bien es cierto que la protección social en Colombia no ha tenido un carácter universalista, el modelo del Sistema Nacional de Salud de mediados del siglo XX “logro un cierto grado, en todo caso reducido, de regulación y desmercantilización, combatió precariamente la defamiliarización y permitió... una cohesión social mínima como para no "estallar en pedazos"” (Vega, 2010). Así, el ISS, los Hospitales y las Cajas Nacionales de Previsión, entrando los 80, representaban lo público para el sector salud, con un fuerte predominio de control Estatal frente a estas instituciones.

La primera reestructuración profunda en el ISS se inicia finalizando la década de los 70, cuando el Gobierno introdujo una sustancial reforma en su modelo de administración (hasta entonces llamado Instituto Colombiano de Seguros Sociales ICSS) (Lozano y cols, 2003). Los primeros años de la prensa en los 80 reflejan que esta reforma estuvo revestida de una intencionalidad tecnocrática y por lo tanto requería de un experto economista para

que se implementara de manera adecuada. Así, Sabas Pretel de la Vega¹⁴, economista con estudios de posgrado en administración representaba el perfil idóneo que se requería para este nuevo momento del ISS: eficiencia financiera y nueva administración pública (Imagen 30).

Imagen 30



Edición del 31 de Agosto de 1980

En estos primeros años, la imagen que desde la prensa se dibujaba sobre el ISS era la de una institución personificada en una especie de sujeto “desviado”, caótico y desordenado al cuál se debía *corregir* por tantos problemas financieros, sociales e inmorales que ocasionaba, pero al mismo tiempo, el botín político y económico que éste significaba y las pugnas que se generaban entre los sectores políticos y gremiales por “el dominio” del mismo. La nota del 14 de Septiembre de 1980, escrita por German Manga, titulada “Sabas Pretel y sus batallas en los Seguros Sociales” es quizá, el ejemplo más indicado para dar cuenta de todos los elementos que se mencionaron con anterioridad. El periodista inicia su texto aludiendo a la necesaria presencia de un “director con correa” para “levantar un monstruo que la gente sensata consideraba como caído para siempre” (Imágenes 31,32).

¹⁴ Durante el primer Gobierno de Uribe Veléz, Pretel es nombrado Ministro del Interior y de Justicia, en 2009 fue condenado por la corte suprema de justicia por haber presionado e influido de forma ilegal para que desde el congreso se aprobara la reelección inmediata de Uribe y éste pudiese estar en las elecciones de 2008.

Sabas Pretelt y sus batallas en el Seguro

Por GERMAN MANGA

En menos de 15 meses, Sabas Pretelt, un calvo y brillante economista, máster en Administración y también graduado en Filosofía y Letras demostró que lo que le faltaba al Seguro era un director con correa.

Después de luchar con armas racionales contra 17 sindicatos, que por mu-

chas razones parecían más poderosos que una mafia, logró poner en marcha una reforma congelada durante mas de tres años y levantar, con ello, un monstruo que la gente sensata consideraba caído para siempre.

Es una hazaña sin precedentes teniendo en cuenta la exacta creencia de que el Seguro es una de las empresas más absurdas e inmorales que se han fundado en América. (Pag. 12-A)

Imagen 31

Además, esta nota nos permite ver que desde los 80's el asunto de la eficiencia financiera o rentabilidad en el sector salud era una necesaria condición de existencia institucional. La supuesta capacidad heroica de Pretel descrita por el periódico duro poco; al año siguiente de su nombramiento, el congreso, los gremios y empresarios solicitaron su revocatoria y una nueva reforma al ISS, al demostrarse que indebidamente había autorizado cubrir pagos de pensiones con el fondo destinado para la atención en salud, profundizando la crisis en el área asistencial.



Imagen 32

La noción de disciplinamiento que subyace en la nota de prensa citada anteriormente debe ser comprendida en extensión a los grupos sociales vinculados a la institucionalidad del Seguro Social, es decir “correa”¹⁵ para el seguro implica al mismo tiempo “correa” para los usuarios, para los sindicatos y para los empresarios, pues cada uno de estos se presentaban como culpables de la crisis perenne del ISS.

La culpa hacia los usuarios se relacionaba con el uso inadecuado de los servicios que se prestaban, llegando incluso a considerarse que los colombianos sufrían de una condición de “Hipocondría cultural” (Imagen 33); el mecanismo corrector se estableció como un tipo de pedagogía bancaria para el adecuado consumo de los servicios (Imagen 34). Respecto de los trabajadores, la culpabilización fue mucho más contundente, sus actos fueron enunciados como vandálicos e ilegales, actos dentro de los cuales se encontraban la protesta y la movilización en contra de las decisiones políticas frente al rumbo del ISS; también se reportaron despidos masivos, cancelación de contratos, en general estigmatización de lo “sindical”; estos son los correctivos descritos desde la prensa hacia los trabajadores del Seguro.

Por otro lado, la culpa de los empresarios se relacionó con la evasión de la afiliación para sus empleados, aunque los textos y calificativos hacia estos son cualitativamente distintos, pues no pasa de un cuestionamiento al deber ser de los empresarios sobre sus trabajadores. Simultáneamente, algunos grupos de actores a través de notas tipo edictos¹⁶ responsabilizaban al Estado por la situación (Imagen 35). Una continua pugna por la búsqueda de un culpable de los problemas de la asistencia en salud con nombre propio que hasta la actualidad se reproduce.

¹⁵ En el lenguaje coloquial colombiano “correa”, o “dar correa”, tienen una connotación de castigo físico con propósito de disciplinamiento.

¹⁶ Estas notas se caracterizan por ser de dimensiones pequeñas, extensas, apretujadas y de poca proximidad para los lectores.

Imagen 33

SEGURO ATENDERA ATRAVÉS DE CLÍNICAS PRIVADAS
Mintrabajo: paro en ISS sería declarado ilegal

El Ministerio de Trabajo anunció anoche que si los trabajadores del Instituto de Seguros Sociales (ISS) realizan el paro anunciado, esa acción sería declarada ilegal.

A juicio del Gobierno la decisión de convocar a un paro no tiene ninguna justificación, pues equivaldría a cuestionar la facultad del Gobierno para presentar proyectos de ley y el Congreso de la República para estudiar dichas iniciativas y producir leyes.

El sindicato de base del ISS convocó hace pocos días a sus afiliados a un paro general de actividades para expresar su rechazo al proyecto de ley que reforma el actual sistema de pensiones en el sector privado. Se trata del mismo instrumento utilizado por los trabajadores de Telecom para oponerse a la privatización de la institución.

El Gobierno, en su comunicado de anoche, dijo que el Congre-

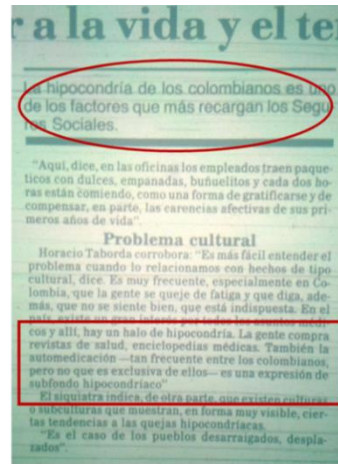
to financiero que enfrenta el actual sistema y ofrece seguridad en el pago de las pensiones a los trabajadores colombianos, dijo el Ministerio de Trabajo.

Tanto el Ministerio de Trabajo como la Dirección del Seguro garantizaron a los afiliados la normal prestación de los servicios de atención a través de hospitales y clínicas privadas.

Y advirtieron: "Vale la pena recordar que las funciones del ISS constituyen un servicio público y que la decisión de hacer efectivo el paro conllevaría a la declaratoria ilegal del mismo".



Noviembre 29 1992



Edición del 24 de Marzo de 1985

Imagen 34

Seguro!
Estamos cambiando!

No le pida citas, drogas e incapacidades que no necesita

Si el ISS no existiera usted no tendría otro organismo que le diga lo que nosotros le damos para protegerlo, desde el nacimiento hasta la muerte. El ISS es suyo. Por eso, usted no debe comportarse frente a él como si quisiera acabarlo. Devorar al ISS es restarse a sí mismo toda posibilidad de seguridad social: salud ahora y pensiones para la vejez. Le encarecemos que no pida citas cuando realmente no las necesita y, desde luego, le rogamos que no las pida si se las suministramos porque consideramos que son estrictamente indispensables para que usted se cure. Cuando pide citas, le quita el cupo a quien sí lo requiere. En el ISS queremos ahora que usted se sienta bien, bien protegido! Ayúdenos a mejorar.

ISS
 Instituto de Seguros Sociales
 Servicio eficiente, oportuno, humano.

Seguro! Estamos cambiando! La reforma del Seguro Social es seguridad integral para usted y para su familia

Edición del 8 de Junio de 1980

Si el ISS no existiera usted no tendría otro organismo que le diga lo que nosotros le damos para protegerlo, desde el nacimiento hasta la muerte. El ISS es suyo. Por eso, usted no debe comportarse frente a él como si quisiera acabarlo. Devorar al ISS es restarse a sí mismo toda posibilidad de seguridad social: salud ahora y pensiones para la vejez. Le encarecemos que no pida citas cuando realmente no las necesita y, desde luego, le rogamos que no las pida si se las suministramos porque consideramos que son estrictamente indispensables para que usted se cure. Cuando pide citas, le quita el cupo a quien sí lo requiere. En el ISS queremos ahora que usted se sienta bien, bien protegido! Ayúdenos a mejorar.

Imagen 35

La Privatización de la Seguridad Social, un Atentado a la Paz Laboral y Social

1. ¿EL REVOLUCION SOCIAL O EL FRACASO DE LA POLÍTICA SOCIAL DEL ESTADO?
 Ha sido presentado a consideración del Congreso Nacional, un proyecto de ley elaborado por los Ministerios de Trabajo, Hacienda y Planeación Nacional, que bajo el título de "SISTEMA DE AHORRO PENSIONAL" pretende ocultar la intención gubernamental de desmembrar y marchitar el ISS, entregarle las reservas pensionales al sector financiero y modificar el criterio de la pensión como una retribución a una vida de trabajo, por un simple mecanismo de ahorro individual.

2. EL PROYECTO SE FUE CONCERTADO CON EL SECTOR FINANCIERO Y ASEGURADOR
 La ganancia económica sustituyó toda realidad actuarial en seguridad social. El Proyecto de Ley 155, solo concibe como sólidas las simulaciones de protección?

La experiencia de Chile nos muestra que la regresiva solución privada no permite garantizar una política social de medio y largo plazo. La irresponsabilidad de asumir un alto costo fiscal, por convertir el sistema pensional en un negocio, privará al pueblo colombiano de cuantiosos recursos para la salud, que es una prioridad nacional.

3. ¿AHORRO O ILUSIÓN PENSIONAL?
NOVEDADES DEL PROYECTO
 Separar los riesgos de invalidez, vejez y muerte (I.V.M.) para establecer tres negocios distintos a costa de las pensiones y prestaciones de los trabajadores. Cotización mínima de 1.500 semanas, es decir, 30 años de trabajo permanente, si en el ISS el promedio de cotización efectiva (fidelidad de aportes) es de 20 semanas por

Edición del 8 de Noviembre 1992

Desde la prensa el discurso de fatalidad frente a la problemática del seguro es recurrente, son comunes los calificativos de crisis, caos, corrupción continua, insostenibilidad, entre otras. Si bien es cierto, muchos de estos calificativos también se usan para hacer referencia a la situación de los Hospitales, el ISS es protagonista (Imagen 36). Iniciando la década de los 90, el lenguaje médico, más cercano a la población por el proceso de socialización, es usado para simbolizar la situación del seguro, ejemplo de ello es la metáfora del tumor (Imagen 37). El cáncer, como se trató en la sección anterior, en términos del imaginario colectivo tiene una connotación cercana a lo nefasto y por lo tanto cualquier tipo de intervención no es solo necesaria sino totalmente justificada y su posibilidad de muerte es un asunto *natural*; el uso de la metáfora del tumor para referirse a la situación del seguro da cuenta de la manera cómo la representación de lo público se instala en la agenda mediática.

Imagen 36



Ediciones Diario el Tiempo entre 1986-1992

Imagen 37



Edición del Enero 20 de 1991

Edición 15 de Noviembre de 1990

Para 1991, el panorama en el ISS era profundamente desolador y la imagen de una institución inviable estaba muy presente en los discursos provenientes del gobierno. Su inferioridad frente a la supuesta eficiencia privada circulo continuamente en la opinión pública, todo ello acompañado de una agresiva campaña en pro de formas de privatización como fórmula de salvación. En este mismo año, con la promulgación de la Constitución Política de Colombia y con el lanzamiento de la apertura económica del presidente Gaviria, se permite la prestación asistencial y económica por parte de operadores privados a afiliados del ISS, ruta directa hacia su desmembramiento y final. Para Franco, “la del ISS es una de las más crueles historias de seguridad social en el mundo” (Franco, 2008), pues afirma el autor que para acabar con la institución se recurrieron a maniobras poco leales fraguadas desde el propio Gobierno, desde su incumplimiento en el compromiso frente a las cotizaciones hasta la irresponsabilidad que significó el usar recursos del ISS para refinanciar al Banco Central Hipotecario y otras entidades financieras (Franco, 2008).

En medio de un complejo debate entre diversos actores del sector, durante 1992 con el decreto 2148 de este mismo año, se transforma el Instituto en Empresa Industrial y Comercial del Estado, un paso fundamental para su definitiva privatización. Al respecto, es importante mencionar que El Tiempo presentó este debate como un asunto ideológico y una contienda académica sobre la conveniencia de privatizar o no el seguro, mientras la realidad mostraba un déficit concreto que había que solucionar y una urgente necesidad de tomar decisiones (Imagen 38); es decir, presenta el debate sobre la privatización como un asunto externo, trivial, despolitizado y aislado de la realidad nacional, pero sobretodo, minimizando la opinión que proviene de la academia y la esencialidad y centralidad del asunto. Al mismo tiempo, dejaba claro a la opinión pública que la dimensión que primaría a la hora de tomar decisiones sobre el sector salud era el negocio y la rentabilidad que solo se lograría a través de modelos provenientes del neoliberalismo, donde lo público se anula como posibilidad para la prestación de los servicios.

Imagen 38



“El primero fue una lucha ideológica, que no termina aún, sobre la conveniencia de privatizar o no el sistema de salud y pensiones...”

“Aquella era un una contienda académica. Un conflicto sobre la conveniencia de privatizar y basar el futuro de las pensiones sobre el ahorro de cada trabajador. Hoy, el déficit es concreto y tarde o temprano hay que asumirlo. Viene entonces un segundo asalto de los contendores ideológicos. Pero en esta oportunidad, la polémica sobre la conveniencia de una política de largo plazo pasó a un segundo plano, ya que el ISS afronta este año un faltante que es urgente cubrir”

Edición del 12 de Junio de 1992

Las notas de prensa muestran que la ruta hacia la total privatización del ISS generó una confrontación de discursos frente a la misma, situación que refleja las tensiones sociales y políticas en el sector salud; sin embargo, los mecanismo publicitarios emitidos en El Tiempo por parte de sectores opositores a la privatización de ISS fueron siempre marginales y muy extensos, lo que implicaba el uso de tamaños de fuentes muy pequeños, produciendo una lectura densa y agotadora, de modo que fácilmente se pierde el interés en las notas publicadas. Este tipo de aspectos que parecen triviales, sin embargo, de cara a la generación de opinión pública y a la búsqueda de mecanismo relacionados con la resistencia y la movilización social, cobran relevancia cuando se considera la forma de publicar un aspecto integral de la producción simbólica en los medios de comunicación.

Sin duda alguna, la prensa y la publicidad no son por si solas causantes del establecimiento de un escenario pro-privatización en el país, estas deben entenderse como parte de la confluencia de diversas estrategias de los Estados occidentales para privilegiar formas de restablecimiento de la rentabilidad del capital privado. Este fenómeno está vinculado a la reorganización de las relaciones Estado-mercado que privilegió la reprivatización de las

políticas sociales, subordinación necesaria para la expansión del mercado neoliberal (Arribas y cols, 2013). Así, la satanización de la imagen de ISS, sirve de escenario para un anclaje de lo privado en el imaginario social como única respuesta y necesidad.


Hay que mencionar, además, que la intencionalidad de la prensa hegemónica frente a la anulación de lo público como vía para la prestación de los servicios de salud también se evidencia en las notas sobre la reforma al sistema, no solo por la reproducción de un imaginario útil al modelo privatizador, sino por la manera como presentaron las propuestas existentes, pues dejaba claro que las posibilidades de reforma que circulaban en el país estaban entre dos modelos, uno de mercado pleno y otro de un punto *intermedio*, porque solo lo privado ligado a un modelo neoliberal sería el derrotero de la reforma (Imagen 39). Esta afirmación contrasta con los resultados del análisis de Vega y cols (2012) sobre la dinámica política del momento, pues los autores dan cuenta de al menos tres tipos de propuestas, una de ellas explícitamente contemplaba un manejo desde lo público, descentralizado y con fortalecimiento de la red hospitalaria pública; pero además muestran cómo “la correlación de fuerzas en el ámbito político ha favorecido a aquellos sectores afines al modelo de desarrollo impulsado por las agencias financieras internacionales” (Vega y cols, 2012).

Imagen 39

Una nueva cara le sale a la seguridad social: es negocio

Salud: ¿privada o pública?

Entre acaloradas discusiones teóricas de microeconomía, nadie está dispuesto a transigir en el Gobierno. Gaviria conciliador convocó cumbre para mañana en el Palacio de Nariño.



COSTOS DE SALUD				
COBERTURA FAMILIAR	POBLACION	100% COSTO 1991	100% PUEBLOS	OBSERVACIONES
		(\$ MIL)1	INDICIOS	
Indígenas	1.287.811	716.186.587		
Familiares	1.367.791	47.488.648		
Familiares	5.787.488	303.823.828		
Comunidades	2.737.948	248.898.888		
Familiares	1.444.884	55.188.884		con Med. Fam. (guante 17%)
Comunidades	2.292.964	176.712.964		con Med. Fam. (guante 17%)
Familiares	3.881.783	142.712.488		con Med. Fam. (guante 17%)
Comunidades	2.419.970	128.029.970		con Med. Fam. (guante 17%)
Caja de Compensación	3.403.452	100.123.517		Comenzaron el 8/9/92 con 800 millones
Asistencia		80.000.000		de seguro al 8/9/92 con 800 millones
		800.228.500		
		Costo por beneficiario		

POR SILVERIO GOMEZ C. Y JAIME MEJIA MAZUERA.
■ Sección Económica de EL TIEMPO

El futuro de la salud de los colombianos no es claro, por lo menos en la parte que tiene que ver con la seguridad social. Hay una gran discusión en el Gobierno: privatizar o no.

El tema se centra en qué hacer con el Instituto de Seguros Sociales, entidad que maneja alrededor de 600.000 millones de pesos. Nadie habla de la Caja Nacional de Previsión que no tiene plata y según los expertos es modelo extremo de corrupción.

Así, aunque sin duda todas las vertientes de discusión quieren mejorar la salud de los colombianos, un elemento nuevo entra a jugar un papel clave: el negocio y los resultados financieros, el cual seguramente determinará el rumbo de la política.

Esa filosofía es consecuencia de la apertura y librecambio que domina hoy al Tercer Mundo y cuyos resultados preliminares son destacados por los economistas neoliberales.

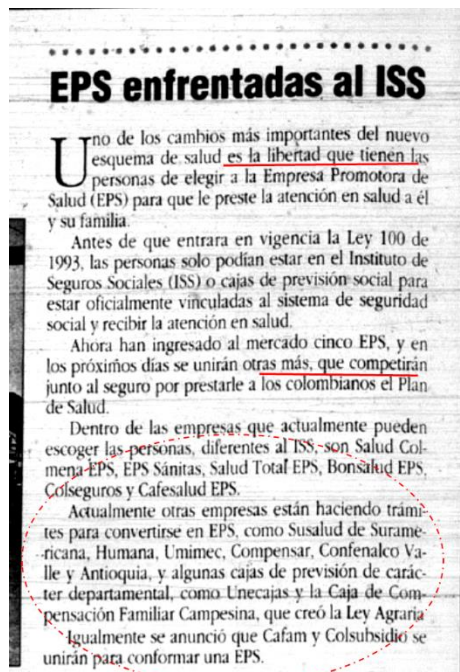
En la otra orilla están los moderados que creen en un modelo intermedio distinto a la "ley de la selva" en el que se impone el más fuerte.

NO INGRESO A LA UNI!
Ingrese a Computclub y aprave aprendiendo a manejar microc.

■ 14 aulas 150 microcomputadoras
■ 14 aulas 150 microcomputadoras
■ 14 aulas 150 microcomputadoras
■ 14 aulas 150 microcomputadoras

■ Atención personalizada para escoger entre 3D dispositivos
■ Cursos especiales (inglés avanzado)

VEA SALUD/28



Edición del 15 de Enero de 1995

Imagen 40

Con la aprobación de la Ley 100 de 1993, el ISS es fragmentado en tres mercados, pero integrados bajo el mismo nombre y administración: pensiones, salud y riesgos profesionales, cada uno de estos se convirtieron en sub-sectores de la seguridad social que se abrieron al manejo privado en la década de los 90 y se inicia una clara y agresiva competencia por afiliados (Imagen 40). Con el desfavorable historial del ISS, la batalla se proyectaba bastante reñida y el rol de la publicidad fue reconocido como trascendental, al punto que una de las solicitudes expresas que Cecilia López (Directora del ISS) y Guillermo Perry (Exministro de Salud) hicieron a los ponentes de la reforma en su momento fue la de

incluir el tema de una designación específica para que el ISS tuviera la misma igualdad de condiciones que los fondos privados para hacer publicidad y evitar “que se produjera una desafiliación **muy rápida** de la entidad” (Negrilla propia) (El Tiempo, 6 de Junio de 1993). Si tenemos en cuenta la imagen que durante años se había desplegado sobre el ISS, ese temor por la desafiliación podía considerarse bastante justificado e incluso sería, por las palabras de López, un desenlace esperado.

Al parecer la solicitud fue tomada en cuenta, pues entre 1995 y 1996 y bajo el slogan “Seguro Social. Para Siempre”, el ISS había gastado alrededor de 6.000 millones de pesos en publicidad para promocionar todos los frentes de la seguridad social (El Tiempo, Edición del 22 de febrero de 1997). Situación que para el caso del diario El Tiempo es bastante evidente, pues las pautas del seguro no fueron para nada marginales ni en tamaño ni en cantidad, por el contrario, siempre ocupaban al menos media página y es frecuente encontrarlas. Se promocionaron valores como el conocimiento, la solidez, la tecnología y la experiencia, se invocó el patriotismo recordando que era una empresa colombiana y se anunciaba la lucha anticorrupción al interior de la institución como garantía de cambio y compromiso (Imagen 41). Otras de las estrategias de marketing usadas, fue la de articularse con el BCH para ofertar subsidios de desempleo por la afiliación a pensiones y cesantías.



Ediciones entre 1996 y 1997

Imagen 41

Es importante mencionar que, en general, los gastos en publicidad de los organismos oficiales en el país han sido cuestionados por la contraloría general de nación y que no se trató de una situación exclusiva del ISS, aunque así lo haya presentado la prensa. En 2012 la contraloría desarrolló un informe al respecto; analizaron año a año el periodo comprendido entre 2000 y 2012 y encontraron que para algunos años el gasto había superado los dos billones de pesos, también encontraron que éste aumentaba significativamente en épocas pre-electorales; el Ministerio de Educación, de Defensa y de Trabajo fueron los que más gastaron en publicidad en este periodo (Contraloría General de la Nación, 2012; KienyKe, 2013; Revista Semana, 2014). Para el caso de las empresas privadas, no es diferente el panorama, pues existen sectores como el financiero y el farmacéutico en el que se invierte hasta el 30% de los presupuestos en este rubro; sin embargo, en Colombia desde 1998 este tipo de gastos tienen una exención de impuestos para las empresas privadas (Estatuto tributario, 2014). Esto demuestra el peso y poder de lo publicitario en las diversas organizaciones.

Años después, el gasto en publicidad que había hecho el ISS bajo la dirección de Carlos Wolff fue denunciado como otra fuente de corrupción en la institución, pues se demostró que este director había otorgado contratos por un total de cinco mil millones a dos grupos publicitarios sin previa licitación (El Tiempo, 1999; Revista Semana, 1997; Caracol Radio, 2012). Situación que, de acuerdo con el informe de la contraloría (2012) es común en diversas instituciones estatales y es considerada una práctica difícil de controlar por la flexibilidad en las normas de contratación de este tipo de servicios.

En medio de la batalla por ganar o mantener afiliados, las notas de prensa mostraban un escenario de confusión frente a los cambios por la implementación de la Ley 100 y generó un clima de desconfianza frente a la viabilidad del ISS en esta nueva etapa de competencia, principalmente en el tema de las pensiones. Ante esta situación, El Tiempo, el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud emiten una campaña informativa en una sección dominical entre enero y junio de 1995 para despejar dudas y responder las preguntas de los lectores frente al nuevo modelo de seguridad social, en estas notas se insiste frecuentemente en la importancia de contar con un plan de medicina complementaria por la insuficiencia del Plan Obligatorio de Salud y el aprovechamiento de la libre elección de aseguradora antes del cumplimiento del tiempo establecido por el gobierno para salirse del ISS (Imagen 42), aspecto que aplicaba para el cambio de régimen de pensiones pero que El Tiempo presentó también relacionado con la afiliación en salud.



Edición del 15 de enero de 1995

Imagen 42

Las noticias sobre la crisis del ISS no pararon, para junio de 1999 el déficit en la EPS era de 1,4 billones de pesos y las razones descritas en la prensa de esta situación fueron relacionadas con los sobrecostos de la nómina, el costo del POS, la evasión de los empleadores y las tutelas. La publicación de los resultados de un informe de la OIT sobre la situación del ISS, exacerbó el clima de temor y desconfianza en el país sobre el futuro de la institución; de acuerdo con El Tiempo, en este informe la OIT, recomendaba la urgente privatización total del ISS pues para el 2018 se habrían agotado las reservas de la institución (El Tiempo, editorial de la edición del 29 de marzo de 1999).



Edición del 29 de Agosto de 1999

Imagen 43

Del informe mencionado solo se publicaron resúmenes ejecutivos y aunque se anunció que incluiría análisis de los tres sectores, pensiones, salud y riesgos profesionales, solo se divulgó información sobre las pensiones. A estos resúmenes se le dieron múltiples interpretaciones según los intereses de cada actor; para el presidente (Samper) y el director del ISS representaba la ratificación de la viabilidad, siempre y cuando se siguieran las recomendaciones de ajustar de manera escalonada el monto de las cotizaciones, se buscaran más afiliados y se diversificaran las inversiones (Ayala, 1998). Para actores como Asofondos, Fedesarrollo y la mayoría de los medios de comunicación, confirmaba que tarde o temprano el ISS sería inviable. Ante la explosión de noticias sobre la situación del ISS, el director Wolff instauró una demanda contra algunos medios de comunicación y el director de Asofondos por generar pánico económico, la cual fue retirada meses después, según lo reporta el diario El Tiempo.

Entre 1999 y 2003 se identifica un aumento importante en la frecuencia de noticias sobre la grave situación del ISS en el diario. Para Feinmann, la reiteración de una información en los medios de comunicación tiene un objetivo claro y determinante en términos de hegemonía y poder: el establecimiento de una verdad, según el autor “muchas repeticiones, hacen una verdad” (Feinmann, 2013), que se vincula a la construcción de un sentido y una carga de valor específica frente a la representación de la realidad; siguiendo a Feinmann esta verdad se incorpora de un modo casi natural (sentido común) al “dispararse” cotidianamente y, sobre todo, al estar atada a la generación de miedo como también lo plantea Beck (2006).

Existieron diversos acuerdos entre los sindicatos del ISS y el gobierno para sortear la crisis financiera, pues dentro de las causas siempre se consideró los sobrecostos por nomina, de modo que los sindicatos renunciaron a diferentes beneficios que habían negociado en épocas anteriores y que suponían un importante ahorro para la institución. Al parecer el ahorro fue insuficiente, pues las notas sobre la pésima situación se siguieron emitiendo. Entre éstas, una noticia que representó un duro golpe para la institución: la prohibición de nuevas afiliaciones por parte de la Superintendencia de salud. De acuerdo la edición del 10 de septiembre de 2000 (Imagen 44), la sanción de la Supersalud se originó por que la EPS del ISS se encontraba en mora superior a 30 días y por lo tanto “no podrán realizar nuevas afiliaciones y si la mora supera los 60 días, los afiliados pueden trasladarse libremente a otra entidad” (El Tiempo, 2000). Esa decisión contrasta fuertemente con la benevolencia mediática hacia las EPS privadas, como se verá más adelante, pues a pesar que la situación en estas instituciones no era diferente, su tratamiento sí fue radicalmente distinto.

Tal fue el detrimento de la imagen del ISS y la generación de miedo e incertidumbre sobre su futuro que la propia OIT, años después de la emisión del informe sobre la situación pidió

a los medios “frenar la mala imagen contra la entidad” (Imagen 45), y es que para el caso de la satanización del ISS, las estrategias comunicaciones incluyeron además el uso de “opinómetros” o sondeos de opinión que jugaron un rol importante en la “aceptación” de la ineficiencia de ISS en particular y de lo público en general; de acuerdo con Luhmann, esta práctica mediática se relaciona con procesos de generación de opinión pública, la cual es entendida como un vehículo para posicionar e institucionalizar los temas y asuntos que políticamente deben ser abordados y crear una expectativa social y de inmersión en línea con la opinión de las mayoría (Luhman, 2000), de este modo



LA SUPERSALUD dice que la EPS del Seguro Social no ha podido pagar problemas como la atención a sus usuarios.

SALUD / EPS ES DE LOS PROVEEDORES' Supersalud no levantará sanciones al Seguro Social

La Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud) no suspenderá por ahora la sanción que pesa, desde agosto de 1998, sobre la Empresa Prestadora de Salud (EPS) del Seguro Social.

Así lo dio a conocer ayer la Supersalud tras hacer un análisis de la situación económica de una EPS, donde se encontró que esta tiene mora de más de 30 días en cuentas por pagar, que ascienden a los 169 mil millones de pesos.

Según el Decreto 882 de 1998, las EPS que se encuentran en mora superior a 30 días no podrán realizar nuevas afiliaciones y si la mora supera los 60 días, los afiliados pueden trasladarse libremente a otra entidad.

Según la Supersalud, además del incumplimiento de las obligaciones con sus proveedores (una mora promedio de 474 días en el pago de las cuentas), la EPS del Seguro Social sigue presentando problemas en sus sistemas de información, en su estructura financiera y en la co-

lidad en la prestación de los servicios a sus usuarios. El informe da cuenta de que esa entidad no sabe cuánto son sus afiliados y su estado de salud. A finales de abril señaló que tenía 4701.823, entre cotizantes y beneficiarios, y un mes antes reportó dos cifras: 3700.000 y 3'402.301.

Añade el documento que los estados financieros de la entidad no son buenos pues en los últimos cuatro años registró pérdidas cercanas a los 169 mil millones de pesos, cuenta con un capital de trabajo negativo de 245.590 millones de pesos y su patrimonio es negativo en 531.122 millones de pesos.

Como si fuera poco, tiene un endeudamiento a corto y a largo plazo de 119,83 por ciento, “es decir, que la entidad es de los proveedores”.

Finalmente, la Supersalud fue clara en advertir que hasta tanto no se superen estos problemas, no suspenderá la sanción a la EPS del Seguro Social, que es considerada por su presidente, Jaime Arias, como el golpe de gracia.

Añade el documento que los estados financieros de la entidad no son buenos pues en los últimos cuatro años registró pérdidas cercanas a los 169 mil millones de pesos, cuenta con un capital de trabajo negativo de 245.590 millones de pesos y su patrimonio es negativo en 531.122 millones de pesos.

Como si fuera poco, tiene un endeudamiento a corto y a largo plazo de 119,83 por ciento, “es decir, que la entidad es de los proveedores”.

Finalmente, la Supersalud fue clara en advertir que hasta tanto no se superen estos problemas, no suspenderá la sanción a la EPS del Seguro Social, que es considerada por su presidente, Jaime Arias, como el golpe de gracia.

Edición del 10 de septiembre de 2000

Imagen 44

estos opinómetros coadyuvaban a la consolidación de una opinión pública en favor de una necesaria eliminación del ISS.

16A EL TIEMPO / DOMINGO 27 DE FEBRERO DE 2000

ECONOMÍA

► ASESOR DE LA OIT PIDE FRENAR MALA IMAGEN CONTRA LA ENTIDAD

Marchitar al Seguro, un error

Los voces de alerta sobre la crisis pensional del país se vuelven a disparar. Aunque no es inminente, si no se toman las medidas adecuadas se podría anticipar.

Pero ojo, los colombianos no se pueden llamar a engaños. Los problemas pensionales no son exclusivos del Seguro Social, por el contrario, se hacen extensivos a todo el sector privado y público. En ello coincidieron dos expertos en el tema quienes aseguraron que acabar o marchitar lentamente al ISS puede ser el peor error social.

El asesor externo de La Organización Internacional del Trabajo (OIT), el mexicano Sergio Velasco, quien actualizó el año pasado el informe de ese or-

ganismo, pidió frenar la publicidad negativa contra el Seguro y poner a competir en igualdad de condiciones con el fin de que los dos sistemas (ISS y fondos privados) se fortalezcan en lugar de perjudicarse mutuamente.

"Tengo la impresión de que hay un esfuerzo por dar la imagen del Seguro Social que es la incidiendo negativamente en nuevas afiliaciones y deteriorando sus ingresos. En el ISS no hay una crisis real pero con tanto comentario va a terminar por producirse", sostuvo.

Para el asesor, si se amplía la cobertura y se reduce la evasión no habrá necesidad de subir el monto de las cotizaciones. El gran problema es que se dejaron dos regímenes vivos en compe-

tenencia, por ello la reforma laboral que está estudiando el Gobierno debe estar encaminada a que los dos sistemas se complementen.

Dijo que por el lado de los fondos privados también se está generando un costo fiscal alto por la garantía de pensión mínima.

Por su parte Upliano Ayala, quien fue viceministro Técnico de Hacienda en la administración Gaviria y actualmente es investigador de Fedesarrollo, dijo que el mayor problema está en los regímenes especiales y en el sector público por la indisciplina, corrupción, altos privilegios y ahorros insuficientes.

"Ninguno de estos sistemas está financiando suficientemente, en el caso de Ecopetrol y las Fuerzas Armadas, se está haciendo un esfuerzo, pero en el caso de los maestros los recursos que se están pasando al fon-

do prestacional no son suficientes. A ello se suma que todavía sobreviven decenas de cajas de compensación quebradas".

Ayala sostuvo que al Seguro le han estado en los últimos años 250.000 empleos públicos e ingresarán por lo menos otros 200.000 como consecuencia del cierre de cajas territoriales.

El investigador considera que no hay fórmula mágica para solucionar el problema pensional. Sin embargo, es necesario discutir dos aspectos: la edad de jubilación y las semanas cotizadas. En muchos países los hombres se pensionan a los 65 años y las mujeres a los 60. En torno a las semanas dijo que no hay sistema viable cuando una persona cotiza 20 años y paga el 15 por ciento mensual y después recibe una pensión durante 25 años equivalente al 75 por ciento del sueldo.

ISS...

¿Cómo ve la propuesta de aumentar la edad de jubilación?

Si se aumenta la edad en dos años no se haría ningún cambio porque la ley 100 contempló dicho incremento a partir del 2014. Lo otro sería correr el período de transición al 2009 que no significaría un cambio drástico en las reglas de juego para las mujeres y los hombres que cumplieran 35 y 40 años, respectivamente, cuando se aprobó la reforma laboral.

¿Se deberían subir las semanas de cotización?

En Europa las semanas de cotización están llegando a los 40 años, además, la gente tiene un empleo estable. El seguro se inventó en Alemania para que una persona lo disfrutara 15 ó 16 años pero ahorrandose 40 años, es decir, entrar a trabajar a los 25 años, pensionarse a los 65 y disfrutar la pensión hasta los 80 años. En Colombia esto no pasa porque el tiempo promedio de estadía en el sistema

Viene de la PÁG. 14A

es menor a 20 años. En el Seguro una persona puede obtener una pensión equivalente al 85 por ciento del sueldo promedio de los 10 últimos años si cotiza 1.500 semanas, y una pensión del 65 por ciento si cotiza 1.000 semanas.

¿El aumento de las cotizaciones sería la mejor solución para el Seguro?

Las cotizaciones para pensión están en 13,5 por ciento en Colombia, mientras que en Europa llegan al 25 por ciento. Uno de los planteamientos que se hizo en 1999 fue aumentar cada año en 0,25 por ciento las cotizaciones hasta llegar al 18 por ciento. Si esto se hiciera se resolvería todo el problema pero el Gobierno no acepta por la situación económica del país.

¿Se amplió la cobertura de pensiones con la ley 100?

La cobertura de pensiones en Colombia es ridícula. De la población económicamente activa sólo el 52 por ciento está cotizando. Mientras los afiliados en el Seguro llegan a 4,6 millones, los cotizantes apenas llegan a 2,4 millones. Una situación similar se presenta con los fondos privados. Desde ese punto de vista la ley 100 fracasó porque en salud, pensiones y riesgos profesionales se mantiene igual el número de afiliados. No hemos podido meter a los independientes, los informales, los pobres y los ancianos en la seguridad social.

Para encontrar nuevas oportunidades de comercio hay que salirse de lo tradicional.

Comercio electrónico: una forma de hacer negocios.

El comercio va no es como antes. Ahora hay nuevas oportunidades y nuevas tecnologías.

¡Separe ya su stand!

AQUI SI... LE ENSEÑAMOS
a pensar, escribir y hablar correctamente el idioma
Inglés, Francés o Alemán POR **\$30.000** AL MES

Requisitos para las nuevas pruebas del ICFES
El C.E.I. informa que tiene a la venta los formularios para los siguientes programas de Inglés, Francés y Alemán

- Cursos de formación básica.
- Cursos especiales para profesionales.
- Cursos de Formación Avanzada.
- Cursos especiales para niños.

NORMAL: Lunes a Viernes 6:30 a.m. a 9:30 p.m.

Imagen 45

La desaparición del ISS fue un proceso que se desarrolló en medio de resistencias y luchas (principalmente sindicales) en contra de las medidas de privatización; en este tránsito fueron diversas las reestructuraciones en la institución para hacer frente a las crisis (Imagen 46), las cuales iniciaron desde el Gobierno de Uribe Vélez y se enfocaron en la externalización de servicios y la reducción de la nómina; aspectos que transformaron profundamente las condiciones laborales de los trabajadores (Mesa y Romero, 2010), tal vez la más reconocida y nociva fue la contratación a través de cooperativa de trabajo asociado, perdiendo toda relación laboral con la institución como máxima expresión de flexibilización (Mesa y Gómez, 2007).



Imagen 46



Imagen 47

En el 2006, el presidente Uribe anunció la liquidación gradual del ISS con el fin de:

“tener una entidad pública de aseguramiento en salud, pensiones y riesgos profesionales, eficiente, sostenible, con buenos resultados para la comunidad... Uno de los mayores reclamos que escucho en el país es por el Seguro Social. Nada ganamos con sostener el capricho de lo público, si lo público no le sirve a su razón de ser, que es el interés comunitario” (El Mundo, 2006)

Con el adjetivo comunitario realmente se refería a intereses privados, pues en una entrevista para Caracol Radio, explícitamente afirmó que el objetivo era contar con un “servicio social” transparente y “unas clínicas del Seguro Social tan eficientes como las del sector privado... vamos a seguir en lo que ha sido nuestro camino, fomentar la inversión privada” (Gutiérrez, 2007); esta liquidación fue una más de la escalada de privatizaciones de los gobiernos de Uribe en el país (Imagen 46,47).



Edición del 13 de Junio de 2003

Imagen 48

La decisión de liquidar la EPS del ISS encontró el mejor de los sustentos con la emisión del Conpes 3456 del 15 de enero de 2007, en el que se estableció que ésta EPS no era viable y por lo tanto la Supersalud debería cancelar definitivamente su licencia de funcionamiento. A partir de entonces, se dio el proceso de creación de una alternativa de aseguradora en la cual el Estado tuviese participación como accionista. El Ministro del momento, Diego Palacio, convocó a varias cajas de compensación familiar que ya funcionaban como EPS: Cafam, Colsubsidio, Compensar, Comfenalco Antioquia, Comfenalco Valle y Comfandi, para conformar un modelo que se presentó como revolucionario y novedoso en el campo del aseguramiento. Estas Cajas fueron las accionistas mayoritarias con un 51% de las acciones; los estudios de factibilidad y el posterior acuerdo entre éstas y el gobierno de turno fue desarrollado por la firma de banca de inversión Inverlink quien:

“determinó que el capital total que se necesitaba para la puesta en marcha era de \$90.329 millones, de los cuales \$55.018 millones serían aportados en 2008 y el resto en 2011. El precio de la acción se fijó en un millón de pesos y para esta primera etapa el Gobierno aportó \$27.508 millones y las Cajas, en seis partes iguales, la suma de \$27.510 millones. Este dinero ya fue aportado y la empresa se consolidó, así como una empresa de capital privado social, dándole a la administración de Nueva EPS un carácter privado de sociedad anónima” (Revista Dinero, 2008)

La NUEVA EPS inició operaciones el primero de agosto de 2008 con los 2,5 millones de afiliados del ISS que fueron trasladados a la compañía. La crónica del exterminio del ISS

termina realmente con la expedición del Decreto 0553 del 27 de Marzo de 2015 en el que se establece la extinción de todos los remanentes del ISS y el cierre de todo archivo y proceso relacionado con el ISS, una institución que desde su nacimiento estuvo en el debate público por sus problemáticas muy ligadas al clientelismo político pocas veces reconocido y sancionado.



Imagen 49

2.2.2 Hospitales públicos y el delirio de la empresarización

La situación de los Hospitales públicos fue similar a la ISS (Imagen 50), en términos de los discursos publicitarios que circularon en el diario, con la diferencia que pueden considerarse menos agresivos; los titulares y desarrollo de las notas remarcaban la grave crisis en la que se encontraban las instituciones por su pésima situación financiera y la precaria prestación de servicios que, en consecuencia, prestaban; estas notas se identifican desde mediados de la década del 80. La corrupción y la profunda carencia de recursos económicos fueron dos nociones frecuentes y generalizadas para hacer referencia a la situación de los hospitales y en algunas ocasiones se usaron conceptos del lenguaje médico para representarla.



Ediciones entre 1986 y 1990

Imagen 50

Ante la grave problemática de los hospitales y con la Ley 10 de 1990¹⁷ como marco de referencia, en Mayo de 1991 el gobierno en cabeza del presidente Cesar Gaviria emite el Documento Conpes 2531, titulado “Apertura a la salud” (DNP, 1991). Esta denominación no es gratuita, responde a la dinámica del momento que marcó la entrada formal del neoliberalismo al país, conocida como “apertura económica”; este documento es el fiel reflejo de la postura y decisión del Estado frente al sector salud: liberalizarlo al mercado.

¹⁷ Esta Ley reorganizó el Sistema Nacional de Salud y buscó la *doble* descentralización (fiscal y asistencial) del sector; sin embargo solo se ocupó del subsistema público y especialmente de los hospitales, pues no modificó ni al ISS ni a la Caja Nacional de Previsión y transfirió a las entidades territoriales la responsabilidad de la prestación de los servicios de salud. En síntesis, “asignó a los municipios la dirección y prestación de servicios de salud del primer nivel de atención, que comprendía los hospitales locales, los centros y puestos de salud. A los departamentos asignó los servicios de salud del segundo y tercer nivel de atención que comprende los hospitales regionales, universitarios y especializados... los hospitales y centros de salud pasaron a ser entidades separadas de las secretarías. Y empezaron a tener cierta autonomía respecto de la administración local, puesto que el alcalde o gobernador no necesariamente tendría control de la junta directiva... La ley 10 estableció una certificación para la transferencia de los recursos y la asunción de las nuevas funciones. Los municipios podrían recibir los recursos siempre y cuando certificaran haber creado la dirección local (municipal) de salud, haber dotado a los centros de salud de personería jurídica y plantas de cargos, y otros requisitos... La ley también autorizó a las entidades territoriales a contratar servicios de salud con prestadores privados, posiblemente para suplementar su propia red” (Guerrero, R. Prada, S. Chernichovsky, D. Urriago, J. (2013). La doble descentralización en el sector salud: Evaluación y alternativas de política pública. Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud – PROESA. Universidad Icesi. Cali, Colombia. Octubre de 2013. Disponible en: <http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/2013/11/La-doble-descentralizaci%C3%B3n-en-el-sector-salud-Evaluaci%C3%B3n-y-alternativas-de-pol%C3%ADtica-p%C3%BAblica.pdf>)

En el Conpes mencionado se describen los lineamientos del plan de acción para la modernización orgánica y administrativa del sector salud con el fin de “mejorar la eficacia del sector [a través del] desarrollo de esquemas de medicina prepagada, subsidios a la demanda y criterios de equidad y de redistribución social” (DNP, 1991). Una de las líneas de acción que promovió ese Conpes fue la optimización de la infraestructura hospitalaria, dentro de la cual se incluyó el proyecto de Centro hospitalario nacional para ejecutarse entre 1992 y 1994.

El proyecto del Centro Hospitalario se presentó desde *El Tiempo* como el resultado de la buena voluntad del gobierno de Gaviria para *sanear* a los hospitales públicos, además precisa de modo contundente que los principios bajo los cuales se establece el proyecto son eficiencia, rapidez y economía y la piedra angular es la competencia. Para garantizar su éxito, el gobierno determinó que tanto la administración como la toma de decisiones (junta directiva) tendrían un carácter eminentemente económico, dejando claro que el criterio médico en estos espacios debía ser dejado de lado.

El centro hospitalario sería el resultado de la fusión de 7 hospitales públicos de Bogotá y de otros regionales (Tunja, Villavicencio, Manizales, entre otros) que seguirían funcionando con cierta autonomía presupuestal, pero centralizando en la junta directiva las decisiones administrativas de todos los hospitales. De acuerdo con el diario: “A largo plazo, podría desembocar en una confederación: entidades independientes pero mancomunadas en su estructura financiera y en su capacidad de inversiones” (*El tiempo*, nota de prensa del 4 de agosto de 1991. Sección 2ª.) Por otro lado, releva el papel de la tecnología como centro de la atención en salud y como expectativa social: “es lo que los pacientes esperan”. (Imagen 51)



Imagen 51

El proyecto del Centro Hospitalario Nacional –CHN- fue una iniciativa planteada finalizando la década de los 70`s por José Félix Patiño docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional y Rafael Casas decano de Medicina de esta misma universidad como una forma de consolidar un espacio pleno para el desarrollo de la docencia, investigación y asistencia hospitalaria. La idea inicial hacía referencia a la integración de los Hospitales: San Juan de Dios, Materno-infantil, La Samaritana, La Misericordia y Santa Clara y los Institutos de Cancerología y Dermatológico Federico Lleras Acosta (Conpes, 1980). Al articular los hospitales con la Universidad Nacional se lograría ofrecer alta tecnología para tratamientos médicos a la población de menores recursos económicos de la capital, pues se aunarían los esfuerzos y capacidades institucionales. Sin embargo, y a pesar de la existencia de un documento Conpes que recomendó la inversión para el CHN en 1980, el proyecto no logró materializarse.

En 1984, el entonces concejal de Bogotá Ernesto Samper Pizano retoma el proyecto y lo presenta como mecanismo para la inyección eficiente de recursos al San Juan de Dios, la Hortúa y el Materno-Infantil, pero tampoco fue acogida la propuesta (El Tiempo, 1992). De acuerdo con el diario El Tiempo:

“Nuevamente se vuelve a conocer de este proyecto a finales del gobierno de Virgilio Barco [1990], cuando se aprobó la creación del Centro Nacional Hospitalario, que buscaba recuperar los mismos hospitales ubicados en la carrera 10, en Bogotá” (El Tiempo, 1992).

Solo hasta 1991 la propuesta fue re-aprobada oficialmente siguiendo el lineamiento del Conpes 2531, como se mencionó en párrafos anteriores. Para su desarrollo se gestionaron dos préstamos, uno al Banco Interamericano de Desarrollo (BID) por 60 millones de dólares (Sánchez, 1991) y otro por 70 millones al gobierno español. Este último promovido por Ernesto Samper en su calidad de embajador en España durante 1991, “quien hizo todo lo posible para que el Gobierno aceptara este empréstito” (El Tiempo, 1993).

Todo parecía indicar que el proyecto después de 30 años de su ideación se iba a lograr desarrollar (aunque con profundas diferencias ideológicas y de finalidad a las establecidas en su origen) sin embargo, con la sanción de la Ley 100 de 1993 y por injerencia de Juan Luis Londoño (ministro de salud de la época) para la expedición de un decreto que prohibía la contratación de equipos sin licitación, el proyecto quedo sin piso jurídico, pues gran parte de su contenido se refería a la compra de equipos directamente a España y Francia sin procesos de licitación pública, como puede leerse en la nota de prensa del 4 de Agosto de 1991 (Imagen 50). Con este dato, puede entenderse el interés del gobierno español para facilitar el crédito y la insistencia de Samper para que el gobierno nacional lo aceptara.

El ministro Londoño, renuente desde un inicio a aceptar el préstamo Español, terminó aceptando el crédito pero con el fin de ser destinado en el mejoramiento de todos los hospitales del país (El Tiempo, 1996), situación que paradójicamente tampoco se concretó, pues ente 1994 y 1995 se desarrolló un importante marco legislativo para la transformación en Empresas Sociales del Estado –ESE-, como lo determinaba la Ley 100 (Imagen 52).



Edución de Junio 13 de 1993

Imagen 52

Esta transformación no tuvo un desarrollo inmediato, pues desde la Presidencia de Samper Pizano, y bajo un agudo debate nacional, se crea el Programa Presidencial para el Desarrollo Hospitalario, el cual le quitaría poder al MinSalud sobre los Hospitales Públicos. El control de estas instituciones quedaba bajo total autonomía de la presidencia lo que significaba el manejo de recursos por cerca de 300 millones de dólares y de más de 1.500 hospitales (El Tiempo, 1996), razón por la cual algunos medios denominaron este programa como “el supraministerio de salud”.

De acuerdo con Vega y Cols, tener bajo control el dominio de los hospitales públicos desde la presidencia:

“buscó mantener los subsidios a la oferta y fortalecer a las instituciones estatales, al menos durante los años de 1994, 1995 y 1996. Esto generó nuevas resistencias por parte de las empresas privadas de salud y de un sector del gobierno, y aunque no alteró los propósitos de la Ley 100 de 1993, sí retrasó la puesta en marcha del Decreto 2375 hasta mediados de 1996¹⁸.”(Vega y Cols, 2012)

¹⁸ Con este decreto se ponía fin al ejercicio transitorio a cargo de las instancias públicas territoriales y establecía regulaciones para la instauración de la competencia y la focalización de la población más pobre.

Con el nombramiento de María Teresa Forero de Saade como ministra de salud en 1996, se firma el decreto 294 que fortalece el Programa Presidencial con múltiples funciones y poderes; además estableció que funcionaria con recursos de créditos internacionales, incluido el del gobierno Español (El Tiempo, 1996). Pese al retraso que significó el programa para la empresarización formal de los hospitales, éste no los protegió ni fortaleció en su camino a la conversión en Empresas Sociales del Estado, por el contrario, profundizó su crisis al exponer estas instituciones con graves problemáticas financiera a la competencia con el sector privado, aspecto que sirvió para acentuar aún más el imaginario social frente a lo público ligado a la ineficiencia e inoperancia.

Cuando Pastrana llega al poder en 1998, y bajo un fuerte sometimiento del país a los lineamientos de Estados Unidos en materia de drogas ilícitas y narcotráfico, el Programa Presidencial para el Desarrollo Hospitalario se transforma en el Programa Presidencial para el Afrontamiento del Consumo de Drogas con el decreto 2193 de 1998, así los Hospitales Públicos, ahora llamados Empresas Sociales del Estado, quedan en total ejercicio de su “autonomía” para competir en el mercado de la prestación de servicios. En este punto cobra sentido recordar nuevamente, la conceptualización de Dussel sobre la competencia y su finalidad destructiva ante el más débil, pues no pasaron dos años cuando la iliquidez empezó a “sepultar” a los hospitales públicos más antiguos y representativos del país (Imagen 53), entre ellos el San Juan de Dios.

Edición del 7 de Mayo de 1999

Imagen 53

El lastre

Además de la iliquidez producida por el no pago de servicios, los hospitales están cargando el duro peso de las altas cargas prestacionales.

Hoy, los hospitales del Distrito, llamados desde 1997 empresas sociales del Estado (ESE), están respondiendo por la carga económica que generan 4 mil trabajadores, la peor herencia que recibieron del antiguo régimen, a juicio de especialistas en el tema.

El panorama es desolador, en este aspecto. Según Delio Castañeda, subsecretario de Salud del Distrito, la carga prestacional de los hospitales es tan fuerte que, así estuvieran trabajando en las mejores condiciones, no alcanzarían a pagar sus compromisos.

Edición del 7 de Mayo de 1999. Continuación

Imagen 54

La información periodística describía las causas de la iliquidez de los hospitales públicos ligadas a dos aspectos: 1. La carga que significaban los trabajadores, en términos de salarios y obligación prestacional, y 2. La falta de pago por parte de ISS y de las empresas promotoras de salud de los servicios prestados por las instituciones; sin embargo, las soluciones planteadas desde el gobierno estuvieron ligadas al primer aspecto, reforzando el mensaje de la *culpa* de lo laboral y de los trabajadores sobre las fallas de lo público, en este caso del cierre de los hospitales. Iniciando el año 2000, El Tiempo titulaba:

“No hay alternativa: o se fusionan 17 hospitales distritales y se reestructuran otros 2, lo que **significará la salida de 500 trabajadores y un ahorro** este año de 18 mil millones de pesos, o se comienzan a cerrar centros asistenciales **por ineficientes y subutilizados** y tendrían que salir todos los empleados. Tal y como sucedió con instituciones como el Lorencita Villegas y pasará con el San Juan de Dios. (Edición del 12 de abril de 2000) (Resaltado propio)

Con la implementación del modelo de salud de la ley 100 el déficit en los hospitales públicos se profundizó y representó la iliquidez de estas organizaciones, y a pesar de la difusión de la idea del peso de las responsabilidades laborales sobre las finanzas hospitalarias, la principal razón de este déficit se relaciona con el hecho que las empresas aseguradoras y las administradoras del régimen subsidiado no pagaban a estas instituciones los servicios prestados a sus afiliados, acumulando un sinnúmero de facturas sin pagar o negándolas a través de glosas¹⁹, aspecto que no fue noticia sino hasta finalizando la primera década del 2000.

De acuerdo con Guzman, para el 2012 el déficit operacional de los hospitales públicos que quedaban en pie llegaba a los dos billones de pesos (Guzman, 2014) y para el 2016 la cifra superó los 7 billones (SuperSalud, 2016). Sumado a esta situación, se dio la práctica de la integración vertical patrimonial a través de la cual las EPS contrataban con instituciones creadas por ellas para prestar los servicios, una especie de círculo en el que se producen y venden los servicios a sí mismos, práctica que se dio tempranamente sin previsión ni control por parte del gobierno. Solo hasta 2007, con la expedición de la Ley 1122, se limitó este tipo de práctica, pero no garantizó que las EPS pagarán efectivamente a las IPS los servicios. Algo similar ocurrió en el régimen subsidiado, pues aunque no se generaron prácticas de integración vertical, tampoco se efectuaron efectivamente los pagos a los hospitales (Administradoras del Régimen Subsidiado –ARS- y luego Empresas Promotoras de Salud Subsidiada- EPS-S-) pero en este caso, sí se negaron tempranamente los servicios a la población afiliada a este régimen (Ruiz, 2013).

Desde la lógica de la economía clásica, ninguna empresa, por más autonomía que tenga para operar en el libre mercado, puede generar un mínimo sostenimiento sin ingresos que por lo menos equilibren sus gastos, de modo que la sentencia de desaparición de muchos hospitales públicos tenía todo el concurso de las EPS y del gobierno.

De acuerdo con Gorbaneff y cols, para el 2008 el poder de mercado de las EPS respecto de las IPS hospitalarias y de los propios usuarios, calculado a partir el índice de Herfindahl e Hirschman (IHH), llegó a estar en valores cercanos a 1800 cifra que representa la necesaria intervención antimonopólica (Gorbaneff y cols, 2008), en otras palabras, las EPS

¹⁹ Este término hace referencia a una práctica de la auditoría que significa la objeción de las cuentas de cobro que se presentan.

tenían el control del sector salud. Así, la capacidad de negociación de los hospitales no solo estaba limitada, sino que estaba sometida a las reglas establecidas por las EPS. Estos mismos autores, concluyen que parte de las estrategias generadas por los hospitales para *defenderse* fue concentrando la prestación a servicios de punta:

“Los índices de concentración en los servicios de quemados (1.047), fármaco dependencia (723), Cuidados intensivos (590, de las cuales 122 corresponden a adultos, 330 a pediatría y 122 a neonatos) y psiquiatría (501) son significativamente más altos que para las IPS en su totalidad y permiten a las IPS que tienen estos servicios, disminuir el desequilibrio del poder respecto a las EPS. Estas capacidades tienen un alcance limitado porque la concentración típica para las especialidades "masivas" no supera 300 - 400” (Gorbaneff y cols, 2008).

En línea con lo anterior, los servicios de mayor concentración están en las áreas de inmunología, genética, diálisis renal y trasplante; para el caso de los dos primeros, el valor del IHH es tan elevado que se llega a considerar que existe oligopolio (Gorbaneff y cols, 2008). El problema aquí, es cómo juegan las relaciones de poder para posibilitar la concentración de estos tipos de servicios, qué impacto tiene en el acceso y cómo participa lo privado y lo público en esta concentración, es decir en “manos” de quienes están; en la literatura no se identificaron estudios en el país al respecto. Por otro lado, es posible considerar que estas particularidades en la concentración de cierto tipo de servicios tienen una influencia directa en el consumo de la atención en salud pues la oferta está controlada por unos pocos.

Son múltiples las circunstancias y perspectivas que demuestran cómo el modelo de salud en sí mismo ha significado un detrimento para los hospitales públicos y cómo, tras la concepción de mercado regulado, existe una *ideología* de funcionamiento óptimo que sirve para justificar las decisiones políticas sobre la permanencia del modelo pero que se cae al ser contrastada con lo que pasa en la realidad. Además, ha servido para continuar obstinadamente afirmando la idea de la ineficiencia financiera de los hospitales públicos, razón por la cual en el 2012 se decide “sanear” fiscal y financieramente²⁰ a estas instituciones, asumiendo incluso las deudas contraídas por las EPS quienes argumentaron

²⁰ Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero de las Empresas Sociales del Estado. Ley 1438 de 2011.

no contar con recursos para ello; de modo que no solo no pagan a las IPS sino que el Estado asume sus deudas.

Actualmente, una de cada cuatro ESE (Hospitales) están en riesgo financiero, un panorama que no ha cambiado mucho desde los años 80, con la profunda diferencia que para entonces no existía la intermediación de las EPS (Romero y Ramírez, 2016). En síntesis, la empresarización de los hospitales no significó el fortalecimiento de estas instituciones y refleja un mecanismo más de la manera como el Estado contribuye a la rentabilidad del capital privado, incluso muestra los mecanismos como puede favorecer el monopolio privado del sector salud.

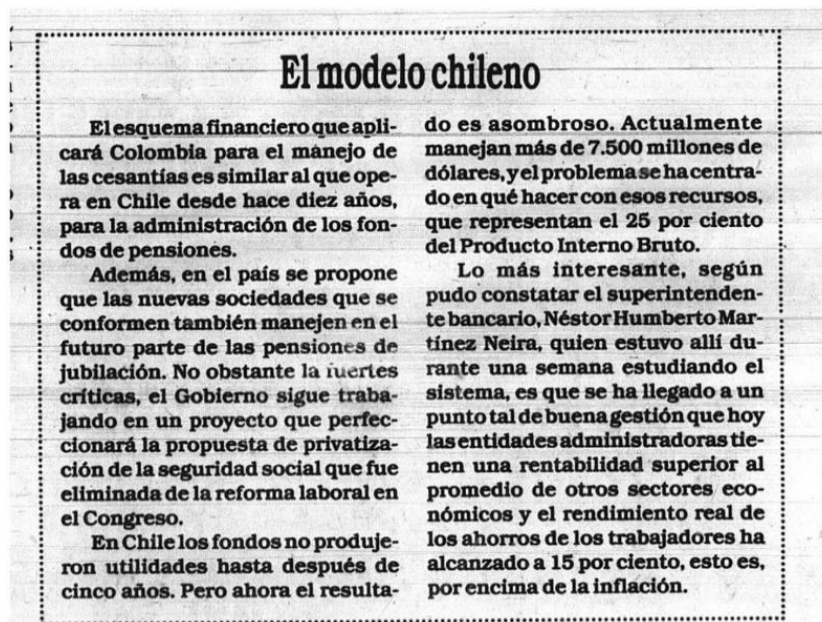
Las narrativas sobre el ISS y sobre los hospitales públicos deben entenderse entrelazadas y como parte de procesos de configuración simbólica específica sobre lo público y sobre la predilección de una vía a través de la cual se satisfacen las necesidades de atención en salud; no se trata de desconocer las situaciones y problemáticas que estas instituciones presentaron y presentan (y que no son ajenas al sector privado), si no de comprender la manera cómo mediáticamente se construye un sentido de verdad que ordena la realidad, la normaliza, e instituye una única lectura de estas problemáticas. Para Sztajnszrajberg, la verdad es la herramienta a través de la cual el poder logra su objetivo, es en esa relación saber y poder que se disputa el establecimiento de una interpretación de la realidad funcional y única posible, afirma el filósofo que el instrumento más eficiente del poder es “hacer pasar sus textos [refiriéndose a la interpretación de la realidad] como si fuese una información, hacer pasar una palabra como si fuese la cosas misma... y es, al menos, complicidad con el statu quo” (Sztajnszrajberg, 2016)

2.2.3 Surgimiento mesiánico del aseguramiento privado

Iniciando la década de los 90, la publicidad sobre la necesaria reforma al sistema de salud no se hizo esperar y, tras la apertura económica, lo privado y el aseguramiento permanecían en el top de las posibilidades de transformación. Específicamente el Modelo Chileno fue presentado como una salida novedosa y asombrosa, el necesario *milagro* que podría salvar el sector de la seguridad social, principalmente el sector de las pensiones (Imagen 55). Sin duda alguna, en términos de publicidad el despegue del aseguramiento privado para la seguridad social se da en 1990, momento en el que cambian aspectos

legislativos relacionados con la manera como pueden operar las aseguradoras en el país (Izasa, 2011) y tiene un incremento exponencial a partir de 1994 durante la implementación de la Ley 100.

Imagen 55



Edición del 14 Abril de 1991

Imagen 56



¿Cómo serían los contratos con el sector privado?

Dentro del esquema jurídico actual el ISS podría contratar servicios con base en reglas de juego claras y con tarifas que cubran los costos reales. Hay que evitar que este sistema continúe siendo un subsidio para el ISS que le otorgan las entidades contratistas al ISS. Por otro lado, hay fórmulas como las adoptadas en Chile, que implican la creación de fondos privados especiales. Es la propuesta del senador Pardo Koppel.

¿A quién debemos creerle y por qué?

Son posiciones extremas. Es la misma polémica simplista de siempre sobre la privatización. Tenemos que ser pragmáticos y no enredarnos en discusiones sin fin. Se trata de buscar la eficiencia y es claro que la libre competencia trae consigo ventajas en esta materia. Pero adoptar en Colombia un modelo como el chileno, implicaría un consenso que no fue necesario en Chile en virtud de la situación política que vivía ese país.

Edición de Noviembre 4 de 1990

El aseguramiento privado en el país como opción complementaria para la atención es tan antigua como el ISS y uno de los pioneros en el sector fue *Seguros Médicos Voluntarios* de la Federación Médica Colombiana, quienes iniciaron en 1959 ofertaban pólizas de hospitalización y cirugía individual dirigidas sobre todo al gremio médico, pero a mediados de los años 80, Colseguros²¹ compró el 40% de las acciones e incursionaron en la oferta de planes colectivos; durante el periodo de exploración, la publicidad de Médicos Voluntarios es muy escasa y la que se identifica es plana, poco llamativa, se localiza en los primeros años de los 80 y deja muy claro la intención de complementar y no competir con el ISS.

²¹ A su vez, Colseguros en 1986 es adquirida por el Grupo empresaria Santo Domingo, uno de los dos grupos empresariales, junto con Ardila Lule, de mayor poder económico, político y mediático en el país. En 1999 la compañía extranjera Allianz, AGF Grupo Allianz, compra el 60% de Colseguros y en 2002 adquiere el total de acciones. (Junguito & Rodríguez, 20109)

En contraste, se encuentra la Cooperativa Médica del Valle Coomeva, quienes ofertaron por primera vez en el país el servicio de medicina prepagada en 1973 (Lozano y cols, 2003), en un esquema similar al de los seguros norteamericanos tan reconocidos en la época por lucrativos (Cohen y cols, 2009). El aseguramiento que ofreció en su momento Coomeva incluía atención hospitalaria y de consulta externa según el contrato establecido con los afiliados, a costos elevados y de baja cobertura geográfica; el servicio de salud “se encontraba inmerso en un departamento con muchas actividades, responsabilidades y funciones denominado servicios mutuales, el que además manejaba servicios como el seguro de solidaridad para los asociados, y auxilios por muerte, entre otros” (Lozano y Cols, 2003). Siguiendo a Lozano y cols, desde su fundación los directivos de Coomeva establecieron claramente el interés por ingresar y expandir un nicho de mercado inexplorado en el País que lograra vincular a quienes el ISS y la Caja Nacional de Previsión dejaban por fuera y pudiesen pagarlo, de modo que sus clientes se concentraron en los estratos 5 y 6 (Lozano y cols, 2003).

La competencia en el sector del aseguramiento privado en salud o medicina prepagada comienza hacia 1985 cuando ingresan al mercado algunas aseguradoras con la estrategia de ofrecer planes que pudiesen pagar los estratos 4 y 3 (pequeñas cuotas mensuales). En el Diario El Tiempo se encuentran anuncios de ColSanitas, Seguros de Salud Colpatria y Humana, sin embargo, la compañía que más pautó en esta época fue ColSanitas, su publicidad se caracterizó por ser llamativa, de páginas enteras y el uso slogans con frases como “Afíliate, es tu felicidad”, “Su más sana decisión” (Imagen 57), evocando dos valores clave del liberalismo: elección y felicidad; además, para captar asegurados ColSanitas, recurrió a la estrategia de regalar suscripciones de revistas o aprovechar fechas como el día de la madre, navidad, entre otras, para realizar ofertas de pólizas específicas, por ejemplo en el día de la madre se ofertaba una póliza especial con énfasis en salud de la mujer.

Imagen 58

son
so-
ex-
de
ex-
do,
es,

que
ad.
el
jué
lar
pos

se-
de
lle-
la
per-
sin
en-
tre-
azo
no
mo

tas,
n el

¿QUE ESTA PASANDO?

Los seguros en Colombia

Por MARUJA IRAGORRI HORMAZA

La más reciente historia de la actividad aseguradora de nuestro país puede dividirse en tres etapas: Se produjo inicialmente lo que se llamó el "revolcón de los seguros", es decir una liberalización de esta actividad, que abarcó desde la eliminación de inversiones forzosas para las aseguradoras, la supresión de acuerdos sobre costos y condiciones en varios ramos, y el cambio en otras reglas de juego que facilitaron la libre competencia en un negocio tradicionalmente caracterizado por su rigidez.

Después fue la expedición de la ley de reforma financiera, ley 45 de 1990, que acentuó mucho más la tendencia general hacia un mercado abierto y eliminó algunas prerrogativas legales.

Finalmente aconteció que las compañías, en el marco de esta apertura, bajaron las tasas en algunos ramos, lo que produjo un descenso en las primas, es decir en el costo de los seguros, lo cual, a su vez, redundó en beneficio del público en general.

Con este resultado, el Gobierno logró buena parte de sus propósitos: liberar el mercado, eliminar los monopolios y abaratar los seguros. Adicionalmente y como consecuencia, se amplió el ámbito de protección y se dio cabida a muchas modalidades ya en uso en los mercados internacionales, cuya orientación y apoyo beneficiaron sustancial-

Abril 14 de 1991

mente esta actividad en Colombia.

Las perspectivas futuras son bien interesantes. Quedan aún aspectos no resueltos, como el "ajuste" de los contratos de seguros, propios del derecho privado, o las normas de las licitaciones, características del derecho público; o la confusión en algunos sectores del público sobre el alcance de las medidas tomadas. La Superintendencia Bancaria ha hecho un esfuerzo meritorio al renunciar a muchos de los "poderes" que antes ejercía, para facilitar un proceso que es complejo, con muchas contradicciones, pero que el país tenía que recorrer tarde que temprano. Pero la desregulación, se ha dicho con propiedad, no significa que se eliminen los controles.

La idea de proteger al público, al exigir una adecuada solvencia a las aseguradoras y mantener el indispensable equilibrio técnico en la política de fijar costos, frente a la experiencia y el respaldo del reaseguro; la necesidad de reducir costos de administración para beneficio de los usuarios; la confianza en el autocontrol de las aseguradoras en lugar de controles milimétricos y otros parámetros de la mera estructuración de la industria, son propósitos que el gobierno ha ido logrando, y a cuya debida realización debemos cooperar todos los distintos estamentos involucrados en esta noble e importante actividad de los seguros.

puca
de inter
Sien
daño D
uno de
sin em
tan br
l buen
te apa
ceci
que seg
Ernest
mes lo

Tam
colomb
como k
abrió d
que rec
riódo:
Diario
de San
periodi
sea lea

Y a j
greso,
to del
don Ro
EL TIE
"La rev
—legiti
de los
acto p
presen
nes pa
aparen
mejora

¿Se

Imagen 59



Esta mayor libertad de operación tiene como su contraparte lógica la creación de requisitos de capitalización concomitantes con el nivel de riesgos asumidos por la compañía, en lugar del patrimonio mínimo estático anterior. Para ello se crea el margen de solvencia, que mide la relación mínima que debe existir entre el volumen de negocios de las compañías y su patrimonio, en similitud con el sistema que ya se aplica en el sector bancario.

Noviembre 18 de 1990

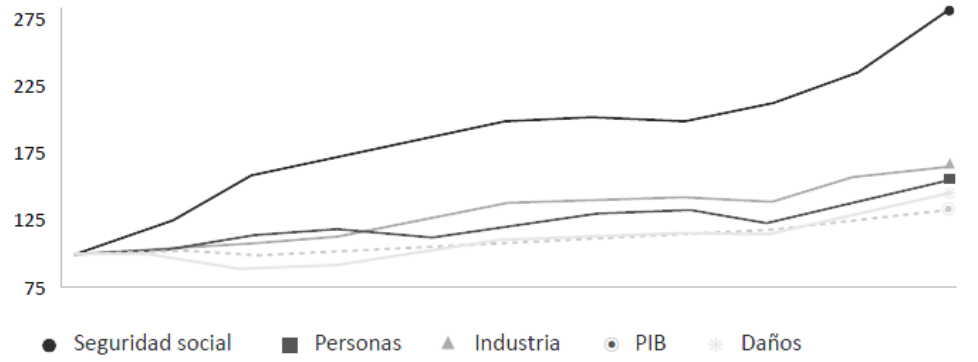
Sin duda alguna el panorama para la industria aseguradora nunca tuvo mejor terreno para operar en el país que el establecido en 1990 bajo el gobierno de Cesar Gaviria y su conexión con la reforma de la seguridad social tiene todo que ver; pues no solo se estaba privilegiando lo privado por sobre lo público para la prestación de servicios de salud, sino además se fomentó la vía del aseguramiento para este fin. Esta dinámica ha sido descrita por diversos autores para otros países de América Latina (Iriart & cols, 2000; Hernández y cols, 2012; Grupo de Estudios Sociohistóricos de la Salud y la Protección Social, 2015) y demuestran que responde a una agenda de reformas que impulsan organismos financieros internacionales, especialmente el Banco Mundial, en la cual se demanda la necesidad de abrir la protección social a capitales financieros multinacionales en el sector privado de seguros y de prestadores de salud (Iriart & Cols, 2000), en Colombia el marco legal que lo hizo posible se da con la Ley 45 de 1990.

Antes del 90, el único seguro obligatorio era el de Accidentes de Tránsito²², sin embargo y como lo reconocen organismos como Fasecolda, el factor de mayor efecto en el crecimiento de la industria de seguros fue el establecimiento “de seguros obligatorios en áreas como la salud, riesgos profesionales, accidentes de tránsito y el desarrollo de esquemas de seguros previsionales y rentas vitalicias para ahorradores y pensionados de las Administradoras de Fondos Privados de Pensiones” (Junguito y Rodríguez, 2010), esto es el conjunto de la seguridad social transformado con la Ley 100 de 1993; este crecimiento comparativo del sector de los seguros puede observarse en la ilustración 3 y 4²³.

²² Obligatoriedad creada con Ley 33 de 1986, sin embargo, en el marco legislativo del aseguramiento existente, La Previsora, la compañía de seguros del Estado era la predominante en el mercado.

²³ El análisis de Fasecolda se hace integrando los subsectores de la Seguridad Social: pensiones, salud, riesgos profesionales y provisiones; en otros capítulos de los tomos I y II se detalla el comportamiento del aseguramiento del sistema de riesgos profesionales y del de pensiones, pero no del sector salud. Aunque se reconoce la postura teórica y política de Fasecolda, su obra sobre el aseguramiento en Colombia resulta ser de las más amplias y detalladas que se han publicado en el país. Para acceder a la obra completa sobre la industria aseguradora en Colombia se puede visitar el siguiente link: <http://www.fasecolda.com/index.php/servicios/publicaciones/libros/la-industria-aseguradora-en-colombia-2/>

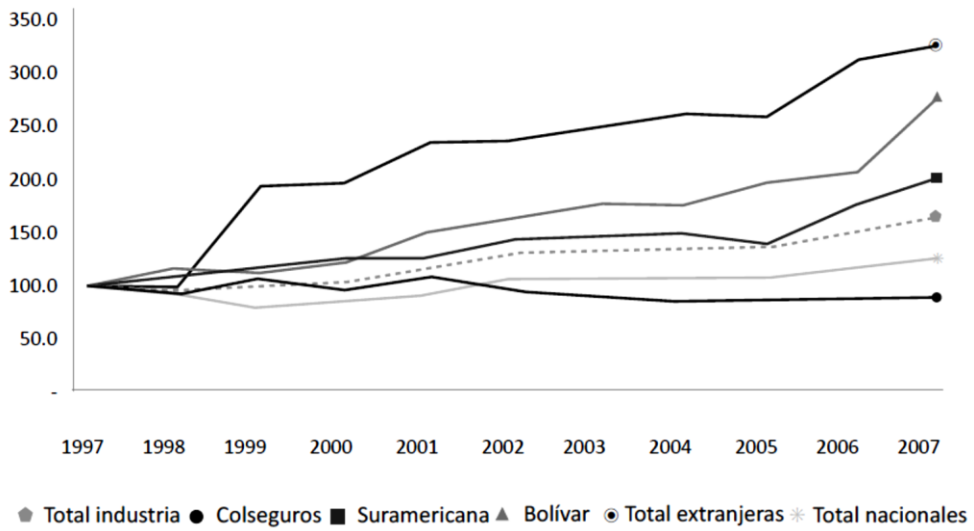
Gráfico 1. Comportamiento de la industria aseguradora entre los años 1998 y 2007



Fuente: Tomado de Junguito y Rodriguez, 2010. P46

Es importante aclarar que en el sector salud, finalizando los 90, quienes mayor poder tuvieron en el mercado del aseguramiento fueron Cooperativas transformadas en EPS, aspecto que favoreció el escaso control por parte del Estado y la facilidad para que estas compañías se apropiaran indebidamente de recursos públicos como se describirá más adelante, situación que no fue noticia hasta cuando fue desbordante.

Gráfico 2. Comportamiento de la industria aseguradora entre los años 1998 y 2007. Continuación



Fuente: Tomado de Junguito y Rodriguez, 2010. P46

Un aspecto que merece la pena mencionar es la ubicación de estas compañías territorialmente cuando inician su oferta de medicina prepagada; en términos de país, contaban con sedes en las principales ciudades, lo que representaba un mayor potencial de mercado. Para el caso de Bogotá, estas compañías se ubicaron en el norte, área urbana en la cual habitan sectores de estratos 4, 5 y 6. Este no es un aspecto trivial, marca un perfil de consumidor al cual se proyecta la oferta y refleja la relación con el status y la distinción de cierto tipo de consumos. Además, esta ubicación geográfica es la misma que siguen las EPS del régimen contributivo, quienes ubicaron sus sedes en estas áreas, que entre otros aspectos son zonas de interés inmobiliario. Otro de los sectores clave para comprender el régimen de acumulación capitalista en las últimas décadas.

Imagen 60

2-6 DOMINGO 4 DE MAYO DE 2003 EL TIEMPO

BOGOTÁ

URBANISMO / LAS EMPRESAS DE SALUD, DOLOR DE CABEZA DE LOS VECINOS

EPS que consumen barrios

Mientras las Promotoras de Salud (EPS) y otras instituciones les quita el dolor de cabeza a algunos usuarios, a otros se los crea, en los sectores residenciales.

LUCEVÍN GÓMEZ E.
Redactora EL TIEMPO

Magaly Rivera recuerda su vieja jaqueca. Cuando llegó con su esposo y sus tres hijos hace 15 años al barrio Santa Margarita, en la Autopista Norte con calle 103, el sector



LA APARICIÓN de entidades de salud, en la calle 100 con Autopista Norte, produjo la llegada de las ventas y la huida de los vecinos.

los controles son las alcaldías", expresa Fernando Peragón, gerente de Planeamiento Urbano de Planeación. La alcaldesa de Chapinero,

En algunos casos, han ganado las querrelas, como sucedió con la EPS Redsalud que funcionaba cerca al parque El Virrey, en el norte. La alcaldesa de Chaninero la cerró.

2.2.2.1 EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD Y LA PROMESA DEL PARAÍSO DE LA ATENCIÓN EN SALUD

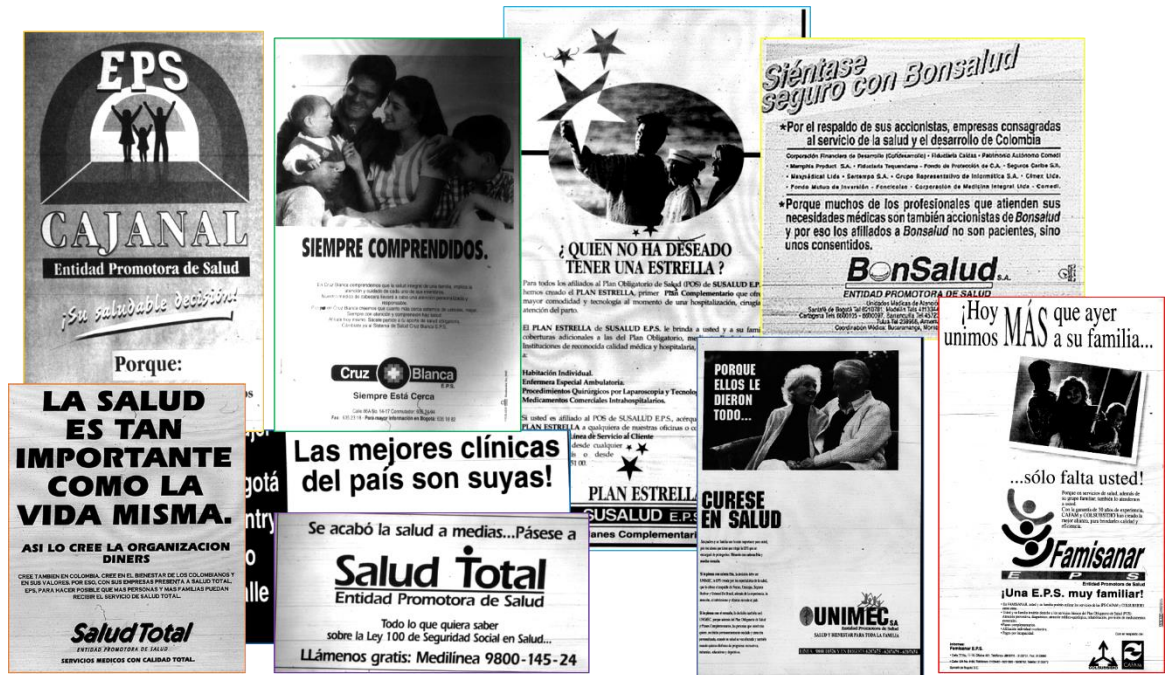


Imagen 61

Entre la sanción de la Ley 100 y enero de 1995 se habían conformado las primeras 5 EPS en el país: Salud Colmena EPS, EPS Sánitas, Salud Total EPS, Bonsalud EPS, Colseguros y Cafesalud EPS; algunas de estas EPS ya funcionaban como compañías de medicina prepagada que conformaron consorcios de accionistas o alianzas estratégicas para constituirse como EPS (Imagen 61,62), así sectores como el financiero, el inmobiliario, entre otros ingresaron al mercado de la intermediación de la salud colombiana.

Finalizando 1998, la Supesalud reportaba la existencia de 32 compañías de aseguramiento en el régimen contributivo autorizadas, de las cuales 12 eran públicas y 20 privadas, de acuerdo con Cardona:

“De las 12 EPS públicas solo 7 fueron creadas con posterioridad a la aprobación de la reforma, pues las restantes 5 (ISS, CAJANAL, CAPRECOM, CORPORANONIMAS y CAPRESOCA) existían antes de la puesta en vigencia de la nueva ley y decidieron continuar funcionando como aseguradoras dentro de la nueva reglamentación, adoptando en consecuencia la forma institucional de EPS... solo 4 de las 1039 antiguas Cajas de Previsión Social existentes antes de la reforma hicieron su tránsito a constituirse como Entidades Promotoras de Salud: Cajanal,

Caprecom, Corporanónimas y Capresoca. Se deduce de lo anterior que el ritmo de creación efectiva de instituciones públicas aseguradoras de salud después de la vigencia de la reforma, ha sido notablemente inferior al ritmo de creación de instituciones privadas.” (Cardona, 1999)

Imagen 62

ACCIONISTAS	Porcentaje
HUMANA S.A. Compañía de Medicina Prepagada	33,16%
Humana S.A. Compañía de Medicina Prepagada	33,33%
PREVIMEDICA	0,003%
VIVIR S.A. Medicina Prepagada	0,003%
Santiago Gutiérrez Viana	
Camila Madero de Grillo	

Bonsalud S.A.
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD

Corporación Financiera de Desarrollo (Colfidesarrollo) • Fiduciaria Celdas • Patrimonio Autónomo Comedi
 Memphis Product S.A. • Fiduciaria Tequendama - Fondo de Protección de C.A. • Seguros Caribe S.A.
 Maxmédical Ltda • Sertempo S.A. • Grupo Representativo de Informática S.A. • Cimex Ltda.
 Fondo Mutuo de Inversión - Foncolcolec • Corporación de Medicina Integral Ltda - Comedi.

Una vez conformadas, las EPS recurrieron a diversas estrategias de marketing para captar afiliados, y es que en un esquema como el que se estableció con la ley 100 en el cual la

póliza obligatoria ofertada era la misma y al mismo costo, las EPS entraron en un competencia feroz como lo describen los resultados de varios estudio de la consultora Invamer Gallup para la Revista Dinero. Estos señalan que entre julio de 1995 y enero de 1999 varias EPS se posicionaron en el top of mind²⁴ de las empresas colombianas, reflejando su alta inversión en publicidad y demostrando que en el sector de la seguridad social existía una batalla tan fuerte como en sectores de automóviles o alimentos, a la vez que justifican la *agresividad mediática* de las EPS por la necesidad de diferenciarse en un mercado en el cual por ley se oferta lo mismo al mismo precio (Revista Dinero, 1999; 2007; 2008).

De acuerdo con lo anterior, resultaba fundamental para las aseguradoras crear estrategias que logaran una recordación en la población pues suponía una elección. Se observa que para lograr posicionamiento, las EPS que pautaron en El Tiempo recurrieron a lenguajes cotidianos y próximos a las personas, como la familia o el futbol, que apuntaban a dos aspectos principalmente: la seguridad y la libre elección. Aspectos que, como se presentó en la sección anterior, fueron puestos en la opinión pública como carecías del ISS. Tan central puede resultar el asunto de la proximidad, que CafeSalud aprovecho en su pauta publicitaria logos y actores de una telenovela llamada “Café con Aroma de Mujer”, muy famosa por aquella época en el país (Imagen 63) con el interés de generar esa recordación a la hora de elegir la EPS.

Por otro lado y a pesar que los estudios de la consultora Invamer considerarán que gran parte de la competencia publicitaria de las EPS se basó en la necesidad de diferenciarse, lo que se evidencia en la propaganda de El Tiempo, es que existía un interés directo por la oferta de los servicios complementarios ligados al POS, brindados como paquetes integrales con descuentos y ofertas como: suscripciones al periódico El Tiempo, patrocinio de eventos deportivos, rifas para ir al mundial de 1998, especialistas internacionales por

²⁴ El Top of mind o recordación de marca es uno de los indicadores de mayor popularidad en el marketing, pues refleja el posicionamiento de un producto en el mercado por la fijación que la marca o nombre de los productos tiene en los consumidores; según expertos en publicidad “el activo más precioso para una empresa es el vínculo emocional que establece con su consumidor por medio de la marca” siendo este el objetivo principal de la publicidad. De acuerdo con Roldán: “el posicionamiento no crea algo nuevo y diferente, sino que opera sobre lo que ya está en la mente de los individuos, y el efecto de posicionar es precisamente crear esa huella, teniendo en cuenta que lo que la mente recibe por primera vez se graba allí y no se borra” (Ver: Roldán, S. Principios de posicionamiento y transmisión de las marcas en la era digital: un nuevo top of mind. En: Revista De Economía & Administración, vol. 7 no. 1. Enero - Junio de 2010)

videoconferencia y hasta organización de eventos científicos. En otros casos incluía la afiliación a riesgos profesionales y pensiones como forma de reducir y facilitar los trámites, como fue el caso de Colmena. Ciertamente, el interés por parte de las aseguradoras estaba concentrado en el régimen contributivo, al punto que incluso se identificaron pautas en las que explícitamente algunas EPS informaban su nulo interés por operar en el régimen subsidiado, además en diferentes ocasiones la prensa lo etiquetó como el régimen de los pobres ratificando la exclusión en el mercado del aseguramiento.

Imagen 63



Domingo 5 de Febrero de 1995

Sección de Salud del Domingo 5 de Febrero de 1995

Aunque no se llevó a cabo una medición del número de pautas por EPS en el periodo de estudio, se observa que SaludTotal, EPS Sanitas y SaludColmena son las que mayor publicidad en el diario tienen. Llama la atención que una de las compañías con mayor poder en el sector, Saludcoop, tiene escasa publicidad, al respecto y según la Revista Dinero, esto se da porque “La estrategia de SaludCoop es la de vincular la marca, con eventos asociados a la salud, como el deporte” (Revista Dinero, 2005) de allí que una de sus fuertes inversiones estuvo en el patrocinio de torneos deportivos.

Dos años después de la creación de las EPS, se origina la primera liquidación de una de éstas compañías, se trató de Corpoanonimas (pública) y se informó de las graves crisis financiera de otras EPS, situación que la prensa no presentó como caótica o preocupante

en los primeros años de desarrollo del modelo, pues acompañadas de estas notas siempre se daba un parte de tranquilidad sustentando que “de acuerdo con la Supersalud... esto no quería decir que el sistema está en peligro inminente” (El Tiempo edición del 22 de Noviembre de 1998). No obstante, entre 1999 y 2009, la situación del sistema fue (y continúa siendo) una de las mayores problemáticas sociales, políticas, judiciales y económicas en el país.

La contradicción entre acceso a los servicios y ganancias de las EPS se hacía insostenible y sobre todo inocultable, pues mientras se hablaba de una creciente negación de servicios, deudas a las IPS, desvío de recursos o uso ilegal, desfalco al Estado por afiliados inexistentes, entre otras aberraciones contra usuarios²⁵ y trabajadores, paralelamente se evidenciaba el crecimiento patrimonial de varias de estas compañías y su consolidación a través de grupos empresariales que realizaban inversiones en otros países y sectores económicos. Al punto que algunas de las EPS se ubicaron en el top de las empresas de mejor desarrollo y crecimiento económico en el país (Revista Dinero, 2008), pese a que en sus inicios se gestaron como empresas sin ánimo de lucro, condición que se suponía sine qua non para operar como intermediarias en el sector salud (Imagen 64).

Imagen 64



Causa curiosidad que todo este deterioro coincida con la destinación de mayores recursos para la salud, un aumento significativo de coberturas y una cada vez más amplia participación del sector privado en relación con el público, y que algunos de los indicadores hayan variado desde que empezó a aplicarse la Ley 100.

En medio de semejante panorama, es evidente la pérdida de presencia del Ministerio de la Protección Social, al tiempo que las EPS privadas se fortalecen y algunas de ellas se posicionan entre las empresas más rentables del país.

Edición del 8 de Octubre de 2006

²⁵ Algunos de estos aspectos se describieron en el planteamiento del problema.

Desde los inicios, las EPS se quejaron continuamente del valor de la prima que pagaba el gobierno por cada afiliado (UPC) pues para éstas siempre fue escasa y se encontraba muy por debajo del valor del paquete que se pretendía ofertar, aspecto que impactaba directamente en su equilibrio financiero hasta llevarlas al fracaso e imposibilidad de pago a diversos prestadores; al parecer el gobierno considero esto un reclamo justo, pues estas compañías se “sanearon” o rescataron en varias ocasiones por parte del Estado.

Sin embargo, casos como el de Saludcoop y Coomeva dejan en evidencia que esa UPC favoreció la construcción de un sólido emporio, ya que presentaron crecimientos patrimoniales de hasta 24.5% por cada año entre 2000 y 2008 (Guzmán, 2014) aspecto que estuvo estrechamente articulado a la negación de servicios, como se denunció desde diferentes sectores sociales y académicos (Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social, 2008). Finalizando la primera década del 2000, se informó que Saludcoop debía responder por 1,4 billones de pesos al Estado, la misma cifra por la que fue condenada social y políticamente el ISS en su momento (Imagen 65).

Imagen 65



La ilusión y promesa del aseguramiento, de la competencia y de lo privado como alternativa y resolución de la crisis perenne del sector salud se desvirtuaba en su totalidad y bajo una “permisividad mediática”, pues en contraste con el ISS, los titulares de prensa sobre el actuar de las EPS no fueron hostiles ni generadores de pánico, en ocasiones las ponían en un tipo de victimización que redireccionaba la responsabilidad hacia el gobierno, o la falta de control, los jueces o el abuso de los usuarios (imagen 66). Otra promesa rota fue

la de la libre elección, pues si bien fue cierto que las personas podían elegir EPS, estas condicionaron la prestación de servicios a sus propias IPS contradiciendo la Ley 100, por esto la Superintendencia de Industria y Comercio multó en el 2012 a varias de estas compañías por “prácticas restrictivas de la competencia” (Rodríguez, 2012); llama la atención que haya sido ésta superintendencia y no la de salud quienes tomaran acciones al respecto.

Imagen 66



El interés del Estado por el sostenimiento del gran negocio de las aseguradoras y la reivindicación de lo privado se ratifica con la declaratoria de emergencia social finalizando el 2009; en entrevista del 27 de diciembre de 2009 realizada al ministro de hacienda del momento Oscar Ivan Zuluaga, este reafirma la idea de que es el abuso de los usuarios y las decisiones de los comités técnicos lo que había llevado al colapso del sistema al



incrementar desmedidamente los servicios No POS y exime a las aseguradoras de cualquier responsabilidad pues no tenían porqué asumir costos fuera de lo pactado en las pólizas, sin mención alguna al grave detrimento de los recursos de la seguridad social por parte de las EPS. De nuevo, la subordinación del Estado ante el capital privado y el mercado, que en este caso respondía, además, a compromisos adquiridos por

Imagen 67

apoyo de las EPS a la campaña del presidente del momento, Alvaro Uribe Vélez (Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social, 2008).

Imagen 68

Entrevista Yamid, edición del 27 de diciembre de 2009

EL REPORTAJE DE YAMID

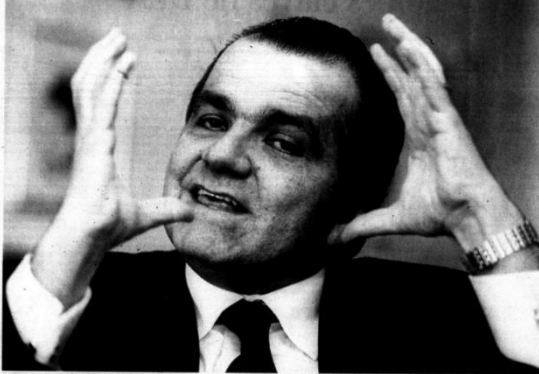
Con cuenta de 'No POS' se evitará colapso en salud

El Ministro de Hacienda explica el alcance de la emergencia social. Asegura que el país no está en recesión y que el crecimiento del 2010 será de 2,5%

YAMID AMARÉ
ESPECIAL PARA EL TIEMPO



El ministro de Hacienda, Oscar Iván Zuluaga, revela aquí las razones que tuvo el Gobierno para declarar la Emergencia Social, prevalece las causas del colapso que amenaza al sistema de salud y confirma que habrá un reajuste en impuestos a cerveza, licor, cigarrillos, tabaco y juegos de azar.



Zuluaga cita entre lo mejor del año la inflación más baja en 55 años, y entre lo peor, el choque con Venezuela, que afectó al comercio. En el 2010 será de 3.000 millones de dólares

Por otra parte, asegura que el país no está en recesión y prevé para el año entrante un crecimiento del 2,5 por ciento. Sobre el salario mínimo, dice que "el Gobierno debe ser muy cuidadoso" para no generar más desempleo y reafirma su propuesta de un aumento del 3 por ciento.

¿Para qué la Emergencia Social?

Para superar aspectos delicados en el tema de la salud. Especialmente, hay que corregir los problemas que se han agravado en los últimos meses, por un lado, el acelerado e insostenible crecimiento de la demanda de servicios y medicamentos no incluidos en las planes obligatorios (POS) y, por otro, el consecuente deterioro en el normal flujo de recursos, todo lo cual ha generado un fuerte problema de liquidez. De no corregirse en el futuro inmediato, existe la posibilidad de un colapso en la prestación del servicio de salud. El 'No POS' ¿qué es?

Contiene todos los servicios y medicamentos que no están incluidos en los actuales planes, tanto del régimen contributivo como del subsidiado, cuyo reclamo se ha incrementado a través de las redes y las Bandas de Consulta y Referencia Médica (BCRM).

¿Habría mayor tributación en licores, cerveza, cigarrillos, tabaco y juegos de azar y juego de azar. Truena su objetivo y es cómo lograr que al menos la cuenta 'No POS' pueda tener un financiamiento del orden de un millón de pesos al año.

¿Cuál es la mejor que nos pasó este año en materia de inflación?

La baja inflación en el mes de agosto, que estamos en recesión?

No, la inflación más baja en la de alimentos, porque el choque de oferta se reversiona. Es decir, la inflación de alimentos ha bajado, pero no por cuestiones de demanda. Lo que muestra el resultado de ser año en

¿Cuál fue el peor que nos pasó este año en materia de inflación?

El peor fue el choque con Venezuela, que afectó al comercio. En el 2010 será de 3.000 millones de dólares

¿Cuál es la medida de la comisión de ajuste fiscal que se va a tomar?

Estabilidad macroeconómica, garantizar el país que a mantener la disciplina fiscal y que va a tener unas más

jud. El sistema, en Colombia, no está diseñado para cubrir ilimitadamente cualquier servicio que la población pida. Por este abuso, en los últimos meses se agravó el problema de iliquidez y se incrementaron de manera muy fuerte y acelerada las cuentas por cobrar de la red pública y de las EPS del régimen contributivo. Esto representa hoy una suma millonaria de recursos, que necesitamos atender de la manera más inmediata posible. Colombia va a llegar prontamente a la cobertura universal. Muy pocos países de América Latina pueden mostrar ese resultado. Los problemas que he mencionado están poniendo en riesgo estos logros, y esto es lo que el sistema debe proteger, avanzando hacia la unificación de beneficios, dentro del aseguramiento que debe garantizar el sistema de salud hoy. Es decir, hay que salvar el sistema.

2.2.4 De la competencia al "todos contra todos"

Imagen 69

Todos contra todos, así funciona el sector de la salud

El exceso de desconfianza entre los actores del sistema de salud, que ha llevado a que cada uno diserte y aplique innumerables controles, no ha permitido una relación fluida entre ellos. En muchos casos, los platos rotos los pagan los afiliados a las EPS y ARS.

El Ministerio de la Protección Social, según las EPS, tiene la percepción de que estas le quieren zohrar más de lo que les corresponde. Las EPS, a su vez, creen que las clínicas y hospitales (IPS), y más de un afiliado, también están en el plan de meterles pajas.

Las IPS, por su parte, desconfían de que algunas EPS y ARS les paguen oportunamente por atender a sus afiliados, 15,9 y 19,4 millones, respectivamente, y de que el Estado les cumpla con los pagos por la atención de quienes no están asegurados.

Los afiliados, a su turno, tienen reservas sobre la calidad de los servicios de algunas EPS y ARS.



Los afiliados a las EPS y ARS terminan siendo los afectados por las tensas relaciones de estas con hospitales y clínicas.

IPS y sufren por las demoras de las EPS y ARS para autorizar exámenes y procedimientos ordenados por los profesionales de la salud. Lo grave de lo anterior es que Gobierno, EPS, ARS, IPS y usuarios tienen fundamento para la sospecha y el recelo. Y de ahí los controles de todos, menos de los afiliados, la parte delegada de la cadena. Las EPS no dejan de quejarse porque el Fosyga —que depende del Miprotección, maneja los dineros de la salud de los colombianos y es administrado por un consorcio privado— les rechaza miles de afiliados por los cuales no reciben la unidad de pago por captación (UPC) y cientos de cuentas de cobro por servicios prestados que no están en el POS.

Por UPC, las EPS, liquidada la del ISS, deben recibir del Fosyga alrededor de 500.000 millones de pesos mensuales. Ese rechazo, según las

peso de la salud. "Nos examinan con lupa cada afiliado y cada una de las cuentas de cobro. Esto no nos disgusta. El asunto es que la base de datos que maneja el Fosyga tiene problemas y rechaza muchos afiliados", dicen las EPS. A esto se encima, aseguran, el desorden en el manejo de los documentos de los recibos. Aunque eso es cierto, no es menos cierto que reportan afiliados con identificación errada o que aparecen en más de una EPS, entre otras causas de rechazo, y que en los recibos faltan servicios y medicamentos que debieron ser suministrados a los pacientes por estar incluidos en el POS ya pagados con la UPC.

Las EPS y ARS les aplican esos mismos procedimientos a las IPS cuando estas les cobran por atender a sus afiliados: glosas por diferentes motivos (tasas válidas, otras no) y demoras en los pagos, lo cual les afecta su flujo de caja, agravado por prácticas similares del Fosyga cuando se trata de la atención de personas no aseguradas (por solo tuteladas, los adeudados corren de 100.000 millones de pesos).

A lo anterior se agrega que, según las IPS, muchas EPS no les reconocen una tarifa remunerativa por sus servicios, lo que a la larga afecta la calidad del servicio a los usuarios. A junio, las deudas con las IPS que tienen más de 90 días de vencidas superaban los 700.000 millones de pesos, de los cuales, 164.500 millones son de EPS y ARS privadas, 163.400 millones de EPS y ARS públicas y 230.718 millones son del Fosyga y las entidades territoriales.

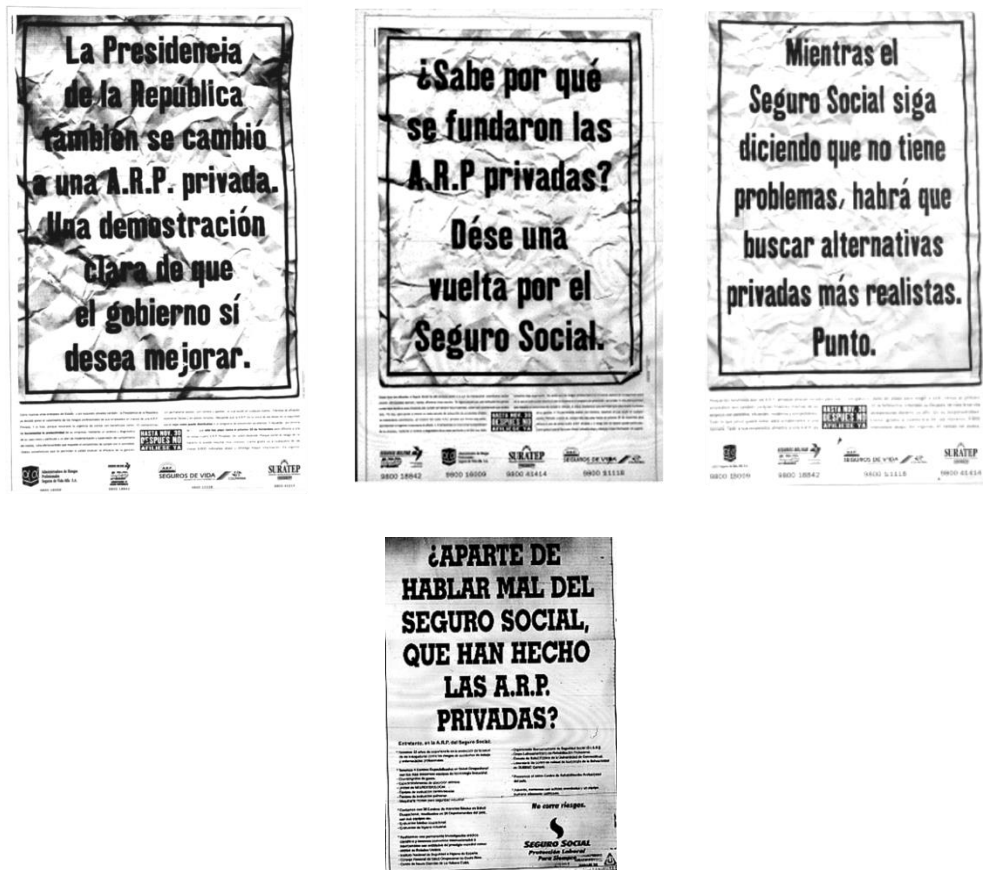
Las IPS coinciden en la necesidad de las autoridades (de EPS, ARS, Fosyga y entidades territoriales), pero enfatizan en que la obligación de estas es hacer transparente el proceso y darles a los usuarios lo que estos requieran y no en servir de mecanismo para frenar y aplazar los pagos.

Edición del 8 de Octubre de 2006

La competencia, como núcleo central del mecanismo de satanización vs. reivindicación, incluyó estrategias de publicidad negra en un claro enfrentamiento entre lo privado y lo

público por los diversos tipos de capital que el sector salud representa; en este enfrentamiento las aseguradoras privadas pautaban no solo para publicitar su propia marca o elevar el “top of mind”, pautaron unidas en contra del ISS (imagen 69). No obstante, estos no fueron los únicos actores en competencia dentro del sistema, las relaciones sociales e institucionales que el modelo reproduce siguen un esquema de pugna por los diversos tipos de capital-poder, conformando dinámicas de resistencia-dominación-subordinación. En el diario El Tiempo, se identifica la competencia entre: las farmacéuticas vs. el Estado; lo genérico vs la marca; tutela vs. sistema; saber-poder médico vs. aseguradoras.

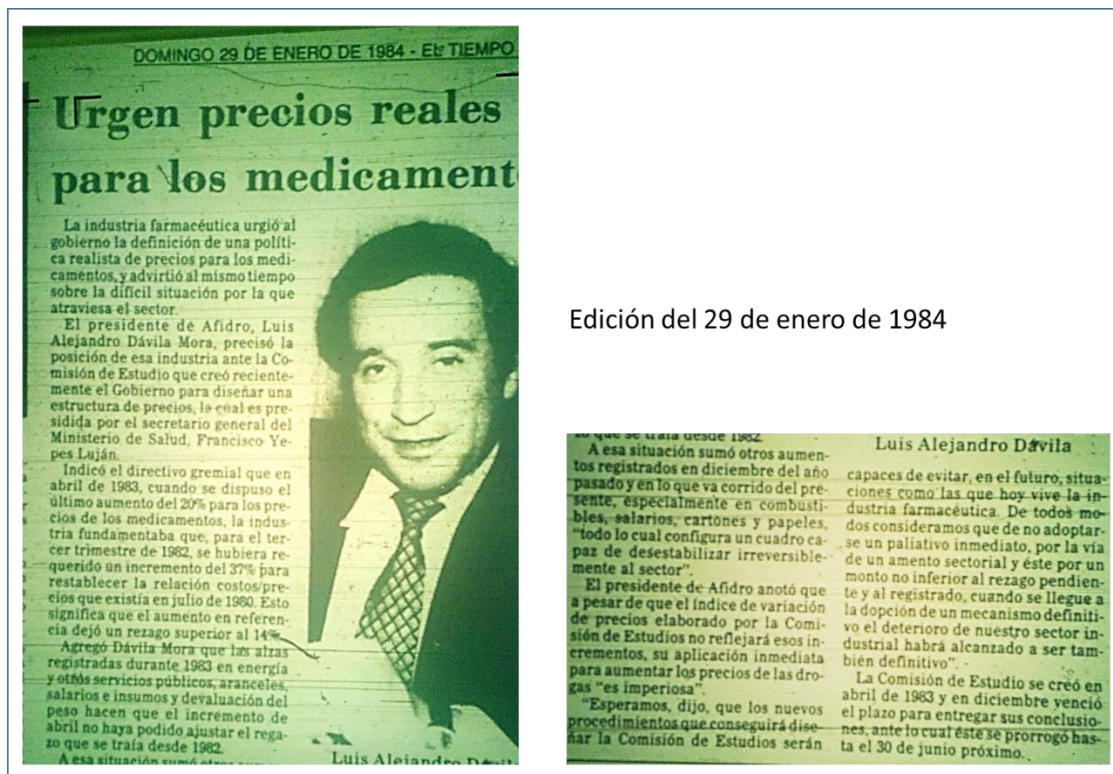
Imagen 70



La pugna entre la industria farmacéutica y el Estado colombiano se ha dado por la fijación de precios de los medicamentos; fue posible identificar reportes sobre éste conflicto desde los primeros años de la década del 80. Para estos años, la industria demandaba al Estado un alza en los precios de los medicamentos pues, según información de Afidro (Asociación de Laboratorios Farmacéuticos de Investigación y Desarrollo) para El Tiempo, en enero de

1984 el sector se encontraba en una difícil situación luego de los ajustes de infraestructura que debieron hacer por orden del gobierno y habrían ocasionado un trastorno en la relación costo/precio desde 1980, pero además, afirmaban que el aumento del 20% autorizado en 1982 no había sido suficiente (Imagen 71). El aparente desfase en la relación costo/precio que declaraba Afidro se relacionó con la puesta en marcha de la Ley 9 de 1979 que reguló la elaboración, envase, empaque, almacenamiento, transporte, importación y contratación de trabajadores de empresas productoras o distribuidoras de medicamentos y alimentos, lo cual supuso una inversión en infraestructura de diversos tipos para la industria farmacéutica y sirvió para justificar que eso, junto con el aumento generalizado en los costos de servicios públicos, materia primas, etc., “configura un cuadro capaz de desestabilizar irreversiblemente el sector” (Luis Alejandro Davila, en entrevista a El Tiempo, Imagen 71).

Imagen 71



Edición del 29 de enero de 1984

La constante presión del sector farmacéutico entre 1984 y 1986, habría llevado a la autorización en el alza de los precios de los medicamentos de un 22% en diciembre de 1986, pues el gobierno basándose en un estudio del Ministerio de Salud, el Incomex, entre otros, consideró que esta alza compensaría a las farmacéuticas por el desfase costo/precio

que durante años había soportado (Imagen 72). Al año siguiente, el propio ministro de salud (José Granada Rodríguez) anunciaba que existía especulación en el precio de los medicamentos y reportaba casos en los cuales el aumento había sido muy superior al 22% establecido y que estos laboratorios y distribuidores serían sancionados (Imagen 71); esta noticia se emitía justo un mes antes de la imposición del acuerdo de propiedad intelectual y de patentes por parte de Estados Unidos a Colombia para “proteger la industria farmacéutica de la normatividad del país” en el marco del GATT²⁶ (Acuerdo General de Aranceles y Comercio) (Imagen 72) al cual Colombia se había adherido en 1981 (Banco de la República, 2013); lo que se impuso en esta *negociación* fue la liberalización progresiva de los precios de los medicamentos (Muñoz, 2003).

Imagen 72

Minsalud sancionará anarquía en precios de los medicamentos

El gobierno anunció ayer que sancionará a los laboratorios farmacéuticos y a los comerciantes distribuidores de drogas que especulan con los precios de los medicamentos.

El anuncio fue hecho por el ministro de Salud, José Granada Rodríguez, quien recordó que por resolución 1207 del 12 de diciembre de 1986, este despacho solo autorizó un reajuste del 22% en el precio máximo de los medicamentos a partir del primero de enero de este año.

Granada Rodríguez agregó que "cualesq[ue] incremento por encima de la autorización, se sancionará con el decimo de los productos e incluso hasta con la suspensión del registro sanitario para los laboratorios y distribuidores que estén infringiendo dicha disposición".

Como se recuerda, EL TIEMPO en su edición del pasado jueves 14 de mayo, denunció una situación anárquica con el precio de las drogas, tras comprobar aumentos superiores al 22% en el mercado de los medicamentos.

Asimismo, reveló que la anterior situación se estaba presentando debido especialmente a que el Ministerio de Salud se había retrasado en la expedición de las "resoluciones individuales".

Granada Rodríguez admitió que el Ministerio se retrasó en la expedición de las citadas resoluciones por problemas de orden práctico. Indicó que "la labor ha sido más dispendiosa porque hay que organizar el control de los precios para cerca de seis mil productos, también patentes, hay que coordinar criterios jurídicos entre la Superintendencia de Industria y Comercio y la oficina jurídica del Ministerio de Salud".

Las anteriores declaraciones del ministro de Salud fueron hechas al margen del acto de instalación del consejo directivo de la Asociación de Farmacéuticos de Medicina, Asofame, el cual comenzó a sesionar ayer.

El préstamo no se perderá

Por otra parte, Granada Rodríguez, negó que la cartera a su cargo estuviera a punto de perder el préstamo de 20 millones de dólares otorgado por el Banco Mundial para la consolidación del Sistema Nacional de Salud.

El funcionario respondió así a las denuncias que en tal sentido fueron formuladas por los exministros conservadores que integran el gabinete en la sombra", entre ellos, Efraim Otero Ruiz, Jaime Arias y Rafael de Zubiré.

Asimismo, al referirse a otras críticas hechas por el gobierno en la sombra", en relación con la falta de claridad en las políticas y programas del Ministerio, Granada Rodríguez declaró que "no está trabajando en los correctivos para el sector".

Al referirse también al anuncio que hizo la Academia Nacional de Medicina sobre la profunda crisis que enfrenta la entidad pública en el país, el ministro declaró que "dicha situación se viene presentando desde hace varios años y las acciones para corregir y superar este problema no se pueden improvisar".

El Ministerio de Salud dijo— está trabajando en la reorganización de los servicios de salud para que estos lleguen a las gentes que no tienen acceso a los mismos.

Diálogo con E.U. sobre industria farmacéutica

BARRANQUILLA, 15. (Por Yadira Ferrer). — Representantes del gobierno colombiano y de los Estados Unidos inician hoy una ronda de conversaciones tendientes a buscar medidas para proteger la industria farmacéutica de nuestro país, anunció aquí el director del Incomex, Samuel Alberto Yohai.

El director del Incomex vino a Barranquilla para asistir a la instalación de la Primera Mostra Agroindustrial de la Costa y para visitar la sede de 'Sifa', un moderno laboratorio farmacéutico que recientemente inició actividades aquí.

En relación con las conversaciones con Estados Unidos Yohai señaló que "uno de los intereses de este gobierno es proteger la industria farmacéutica y mostrar que la legislación que existe en Colombia es la que requiere el país para proteger sus intereses y para poder promover ese tipo de industria".

Yohai indicó que en este momento existen crecientes restricciones en el comercio internacional y muchas medidas proteccionistas por parte de los países industrializados, por lo que no se justificaría que nuestro país se forzara a sectores incipientes, como el de la industria farmacéutica, a presiones o competencias injustas.

En relación con los efectos que ha producido la ruptura del convenio textilero que se tenía con los Estados Unidos, el director del Incomex señaló que en los cinco meses que han transcurrido desde ese hecho las exportaciones textiles se han incrementado en un 15 por ciento y las confecciones en un 60 por ciento con respecto a lo que se dio el año pasado, "lo que es verdaderamente significativo, especialmente en lo que respecta a las confecciones que son las que llevan mayor valor agregado".

En la reunión que sostendrá el gobierno con la delegación norteamericana, el acuerdo con Yohai el tema central será el de la propiedad intelectual y de patentes, "que es uno de los temas más importantes de discusión que se da actualmente en Ginebra en el marco del Acuerdo General de Aranceles y comercio, GATT".

Esta liberalización de los precios de los medicamentos, afectó tanto a las instituciones de salud, públicas y privadas, como a los ciudadanos en general, aspecto que derivó en el control del precio de un grupo de 30 medicamentos considerados esenciales, por esto el gobierno negoció una vez más con los laboratorios y terminó subsidiando parte de su producción en el país (Ramírez, 1987). En 1990, finalizando el gobierno de Barco, una

²⁶ En 1995 el GATT se transforma en la Organización Mundial del Comercio -OMC-.

nueva alza en los medicamentos fue autorizada para cumplir con lo pactado en 1987 ante el GATT. Luego de esto, El Tiempo reportó incrementos en, por ejemplo, el suero antitetánico de más de mil por ciento, razón por la cual la procuraduría activo un mecanismo especial de control para las farmacéuticas sin impactos relevantes ante la modificación de los precios; para el presidente de Afidro estos aumentos en los precios eran urgentes y “evitaron una crisis en la rentabilidad de la industria y previno el desabastecimiento de los medicamentos” (El Tiempo, Domingo 23 de Septiembre de 1990: Ultima A)

En los primeros años de los 90 dos tipos de informes de prensa dan cuenta que, lo que empezó como un tipo de conflicto entre el Estado y la industria farmacéutica iniciando los ochenta se había convertido en una relación de sometimiento, pues el Estado perdió capacidad de control sobre la fijación de precios. Por un lado, se identifican informes sobre el impacto del aumento de los precios de los medicamentos en el costo de vida y en la inflación y por otro, la “buena salud” del sector farmacéutico (Imagen 73). El gobierno, en cabeza de Samper, optó por acudir a estrategias como la aplicación de la Ley antimonopolios o la fijación de precios máximos para la venta de medicamentos para contener la situación; en respuesta, los laboratorios amenazaron con posibles cierres de líneas de producción de aquellos medicamentos con excesivos controles, también pautaron en El Tiempo notas que persuadían al lector sobre la falsedad de la relación entre los precios de los medicamentos y el aumento del costo de vida, también culpaban al gobierno por el equivocado manejo que había dado al control de precios, lo que habría puesto en riesgo la continuidad de la industria en el país, por lo tanto el aumento en los precios era solo un ajuste que equilibraba sus finanzas (imagen 74).

Imagen 73

Los colombianos y la salud

Se gastan \$ 60 mil millones en drogas que casi no sirven

MEDELLÍN. (Por Gustavo Ramírez G.) — Los colombianos gastan de su presupuesto familiar, más de \$ 60 mil millones al año para solucionar los problemas de salud. Sus recursos van a un mercado de más de 10 mil productos, en su mayoría ineficaces y de baja calidad.

Sus dolencias podrían atenderse, en gran parte, con uno o dos contenedores de medicamentos. Este abuso o uso innecesario en el campo de la droga es promovido por campañas promocionales con el fin de mantener la importación de insumos. Foto: sigue a hospitales, clínicas y consultorios tanto del sector público como del privado.

El ministro de Salud, Rodrigo Lizaro, al certificar y seleccionar otros productos que se ofrecen en los mercados. Para producir medicamentos esenciales dará subsidios y establecerá una política de precios para que la industria farmacéutica, que el año pasado triplicó sus utilidades en comparación con 1988, se encuentre altamente concentrada hasta el punto que de 120 empresas que operan en el mercado de fármacos en el país...

VIENE DE PRIMERA

Mientras las enfermedades rondan por distintos lugares

Sector farmacéutico: buena salud

Un estudio de la Superintendencia de Sociedades indica que esta actividad se encuentra altamente concentrada y que la mitad de los ingresos de las compañías se explican por las ventas de medicamentos.

La industria farmacéutica, que el año pasado triplicó sus utilidades en comparación con 1988, se encuentra altamente concentrada hasta el punto que de 120 empresas que operan en el mercado de fármacos en el país...

Solo bajaría precio del 1 por ciento

Confusión por sobrepuestos en medicamentos

De 5.000 productos analizados por Minsalud, excesivos, pero, de estos, tres entrarían a revisión.

Cebalón, Canestén, Domeboro, Binotal, Dolés y Terramictina. Según sus datos, los aumentos llegan al 175 por ciento.

El senador pasó un proyecto de ley para congelar los precios, mientras el ministro de Salud, Virgilio Gaitán, se opone a la restauración de controles; luego de que el jueves había amenazado con...

ECONÓMICAS

En mayo, los precios de la canasta familiar aumentaron en 1.95 por ciento

El costo de vida sigue en ascenso

Como grandes 'culpables' continúan los servicios de la salud especialmente drogas y servicios médicos, y algunos productos manufacturados. Pereira y Cartagena con el mayor costo de vida acumulado en cinco meses.

No obstante los rastros y promesas del Gobierno, el costo de vida sigue subiendo durante el mes pasado. El aumento de los precios de los productos de la canasta familiar alcanzó un nivel similar al de 1988, año que batió como el de mayor costo de vida de la década pasada.

Las cifras que reveló ayer el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), no dejan dudas. Lo que un colombiano podía comprar con 100 pesos el primero de enero, al concluir mayo le costaba 113,50 pesos.

Es 15,5 por ciento de incremento acumulado durante los primeros cinco meses, a lo que como el segundo más alto en diez años y se completó con reajuste de precios de 1,95 por ciento en mayo.

Historicamente, la cifra anual más alta más cerca del año ne-

INDICE DE PRECIOS MAYO 1990

Ciudad	MES DE ACUMULADO (MAYO)	MESES ANTERIORES
Bogotá	131	15,80
Medellín	175	19,96
Cali	228	12,32
Barranquilla	200	16,08
Bucaramanga	180	15,67
Manizales	179	14,82
Pasto	0,46	10,88
Pereira	241	16,96
Cúcuta	1,84	15,64
Montería	2,31	15,05
Neva	2,32	12,63
Cataguaná	3,88	16,87
Villavieja	0,80	14,49
TOTAL	1,95	15,81

FUENTE: DANE

COSTO DE VIDA Acumulado Enero-Mayo

Las cifras que reveló ayer el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), no dejan dudas. Lo que un colombiano podía comprar con 100 pesos el primero de enero, al concluir mayo le costaba 113,50 pesos.

Historicamente, la cifra anual más alta más cerca del año ne-

Costo de vida: los gastos de salud siguen subiendo

El costo de vida continuó subiendo en mayo, pero a un ritmo menor que el mes pasado (mayo 89 a mayo del 90), a un ritmo de 1,95 por ciento. Más de cuatro millones de personas...

Habría control de precios a medicinas: Midesarrollo

Estatuto antimonopolios aplicarían a laboratorios

El Gobierno advirtió ayer que si los laboratorios farmacéuticos no restablecen el margen de comercialización a los distribuidores, adoptará una serie de medidas que van desde la aplicación del estatuto antimonopolios hasta el control directo de precios.

No voy a permitir que los laboratorios se salgan con la suya", dijo ayer el ministro de Desarrollo, Ernesto Samper.

Los laboratorios extranjeros que operan en el país redujeron el descuento del cuarenta por ciento que otorgaban a distribuidores mayoristas y drogistas que dependen al detalle, con lo cual obtenían un margen aceptable de comercialización.

VEA ESTATUTO/BA

Imagen 74

LOS MEDICAMENTOS NO SON CULPABLES DE LA INFLACION.

La Asociación de Fabricantes de Productos Farmacéuticos (AFIPRO) y la Asociación de Industrias Farmacéuticas Colombianas (ASIFAR) ante las recientes revisiones de precios de la canasta familiar durante 1990, consideran necesario hacer las siguientes precisiones y aclaraciones:

- Los medicamentos, contrario a lo que se afirma, aportaron únicamente 0,14% puntos al 1,95% de la inflación de 1990, lo que significa que en el supuesto de que sus precios no hubieran sido modificados a lo largo del año, la inflación hubiera arrojado un porcentaje del 31,62%, apenas inferior al registrado por el DANE.
- En el mes de mayo el DANE el "paquete" de la canasta familiar compuesto por los rubros "servicios profesionales" y "drogas" fue el grupo que menor reajuste sufrió en el incremento del costo de vida registrado durante 1990.
- Según el DANE, la contribución porcentual de los siete grandes grupos de bienes y servicios al incremento del costo de vida presentado en 1990 fue la siguiente:

RESPONSABILIDAD DE LA INCREMENTO DE COSTO DE VIDA REGISTRADO DURANTE 1990	Porcentaje
ALIMENTOS	11,33
VIVIENDA	9,61
TRANSPORTE	15,72
VESTUARIO	2,60
EDUCACION	2,34
OTROS GASTOS (Bebidas y tabaco, artículos de belleza)	2,18
SAUD	0,14
Servicios Profesionales	0,65
Medicamentos de uso humano	0,74
TOTAL INCREMENTO COSTO DE VIDA	32,36%
TOTAL INCREMENTO COSTO DE VIDA SI LOS PRECIOS DE LOS MEDICAMENTOS NO HUBIERAN SIDO MODIFICADOS	31,62%

- Es conveniente precisar que el menor impacto de los medicamentos en el costo de vida del 0,14% fue generado por el incremento promedio de los precios del 28% decretado por el Ministerio de Desarrollo en 1990, para los productos sometidos al régimen de control directo y/o libertad regulada, los cuales representan más del 90% de las ventas de los laboratorios.
- Los medicamentos se encuentran sometidos a un estricto control de precios decretado por el Ministerio de Desarrollo, teniendo hoy derecho por ley a un ajuste anual de precios, en un ambiente de control directo y/o libertad regulada de acuerdo con los índices de inflación y desinflación registrados en el año anterior.

Bogotá, D.E., Enero 1991.

LOS MEDICAMENTOS VALEN

Los precios de los medicamentos en Colombia, con la excepción de algunos rubros, no han sido modificados desde la promulgación de la Ley 100.

- En la década pasada, la industria farmacéutica estuvo a punto de correr sus puentes por el equivalente mensual pacífico que se dio a los precios.
- El Gobierno de la República y el gobierno anterior acordaron las bases para solucionar la crisis de la industria.
- La industria, para alcanzar el balance entre costos y precios, incrementó en algunos casos, los precios por causas de la inflación general.
- No obstante, para contribuir con la política económica del Gobierno Nacional y en favor del consumidor, la industria se comprometió a bajar los precios incrementados y en algunos casos a congelar los precios.
- La política pública hizo salientes alcances de jelo para verificar el cumplimiento de esta concordancia.
- Los precios de los medicamentos esenciales son controlados estrictamente por los autoridades.
- Los resultados de la nueva política de precios ya se están reflejando en un menor costo de la "canasta familiar".
- En nuestro país el precio de los medicamentos es de las más bajas del continente.
- El dinero que se emplea en la adquisición de medicamentos se es comparado con el valor del bienestar que con ellos se obtiene.

AFIPRO y ASIFAR

Sólo el 3% distanció al Gobierno de la Industria Farmacéutica, para lograr un acuerdo en beneficio de la salud de los colombianos.

- Tanto el Gobierno como los laboratorios, desde que sobre los medicamentos, el país ha sido el segundo más barato de América Latina, después de Venezuela.
- A finales de 1984 y para 1990 la industria aceptó el porcentaje del 18% fijado por el Precio Social, como el aumento máximo para todos los productos farmacéuticos.
- El precio objetivo de una pastilla del 45% con respecto al índice de inflación general que fue del 23,3%, el resultado de la industria farmacéutica, en consecuencia, ha distanciado considerablemente por cuánto frente a un incremento del 18%, los aumentos básicos para la industria aumentaron en proporción mayor.
- Materia Prima 23% • Costo Producción 20% • Transporte 20% • Insumos 23,3% • Fletes de Salida 25,00% • Empaque 31,00% • Pagos de Almacén 23,75% • Impuesto Ingresos 30% • Impuesto Predial 26,50% • Industria y Comercio 34%
- El sistema económico de la operación, en su momento, no se volvió ajustado al costo de laboratorios y al desabastecimiento de los importantes productos farmacéuticos que se requieren para la vida y la salud del pueblo colombiano.
- En ningún caso, la industria farmacéutica como industria, realizó reservas en los precios de los medicamentos y en su lugar que está utilizando una conversión de precios que se hace necesaria para cuidar los intereses del país desde el punto de vista de la salud de los ciudadanos y mejor la comprensión y desarrollo de los Laboratorios Farmacéuticos que operan en el país.
- El reconocimiento expulso que pretenden los Laboratorios Farmacéuticos afecta tanto los beneficios de los consumidores, la industria del precio de los medicamentos en la canasta familiar en un 1,25%.
- El 3% que nos distanció de un acuerdo con el Gobierno, significa tan sólo el 0,37% de la canasta familiar.
- El resultado de la Ley 100 para 1990 el Gobierno se comprometió a congelar la política de precios para 1991. El Gobierno debe cumplir con lo prometido.

Solicitamos que tal como lo hemos hecho en repetidas oportunidades, la Comisión Nacional de Precios de los Medicamentos se reúna para sancionar la política de precios para 1991, con la confianza de que todos los argumentos que la industria tiene en favor de sus altos incrementos, serán bien entendidos por las autoridades y comparados como equitativos por los consumidores, en la situación de este y otros, de que la industria farmacéutica trabaja incesantemente por la salud de los colombianos.

Asociación de Laboratorios Farmacéuticos de Investigación - AFIPRO
Asociación de Laboratorios Farmacéuticos Nacionales - ASIFAR
Cámara de la Asociación Farmacéutica de la Asociación Nacional de Industriales.

Contrario a lo que se puede considerar, al establecer un paquete limitado de servicios y medicamentos (POS) con la implementación de la Ley 100, el Estado no retomó el control sobre la fijación de precios solo logro establecer una "Libertad Regulada". La problemática hasta la fecha continúa en el debate público. Tampoco se afectaron las finanzas de las farmacéuticas, porque si bien es cierto se exacerban todas las estrategias de mercantilización (como se describió en el apartado anterior) aumentando el consumo de

diversos tipos de medicamentos en el país a partir de la década de los 90; en el marco del sistema de salud, las aseguradoras del grupo Saludcoop reportaron en el 2009 gastos en medicamentos percapita por encima de los \$200.000 y eran además distribuidores de medicamentos en el país (Rodríguez, 2012), pero además, los recobros por tutelas han sido en su gran mayoría por medicamentos y son cooptados por 18 laboratorios farmacéuticos (Imagen 75).

Imagen 75

SALUD / DOS FIRMAS HAN VENDIDO MÁS \$3.000 MILLONES EN MEDICINAS NO POS

18 empresas reciben el dinero de tutelas por medicamentos

Siete de los 40 medicamentos más costosos que se compran en Colombia y que no están incluidos en el POS, son comercializados por Roche.

Una investigación realizada por las Empresas Prestadoras de Salud (EPS) muestra que los mayores proveedores de medicamentos para el tratamiento de enfermedades de alto costo en Colombia, que no están incluidos en el POS, son Roche y Schering Plough.

Entre enero y junio de este año, estas dos empresas le vendieron al país productos por más de 3.000 millones de pesos, los cuales fueron comprados para atender a varios pacientes que ganaron tutelas en el primer semestre del año.

En el caso de Roche, la multinacional facturó 1.302 millones de pesos en los primeros seis meses, inmediatamente después del lanzamiento de la insulina 'C' contra los productos genéricos para el control de la diabetes, entre otros productos.

Por su parte, Schering Plough facturó 1.304 millones de pesos en ese mismo periodo con la venta de medicamentos no incluidos en el POS para el manejo de enfermedades como artritis reumatoide y osteoartritis, entre otros tratamientos.

LOS PACIENTES con enfermedades de alto costo recurren a la tutela cuando no ven otra opción para su tratamiento.

Empresas con mayores ventas de medicamentos no POS

*Enero - junio del 2005. Pedidos realizados sólo por algunas EPS

Roche	1.302 millones
Schering Pl	1.304 millones
Novartis	987 millones
Wyeth	961 millones
Glaxo	644 millones
Aventis	405 millones

En la lista de los 40 medicamentos más solicitados también están Wyeth y Glaxo. La primera de ellas se ganó el "número lugar" de las empresas que más facturan con la venta de antidiabéticos y tratamientos para la artritis crónica, en tanto que Glaxo ofrece gástricos y epilepsia. Para el caso de la epilepsia, Aventis también ofrece otro medicamento que no está incluido en el POS.

De acuerdo con el médico Carlos Francisco Hernández, asesor médico de la Casa Edit

El TIEMPO, para el caso de la insulina existen varias opciones que están incluidas en el POS y lo ideal es intentar primero con estas alternativas. Sin embargo, el doctor Hernández hace la salvedad que no todas las insulinas "básicas" que no responden a estas medicaciones por lo que el criterio del especialista es vital. El control de algunos tipos de convulsiones requieren de productos como los producidos por Aventis y por Glaxo".

Otros casos

En Colombia también se tratan medicamentos para la presión arterial. Laboratorios Abbott le vendió a algunas EPS insulinas para el manejo de esta enfermedad por 75 millones de pesos en el primer semestre de este año.

Las enfermedades psiquiátricas también dan lugar a las tutelas, a pesar de que la posibilidad de manejo en el POS es amplia. En este caso, la discusión hay varias alternativas dentro del POS, según algunos especialistas.

Wyeth tiene sin autorización del año facturó 961 millones de pesos. "Estas alternativas son sumas dependiendo de las necesidades del paciente y de la reacción a otros medicamentos", dice el doctor Fernández. Aventis, Aventis, Bristol-Myers Squibb, Eli Lilly, Proton, Geunzeon, Sanofi, Lilly, Pfizer, Sanofi y otros también forman parte de los proveedores de medicamentos no POS que se fallan por tutela.

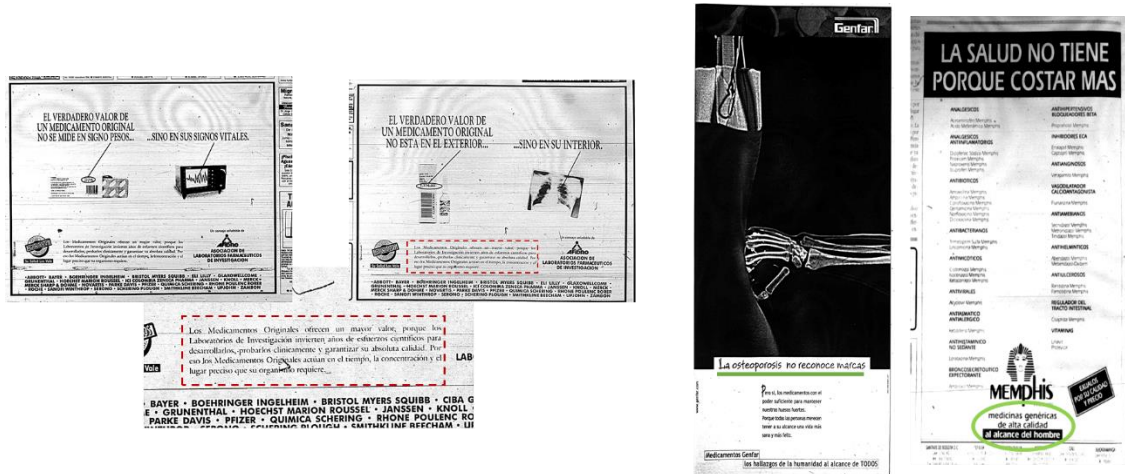
Edición del 16 de octubre de 2005

Las pugnas mediáticas de la industria farmacéutica también se presentaron entre los propios actores de este sector. Entre 1993 y 1997, se identifican una serie de publicidad que hace explícita la confrontación entre los medicamentos de marca y los denominados genéricos; periodo que coincide con el desarrollo y firma del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio, impulsado (impuesto) por la recién creada Organización Mundial del Comercio –OMC-.

Los mensajes que circularon al respecto ponían en contraposición la relación calidad/precio como determinante a la hora de elegir un tipo de medicamento; así, la publicidad que los laboratorios productores de medicamentos de marca, con el apoyo de Afridro, emitían sobre los genéricos divulgaban la representación que un bajo costo significaba una mala calidad y desde estos mensajes se construyó discursivamente una idea sobre los genéricos (imagen 76); por su parte los laboratorios productores de genéricos centraron sus mensajes en el acceso que significaba un costo menor sin

alteración en su calidad. En esta pugna específica, competidores son ahora aliados en contra de la producción de genéricos.

Imagen 76



La confrontación publicitaria aparece nuevamente entre 2002 y el 2005, momento en el cual se debatía la firma del Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos (Imagen 77), pues el tema de los originales vs. los genéricos representó una de las mayores presiones por parte de EEUU hacia Colombia y una de las controversias de mayor importancia en el campo de la propiedad intelectual y patentes, dónde se pone en juego el capital de la industria farmacéutica multinacional de países como Estados Unidos, Alemania y Francia; países a los cuales Colombia importó más del 40% de los medicamentos, en forma de materias primas (13%), productos semiterminados (23%) y productos terminados (30%) (Vacca y Cols, 2006)

Imagen 77

Dólar por dólar	IBIC Índice General	Peso	En pesos
Lunes 64,19	Lunes 6.828,84	Lunes \$ 152,2014	Euro \$2.708,32
Viernes 64,24	Viernes 6.918,75	Viernes \$ 152,2014	Bolivar \$1,87

NEGOCIACIONES / MEDICAMENTOS ORIGINALES VS. GENÉRICOS

Las medicinas agitan el TLC

Qué es lo que está en juego tras el episodio en el que tres negociadores dejaron el equipo colombiano que negocia el Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos.

JORGE CORREA C.
Redactor de EL TIEMPO

Los medicamentos para combatir el colesterol son los más vendidos en el mundo, liderados en este momento por aquellos cuyo principio activo (molécula) es la atorvastatina, que los generan miles de millones de dólares a los laboratorios que los producen.

Se estima que en el mundo uno de cada tres adultos sufre trastornos derivados de los niveles altos de colesterol, razón suficiente para ser señalado como uno de los peores enemigos de la salud.

En Colombia, quienes padecen ese mal pueden recurrir -aunque lo más apropiado es decir que los médicos pueden formular- a cerca de 50 productos para contrarrestarlo, con muy variados precios, algunos de estos muy distantes entre sí.

De la atorvastatina, por ejemplo, en las droguerías se pueden conseguir 12 productos (caja de 10 tabletas de 10 mg, cada una) a precios entre 16.000 pesos y 60.000 pesos, sin que se



EL DEBATE sobre el rumbo de la negociación en el tema de medicamentos en el TLC se refiere al impacto del acuerdo en el acceso de la población a los fármacos.

ASPECTOS DESTACADOS DE LAS PROPUESTAS

Estados Unidos

- Compensar la vigencia de las patentes por la demora de la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) en otorgarlas y en la obtención del registro sanitario en el Invima.
- Proteger por cinco años datos de prueba.
- Establecer un vínculo entre la SIC y el Invima, para que esta entidad investigue el estado de la patente del producto al que se le solicita registro sanitario y avisarle al titular de la patente, si existe, de la petición en curso.
- Patentes para segundos usos.

Colombia

- Compensar la vigencia de la patente por demoras injustificadas en la SIC.
- Proteger por tres años los datos de prueba.
- Publicitar las peticiones de registro sanitario.
- Rechazo a los segundos usos.
- Compromiso de Estados Unidos para luchar contra la biopiratería.

Edición del 2 de octubre de 2005

Con la liberalización de los precios y uno de consumos más alto de medicamentos en la región, Colombia se convirtió un mercado atractivo para otro sector económico relacionado con la salud, se trata de las cadenas de farmacias multinacionales y “supermercados de la salud” quienes también entraron en la competencia por la distribución y venta de medicamentos; según un reportaje del 25 de

octubre de 2005, la inversión de capital extranjero en este sector era atractiva y demostraba buenos resultados para las compañías en la medida en que estas superficies diversificaban la oferta de productos que se relacionaban con la salud, así en un solo lugar era posible encontrar medicinas de todo tipo, artículos de aseo y de belleza, de modo que se respondió a todas las necesidades (Imagen 78).

Imagen 78

Dólar por dólar	IBIC Índice General	Peso	En pesos
Viernes 62,83	Viernes 6.962,49	Viernes \$ 152,2014	Euro \$2.718,03
			Bolivar \$1,87

COMPETENCIA / MEXICANOS Y CHILENOS MIRAN A COLOMBIA

Vuelco en el negocio de las droguerías

A las 16.000 droguerías del país les llegó la hora de hacerle frente a la competencia extranjera en momentos en que las ventas de medicinas están flojas y crecen al 1,6 por ciento anual.

JACQUELINE GUERRA GIL
Colaboradora

La competencia que llegó hace unos años a supermercados y grandes superficies está tocando con fuerza al sector de droguerías y farmacias que se encontraba estancado.

Aunque los supermercados se les metieron al rancho a las droguerías de barrio sus espacios dedicados a la venta de medicamentos y vitaminas, los verdaderos pilares de actividad grande los están sufriendo esta clase de establecimientos con la llegada de inversionistas extranjeros.

El primero en arribar fue Farmacity, una cadena de droguerías argentinas de gran formato, que ofrece una variada gama de productos. El siguiente fue Far Locatón, de Venezuela, una distribución multinacionalizada.

LOS SUPERMERCADOS DE LA SALUD ofrecen una gran variedad de productos para la higiene y el hogar.

LOS QUE LLEGARÁN AL PAÍS

Pharmacy
Convenio su actividad desde en 1997 es Argentina paraguayí carse a la compra venta y distribución de productos farmacéuticos, cosméticos, alimentos y artículos de higiene. Tiene 60 locales que son atendidos por 1.500 empleados. En Colombia llegó en el 2004 y cuenta con 10 locales, todos en Bogotá. La sociedad se constituyó con un capital de 3.000 millones de pesos y la idea es invertir otros dos millones de dólares para continuar su plan de expansión y atender otros mercados y otros.

Locatón
Con una inversión inicial de 4 millones de dólares, esta cadena de supermercados llegó al país hace un año. Nació en Venezuela en 1975 y allí tiene establecimientos. En Colombia, Carulla Viveiro tiene una participación del 20 por ciento en esta franquicia, que cuenta con dos locales en Bogotá y está próximo a abrir un tercero en noviembre.

Edición del 16 de octubre de 2005

En 1993, con el cambio del modelo de salud, ingresa una figura jurídica que rápidamente fue protagonista en los conflictos de la atención en salud: La tutela. La acción de tutela es un recurso jurídico creado con la constitución del 1991 para la protección inmediata de los derechos fundamentales cuando cualquiera

de éstos resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública (Artículo 86 de la Constitución de 1991), como lo sería la salud por su conexidad con el derecho a la vida. Este recurso constitucional desató una serie de pugnas entre diversos actores del sistema y la prensa la muestra en los primeros años de implementación del modelo como una *aliada* de los pacientes y luego como una *amenaza* que pone continuamente en jaque la estabilidad del sistema, por el sostenido incremento año a año en el número de tutelas. Al respecto, la Defensoría del Pueblo en informes sobre la situación de la tutela y el derecho en salud en el país, reportan que entre 1999 y 2006 las tutelas invocando el derecho a la salud ocupaban el primer lugar del total de tutelas interpuestas en el país, aproximadamente el 30% (Defensoría del Pueblo, 2012; 2014).

El Tiempo denominó a ese constante incremento en el número de tutelas, *Tutelitis aguda* y en general, las notas centran su información en los costos que representa para el sistema de salud los miles de tutelas que anualmente se registran en el país. Por otro lado, esta situación significó la confrontación entre lo jurídico y lo médico, entre los ciudadanos y las aseguradoras sobre las cuales recaen más del 82% de las tutelas, incluso entre las ramas del poder público en Colombia, pues en 2008, cuando las tutelas aumentaron en un 298%, el gobierno advertía sobre la posibilidad de demandar a jueces por fallos a favor de “tutelas extravagantes”, ya que serían las causantes de los “desangres del sistema” (Imagen 79). Sin embargo, los estudios de la Defensoría demostraron que del total de tutelas interpuestas “el 70% lo hacía por contenidos POS y en muy raras ocasiones para reclamación de cosas suntuarias” (Defensoría, 2012).

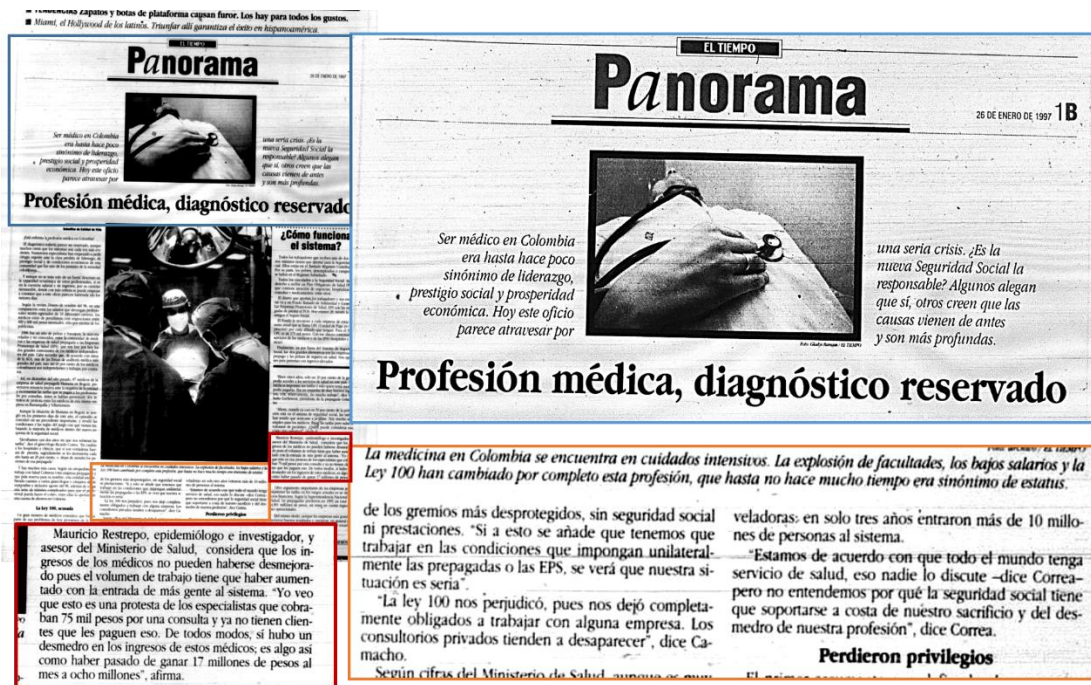
Imagen 79



La figura de la Tutela para acceder a servicios relacionados con la atención en salud fue representada desde la prensa como un instrumento polémico que se prestaba para múltiples interpretaciones, desdibujando su capacidad como mecanismo de garantía de derechos para las personas en esa lucha del todos contra todos y develando que cobertura no es igual a acceso efectivo a los servicios, ni siquiera los incluidos en un paquete de servicios obligatorios pre-establecidos.

Otro de los conflictos que emergen en la prensa en relación con la competencia/privatización del sector salud es la confrontación entre el gremio médico y el aseguramiento por la subordinación del ejercicio médico a las reglas de rentabilidad de las EPS, poniendo en jaque tanto la autonomía como el status médico, dos características esenciales de la representación social de la medicina como profesión. Con base en la diversa información que reporta El Tiempo al respecto, se deduce que la labor médica en el marco del aseguramiento en salud en el país se transformó y originó una “pérdida de privilegios” al poner en juego los siguientes aspectos: 1. La relación médico-paciente; 2. La práctica autónoma y privada, y 3. Los ingresos económicos (imagen 80).

Imagen 80



Según algunas entrevistas y sondeos del diario a representantes de organizaciones médicas, con la intermediación de las EPS, cambió la manera como se relacionan pacientes y médicos porque ésta establece un condicionamiento administrativo de tiempos y recursos que la limita y la pone en tensión, mientras que antes se presumía afectuosa y cercana. Esta tensión, estaría relacionada con la figura de la tutela y la falsa idea que se difunde sobre el *empoderamiento del usuario* en los sistemas de aseguramiento, de modo que sus exigencias no satisfechas se trasladan al terreno de lo jurídico, de allí que después de la Ley 100 las demandas penales a médicos aumentaran significativamente.

La transformación más profunda percibida por los médicos se da en su práctica, no desde el punto de vista técnico propiamente dicho, sino desde el sometimiento a una serie de condiciones establecidas por las empresas aseguradoras (EPS y de medicina prepagada) para la atención, formulación de medicamentos, remisiones, solicitudes de exámenes diagnósticos, entre otros, que limitan la toma de decisiones por parte del médico. Estas condiciones son realmente restricciones en la cantidad, disponibilidad y posibilidad de tratamientos y conductas por exigencia de las aseguradoras, las cuales imponen a los médicos un porcentaje máximo de formulación y exámenes por día laborado; no cumplirlo, impactaría negativamente los indicadores de gestión de los médicos, una nueva forma de medición externa de la práctica médica en Colombia, que responde a criterios de

rentabilidad para la aseguradora y que define la continuidad o no del contrato de los médicos con la empresa (Imagen 81).

Imagen 81

REVELADOR SONDEO
Médicos recetan solo lo que EPS les dejan

Cuatro de cada diez médicos que trabajan con hospitales y EPS admiten que no pueden recetar lo que deberían porque estas entidades les imponen restricciones sobre drogas, exámenes de laboratorio, pruebas diagnósticas y remisiones a especialistas.

Un estudio de la Defensoría del Pueblo con más de 1.500 de ellos, en 310 municipios del país, lo confirmó así.

"Donde trabajo nos calculan todo en porcentajes -dice un médico-. El tope de formulación es del 65 por ciento, es decir, de 20 consultas, podemos recetar más o menos a 12 o 13 pacientes."

HASTA UN EXAMEN RUTINARIO DE AZÚCAR EN LA SANGRE TIENE RESTRICCIONES
Médicos solo recetan si no han llenado cupo que imponen EPS

Por primera vez, una encuesta de la Defensoría del Pueblo entre 1.544 deja en evidencia que los pacientes pueden quedarse sin lo que realmente necesitan. Galenos denuncian que los intiman para que no pasen topes de fórmulas y exámenes.

SONIA PERILLA SANTAMARÍA
CARLOS F. FERNÁNDEZ
BOGOTÁ

Así están ellos hoy
Bajaron a estratos 3 y 4

Encuesta de 2022 muestra que la mayoría de los médicos (55,7 por ciento) perteneció a los estratos 4 y 5. Hoy, y en una misma proporción, son de los estratos 3 y 4.

'Nos calculan todo en porcentajes'

"En todas las EPS nos imponen indicadores de gestión para ver si controlamos la formulación de exámenes y medicamentos, y las remisiones a especialistas. Nos calculan todo en porcentajes. El tope de formulación es del 65 por ciento."

"Dependiendo del sitio de trabajo, tenemos que llevar reportes de consulta diaria con cantidades de formulación, remisiones e imágenes diagnósticas."

"Tengo atender a una persona cada 20 minutos, pero también veo a los pacientes extra que llegan pidiendo citas prioritarias, que nosotros llamamos 'sobrecupo'. Tenemos que atenderlos porque de lo que se trata es de

'Quince minutos, suficientes'

Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) están comprometidas a mejorar la calidad de sus servicios permanentemente y quejas como la larga espera en urgencias, "se deben a que el sistema de seguridad social le han faltado campañas de formación al usuario sobre cómo utilizar bien los servicios", dijo Augusto Galán, presidente de la Asociación Colombiana de Medicina Integral (Acemi) que adhiere a las EPS.

Galán se mostró sorprendido con la demora de 10 minutos en urgencias. "Habría que evaluar cuántos de esos casos eran verdaderas urgencias, porque sucede que las personas van a estos servicios con guayabo y buscan únicamente que los atiendan rápido".

Sobre las consultas de los médicos en 15 minutos manifestó que es tiempo que puede ser suficiente y se ajusta a los estándares internacionales. Destaca que la encuesta de la Defensoría mostrara un mejoramiento de 7 puntos en los servicios de las aseguradoras, pero cuestionó su metodología pues "la percepción es un indicador muy subjetivo".

Estuvo de acuerdo que hay deficiencias en el suministro de medicamentos y esto "es un campanazo de alerta que debemos mejorar". Por eso, la Defensoría del Pueblo instó al Gobierno Nacional para que "assuma su responsabilidad" y controle más a las EPS y ARS.

SERVICIO La medicina prepagada reduciría el tiempo de atención a cada paciente

Llegan los médicos con taxímetro

Por ahora, el número de pacientes podría disminuir la calidad de la atención. Las EMP dicen que el sistema es bueno porque los médicos hacen fila para estar en los directorios.

ALFREDO ESCOBAR AVILA

cen visita con sus pacientes", perdiendo por lo menos la mitad de la consulta, agrega González.

Para sustentar esto, afirma que la mejor muestra de la bondad del sistema son las filas que hacen los médicos para adscribirse a las EPS (Empresas Promotoras de Salud) y EMP. Solo en Bogotá, Colciencias tiene 1.500 hojas de vida de profesionales.

sin embargo, algunos médicos señalan que el sistema no es rentable, sino que hay dos motivos que los lleva a aceptarlo. En primer lugar, la Ley 100 obliga a que todas las personas se vinculen con una EPS, por lo que los pacientes parti-

La norma de los quince minutos, que motivó a El Tiempo a considerar que habían llegado "los médicos con taxímetro", es uno de los ejemplos más sencillos y difundidos sobre las restricciones hacia el ejercicio médico que desató confrontaciones entre los gremios y las aseguradoras. La práctica médica también se consideró afectada por la baja posibilidad de ejercer en el tradicional consultorio privado, pues la intermediación, los mecanismos de habilitación de servicios, la cobertura y acceso que suponía la afiliación al sistema reducía la demanda por la consulta privada *individual* de los médicos y por lo tanto los ingresos. Este supuesto, en los primeros años de existencia de la ley 100, fue uno de los elementos que facilitó el sometimiento de los médicos a las formas de contratación que las aseguradoras instauraron, así como la integración vertical y la crisis hospitalaria pues el panorama para la labor médica fuera del sistema parecía reducido.

Lo anterior contrasta profundamente con la situación laboral de los médicos en el ISS durante los años 80, ya que a pesar de tener un contrato laboral como empleados de tiempo completo, la práctica privada individual se desarrollaba de forma casi paralela y simultánea, circunstancia que sirvió de crítica y justificante de las EPS para imponer sus indicadores de gestión, vigilancia y control a los médicos. Por su parte, las aseguradoras no negaban la existencia de restricciones pero se amparaban en la propia lógica del

modelo de salud para argumentar su existencia, ya que el mismo sistema restringía las posibilidades de atención a un paquete pre-establecido (el POS), a la vez servía como forma de transferir los reclamos del gremio médico al gobierno y así desviar la atención y responsabilidad sobre la negación de servicios y la relación directa con la rentabilidad de estas empresas; problemática que fue creciendo hasta demostrarse cómo este modus operandi de las aseguradoras les permitió generar y apropiarse inmensos capitales derivados de la seguridad social.

Imagen 82

Edición del 7 de octubre de 2001



No todo el gremio se vio afectado por igual, algunos médicos especialistas terminaron asociándose para conformar IPS a partir de la reunión de sus consultorios privados, teniendo ahora que negociar con las EPS por las tarifas y batallar por pagos oportunos; otros se vincularon directamente al sector del aseguramiento y, metafóricamente, estaban del otro lado de la confrontación. Pese a esto, en general distintos sectores reconocieron que los ingresos económicos para los médicos se habían disminuido considerablemente con el cambio de modelo de salud, tema central en las diferentes notas periodísticas debido a su estrecha relación con el status (Imagen 82,83); siguiendo a Bourdieu, el capital económico es el dispositivo primario para la consecución de otros capitales y por ende,

distinción (Bourdieu, 1983; Martínez, 1998), así, la reducción en los ingresos económicos de los médicos significaba una pérdida de poder²⁷.

Imagen 83

1-26 INFORMACION GENERAL

EL REPORTAJE DE YAMID

'Hoy gana más un peluquero que un médico': Barreras

Dice que a las EPS no les interesa la calidad sino la rentabilidad. Anuncia proyecto para eliminar la integración vertical.

YAMID AMAT

ESPECIAL PARA EL TIEMPO



La Procuraduría General acaba de poner el dedo en la llaga, al denunciar el trato indigno que reciben los usuarios de las EPS (Entidades Promotoras de Salud).

El parlamentario vallecaucano Roy Barreras, médico cirujano, ha sido promotor de grandes debates sobre salud en el Congreso. Fue coautor de la ley 1122 del 2006, que reformó la ley 100 y en la que, por iniciativa de las EPS, se proponía mantener el sistema de integración vertical. Barreras y un grupo de 17 parlamentarios se opusieron a esa integración y lograron recortarla a un 30 por ciento.

¿Qué quiere decir el 30 por ciento de integración vertical de las EPS?

Ellas, por ley, pueden contratar consigo mismas hasta el 30 por ciento de los servicios médicos y hospitalarios. En la práctica es mucho más.

¿"Consigo mismas", es decir con sus propias clínicas?

Exacto. No solo se quedan con el negocio de la promoción, que ya es bueno, sino que se meten en el de la prestación de servicios. La EPS monta su propia IPS (Institución

del servicio debería estar en manos de los profesionales de la salud; sin embargo, ante la presión de las EPS para quedarse con las dos cosas, conciliamos con una integración vertical del 30 por ciento, contra el 50 que pedían las EPS.

¿El proyecto original no contenía algún blindaje para proteger usuarios?

Claro. Propusimos dos párrafos que evitaban 2 trampas: una, la triangulación que permitiría que dos o tres EPS se pusieran de acuerdo en un municipio mediano, para quedarse con el 90 por ciento del mercado, y otra, que pudieran contratar con IPS propias, pero disfrazadas, a las que les cambiaban el nombre. ¿Qué paso? En la conciliación desaparecieron los 2 párrafos.

¿Pero cómo fue posible eso?

Por arte de magia. Estoy convencido de que las EPS, las hicieron desaparecer.

¿Y ustedes no protestaron, no pidieron explicaciones?

Reclamamos airadamente. Para que se sorprenda no solo desapareció el texto, también la hoja física de los archivos. Ante nuestra protesta, el Ministro de Protección se comprometió a corregir el error a través de la reglamentación. Hasta hoy, meses después, no lo ha hecho. La ley no ha sido



'CONSULTAS DE 10 MINUTOS'



El criterio de las EPS no es que el paciente mejore, sino que el médico gaste menos (...) y que se demore, óigase bien, hasta 10 minutos apenas por consulta".

¿Quién debería protegerlos?

Si y dicen que el plan de be-

una tajada mayor, siguen construyendo clínicas e invirtiendo en infraestructura? Lo que pasa es que la integración vertical les permite camuflar sus ganancias en personas jurídicas que figuran como IPS independientes, pero son de los mismos dueños.

¿A qué adjudica tantas quejas sobre la prestación del servicio de seguridad social?

El sistema es tan inhumano que los encargados de prestar el servicio de salud, no están cubiertos, ellos mismos, por

hace mucho rato...

Hace 12 años que no lo resuelve y eso es un error monumental. Pero, cuando se actualiza el plan de beneficios y se amplía el POS lo que sucederá es que se deberán incluir medicamentos y procedimientos nuevos y eso no resolverá el problema de las EPS. Lo que hay que notar es que la mala gestión de las tuteladas son por mala voluntad, culpa de las EPS, o medicamentos que están en el viejo POS y que las EPS no atienden.

¿Todas las EPS son malas?

Las EPS no son malas, es la posición dominante de las EPS la que es perversa el modelo de aseguramiento es bueno y el modelo sólido mejor aún; ese era el espíritu de la ley 100. Pero las EPS no son que ser eso, entidades promotoras de la salud y no promotoras del servicio.

¿Cómo se remedia eso?

Eliminando la integración vertical. Vamos a presentar un proyecto de ley nuevo y lo elimine. Y en esta legislación haremos el gran debate sobre la salud y las EPS.

¿Por qué hay tantos parlamentarios metidos en salud?

Es muestra de cómo la salud dejó de ser responsabilidad del Estado, y se volvió negocio. Es el fondo del asunto la salud, como la educación la seguridad, no puede permitir el juego de mercantilización.

¿No queda alternativa distinta a sentarse a llorar?

No hay que comer cue hay reformar el sistema,

Edición del 25 de Marzo de 2007

La percepción sobre la transformación del ejercicio médico que emerge en la prensa analizada, ocurre en el marco de una fuerte desregulación/flexibilización laboral que termina afectando a una de las profesiones de mayor prestigio científico y social; para Alonso (2005; 2009), estas lógicas de flexibilización son consecuencia necesaria de los procesos de transformación del Fordismo hacia un modelo de regulación que solo busca

²⁷ De acuerdo con Martínez: "PB habla de capital para referirse a todo aquello que pueda entrar en las "apuestas" de los actores sociales, que es un "instrumento de apropiación de las oportunidades teóricamente ofrecidas a todos" (PB, 1980: 109), o toda "energía social" susceptible de producir efectos en la competencia social (PB, 1980; ANSART, 1990), una forma de poder, siempre usada para realizar los intereses de unos actores concretos, en tanto que capacidad para ejercer control (CALHOUN, 1993), o como "relación social que define la apropiación desigual de recursos" (MARTÍN, 1993). Son muchas las veces en que PB habla de "capital o poder", y quizás ésta sea la definición que mejor funciona en los diversos contextos de su obra" (Martínez, 1998)

realzar la tasa de ganancia privada por encima de cualquier garantía y seguridad social previamente establecida, así:

“Un fuerte proceso de remercantilización, privatización y desregulación ha acabado creando un marco institucional, ideológico y convencional de gestión de la fuerza de trabajo, dominado por la idea de máxima movilidad y adaptación (flexibilidad) a las necesidades mercantiles (empezando por el mercado de trabajo) de máxima rentabilidad a corto plazo de capitales que se mueven en un marco mundial (global)” (Alonso, 2005)

2.2.5 *Mercados emergentes*

Con el desarrollo de un modelo de salud basado en la competencia, emergen una serie de mercados para explotar espacios que el modelo crea, a la vez que permite que otros se expandan. A partir de la aprobación de la Ley 100, la oferta de cursos sobre mercadeo para IPS o sobre cómo crearlas y gerenciarlas empiezan a ser parte del repertorio publicitario de la prensa, junto con la formación en emprendimiento y en posicionamiento estratégico dirigido a EPS e IPS, así como la formación en auditoría médica (Imagen 84); toda una gama de posibilidades para la generación de habilidades necesarias para el ambiente de competencia que el modelo exige.

Con el despegue de la informática y el internet, se ofertaron cursos sobre desarrollo de plataformas web para la promoción de los servicios de salud, software para facilitar la gerencia de las instituciones, entre otras herramientas informáticas, que no fueron exclusivas del sector salud, porque responden a esa “aceleración de la innovación tecnológica” (Alonso, 2007) sobre la cual se asienta el modo de regulación postfordista.

De manera paralela, se identifica una explosión en la propaganda relacionada con la oferta de programas de medicina, tanto en pregrado como en posgrado; para éstos último se encuentran ofertas explícitas sobre créditos para financiar estos estudios, los cuales son reconocidos por sus elevados costos. Esta situación fue relacionada por el diario con la “crisis” de la práctica médica que se trató con anterioridad, pues se consideró que el aumento en el número de graduados de medicina (asociado a mercado de las facultades de medicina) implicaba que muchos médicos recién egresados aceptaran las condiciones de contratación de las aseguradoras al ver reducido las posibilidades de empleo.

Otro mercado bastante favorecido con la expansión de lo privado fue el sector de la construcción/inmobiliario, ya que las obras de clínicas privadas durante los 90 fue frecuente y se promocionaron como garantía de calidad y confort.

Imagen 84



En conjunto la privatización, la satanización de lo público, la flexibilización laboral y la emergencia y expansión del mercado bajo la funcionalidad del Estado, corresponden a un conjunto de estrategias que se desarrollaron e implementaron en el sector salud y cuya finalidad es la búsqueda de la rentabilidad²⁸, la cual es la piedra angular de la acumulación capitalista, como lo explica Arrizabalo, “Sin rentabilidad... no hay posibilidad alguna para la acumulación” (Arrizabalo, 2016). Los hilos visibles que impusieron este tipo de estrategias en el sector salud se encuentran en las instituciones que *tutelan* la estabilidad monetaria a nivel global a través de ajustes a las políticas económicas de Estados, como ocurrió con el Estado colombiano.

²⁸ Para autores como Dussel, más que la rentabilidad, lo que explica y condiciona la acumulación es el aumento en la tasa de ganancia.

Imagen 85

Colombia está bien amparada en salud

En el Primer Congreso Internacional de Enfermedades de Alto Costo que terminó el pasado viernes en Bogotá quedó claro que aunque el drama de quienes padecen patologías graves frente a los elevados precios para su atención es evidente, en Colombia el sistema de seguridad social es mejor de lo que se cree en este campo.

Tal como quedó consignado en el marco general del evento, las conferencias y las experiencias de Colombia frente a países como Chile o el mismo Estados Unidos, en el caso de atención de enfermedades de alto costo, demuestran que en casos como cáncer, enfermedades renales, sida o patologías cardiovasculares, tenemos buenos cubrimientos.

De acuerdo con la percepción del abogado Germán Humberto Rincón Prefetti, quien durante varios años ha litigado y ganado varias tutelas, el sistema de salud en Colombia es uno de los mejores del mundo.

claro de este evento es que hay que avanzar en la investigación y tratamiento de este tipo de enfermedades para que los costos cada día sean menores.

Los conferencistas recalcaron en la necesidad de intensificar las labores de promoción y prevención de enfermedades, haciendo uso del 10 por ciento del presupuesto que las EPS que se deben destinar a esta tarea.

Así, en el caso de las citologías y prevención de cáncer de útero, los especialistas ratificaron la necesidad de hacer una intensiva labor de prevención y campañas que lleven a las mujeres afiliadas al régimen de seguridad social a cumplir anualmente con esta medida preventiva.

También se discutió en el evento sobre la necesidad de que los usuarios y afiliados al

Los conferencistas consideraron que así como el mercado de seguros y el negocio de las EPS se sigue consolidando, también expresaron su preocupación pues este fue un negocio que no se valoró en su exacta dimensión.

Y así lo ratificó el doctor Julio de la Torre, gerente del sector salud de Delima Marsh. En este sentido, se habló de la necesidad de establecer los valores reales de las primas y los pagos del afiliado en el régimen subsidiado, pues en muchos casos se ha subestimado este valor, sobre todo al tener que asumir enfermedades de alto costo como el cáncer o la insuficiencia renal.

También se habló de la necesidad de buscar alternativas en los casos de pacientes que ingresan a las unidades de cuidados intensivos, uno de los servicios de salud más costosos.

Los conferencistas consideraron que así como el mercado de seguros y el negocio de las EPS se sigue consolidando, también expresaron su preocupación pues este fue un negocio que no se valoró en su exacta dimensión.

Edición del 9 de julio de 2000

2.3 Posicionamiento de la crisis, los ajustes y el ideario desarrollista

Los procesos de reprivatización y expansión de los mercados en salud en el país no se dieron de manera desarticulada de las dinámicas económico-políticas globales, por el contrario las tesis y explicaciones de diversos autores sobre el peso y determinación de las presiones de organismos internacionales de financiamiento sobre las decisiones de política social como forma de incorporar nuevos sectores, transformados en mercados, al régimen de acumulación (Hernández y cols, 2012; Giraldo, 2013; Vega, 2010; Arrizabalo, 2016) son notorias en la prensa en diversos momentos del periodo de estudio: entre 1984 y 1985, en 1992, en el 2000 y en el 2008. La categoría que se extiende en los discursos publicitarios como justificante de la sumisión a las directrices de estos organismos, es la *crisis*; en términos discursivos y simbólicos, este mecanismo articula la socialización del discurso médico y la satanización de lo público alrededor de los procesos de acumulación de capital en el sector salud, es decir, la recurrente alusión a la crisis desde lo mediático posibilita su inserción en la opinión pública y genera “reacciones psicológicas en la gente que «facilitarían el proceso de ajuste»” (Klein, 2008) (Imagen 86).

Imagen 86



Portada de septiembre 14 de 1986

La trascendencia de la crisis para este momento del capitalismo ha sido descrita desde diversas reflexiones teóricas, entre ellas la reconocida doctrina del shock de Naomi Klein, quien explica su función en la implementación de políticas neoliberales, para esta autora:

“En los años ochenta, en Latinoamérica y África, las crisis a causa de las deudas forzaban a los países a «privatizarse o morir», como dijo un ex funcionario del FMI. Devorados por la hiperinflación, y demasiado endeudados como para negarse a las exigencias que venían de la mano de los préstamos extranjeros, los gobiernos aceptaban los «tratamientos de choque» creyendo en la promesa de que les salvarían de mayores desastres” (Klein, 2008).

No obstante la generalización de Klein, tales exigencias entraron en tensión con las realidades y dinámicas propias de cada país construyendo trayectorias diferenciadas en los modos y tiempos de su implementación (Hernández y cols, 2012); lo común y determinante es que el conjunto de exigencias o, como lo denominan Hernández y cols, la “agenda de reformas” condensa una lógica neoliberal que se impone en los países a través de diversas estrategias de poder para re-estructurar los Estados y posibilitar la expansión del mercado y por ende, la entrada de capitales privados al sector salud (Hernández y cols, 2012).

Por otro lado, aunque el tratamiento de choque se considera excepcional y por lo tanto es utilizado en momentos muy precisos, para el caso de Colombia parece haberse convertido en una “«excepcionalidad permanente» o dicho con más precisión, la constante apelación a circunstancias excepcionales... para imponer siempre la misma política, de forma permanente” (Arrizabalo, 2016) ya que en la prensa se identifican diversos momentos que hacen alusión tanto a la crisis como a los ajustes procedentes de ésta.

Otra de las categorías que en ocasiones aparece como justificante de la adopción de políticas de privatización es la del “ideario desarrollista”, aunque menos frecuente que la crisis, este ideario también hace parte del repertorio usado por el medio de comunicación para argumentar la toma de decisiones en favor del desarrollo económico aunque esto implique el detrimento de condiciones sociales nacionales o también porque así lo habían hecho los países desarrollados y por lo tanto, se configuraba como el modelo a seguir (Imagen 87).

Imagen 87



A propósito de la imagen anterior, de acuerdo con Arribas y cols (2013) la contribución de los Estados a la reprivatización y cooptación por parte del mercado de los diferentes sectores sociales no solo se dio por acciones de política, la “racionalización ideológica de los sacrificios” tuvo un rol relevante para la consolidación de formas de restablecimiento de la rentabilidad de capitales privados (Arribas y cols, 2013) al usarse como un dispositivo de poder y control social. Las sugerencias a las que se refiere la nota de prensa de la imagen 86, son los ajustes exigidos por parte del FMI entre 1984 y 1985 como reprogramación de los pagos luego que en 1982 se generará la llamada crisis de la deuda externa en varios países de Latinoamérica.

En 1985, la reprogramación de la deuda implicó cambiar el conjunto de la política económica para priorizar pagos al FMI, toda vez que esta política “es la palanca de la que disponen los gobiernos para tratar de incidir en el proceso de acumulación” (Arrizabalo,

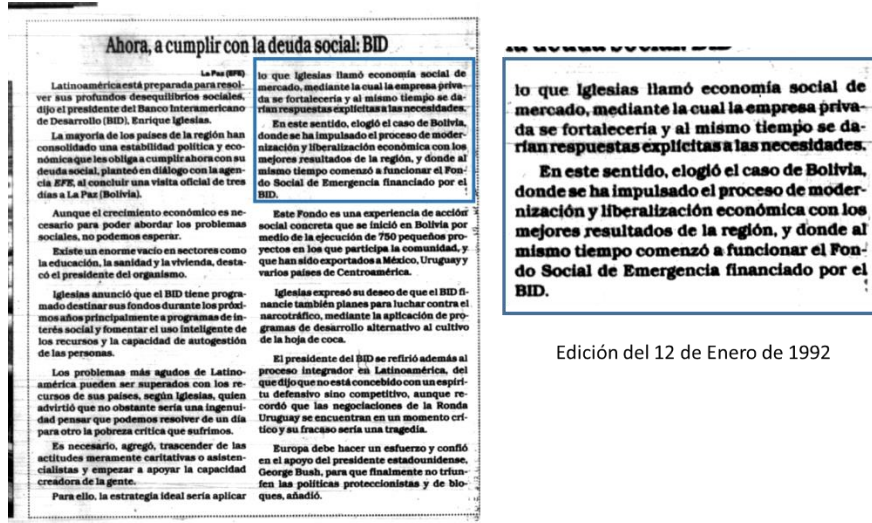
Entrando los 90, el Banco Mundial –BM- y el Banco Interamericano de Desarrollo –BID- fueron los organismos de financiamiento internacional que aparecieron en la esfera mediática, dos organizaciones hermanas del FMI; mientras este último imponía los ajustes, el BM y el BID (Imagen 89) entre otras ONG dependiente de Naciones Unidas se centraban en el financiamiento de programas para implementarlos, aspecto que aumenta aún más las deudas de los países y que terminan engordando el mismo Capital. Aparecen para dar paso a la apertura económica en el país y en los momentos previos a la reforma de la Ley 100.

Imagen 89



Un año después que el BID desembolsara el préstamo le solicitó a Colombia impulsar la “economía social de mercado”, lo que corresponde a una forma explícita de liberalización de la economía (Imagen 90).

Imagen 90

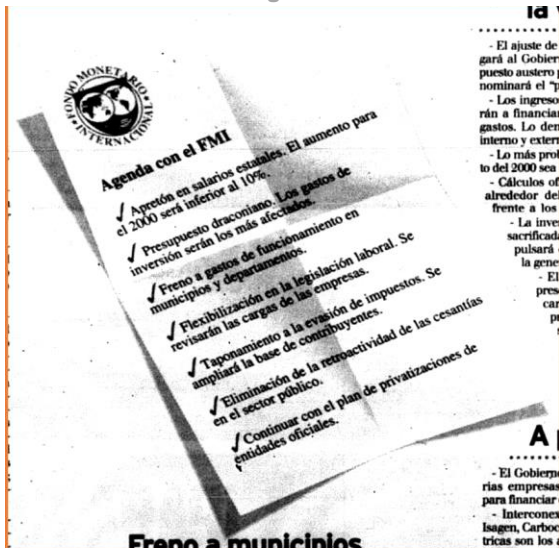


Edición del 12 de Enero de 1992

Para que la apertura económica fuera una realidad en el país, se necesitó transformar y “modernizar” distintos sectores e instituciones y por lo tanto se generó una expansión del gasto público financiado con deuda externa (Serna y Heredia, 2012) lo que significó al mismo tiempo cambiar los lineamientos en la política de endeudamiento (Rubio y cols, 2003); de acuerdo con Echeverry, citado por Serna y Heredia, esta deuda fue “otorgada gracias a la situación de alta liquidez de los mercados internacionales y al marcado flujo de capitales hacia los países emergentes” (Serna & Heredia, 2012) es decir, el reflejo de la entrada de capitales privados por la expansión de mercados.

Las notas sobre las exigencias y presiones del FMI para ajustar la política económica nacional vuelven a mostrarse en la prensa finalizando los 90’s y se presentan como uno de los ajustes de mayor peso y “dolor” para la economía colombiana (Imagen 90-92); esto refleja el hecho que, entre 1993 y 1998, la deuda externa creció en promedio por año un 13,5% para un total en el quinquenio del 94% respecto del saldo de 1992 (Rubio y Cols, 2003), las razones de este aumento se relacionan con el sostenido aumento del gasto público principalmente en los sectores de defensa y justicia (en términos operativos), seguridad social, el propio servicio de deuda, así como el elevado aumento salarial “del sector de defensa decretada por el Congreso en 1992... del judicial y de los altos cargos de las rama ejecutiva y legislativa” (Ocampo, 2001); hacia 1997 la inestabilidad y crisis económica obligó al gobierno a frenar el gasto público con las famosas “políticas de austeridad”, lo que impactó fuertemente las transferencias a los entes territoriales y por

Imagen 91



Edición del 18 de Julio de 1999

ende al régimen subsidiado. Al mismo tiempo que el gasto aumentaba, la economía nacional se ralentizaba significativamente lo que produjo un “deterioro persistente en sus cuentas fiscales” (Serna y Heredia, 2012), lo anterior junto con la devaluación del peso colombiano y la reducción en los precios del petróleo, desataron una *crisis económica* en 1998 haciendo insostenible el cumplimiento del pago ante el FMI.

Imagen 92



Edición del 18 de Julio de 1999



Edición del 19 de Diciembre de 1999



Ante el panorama descrito, el FMI estableció un nuevo ajuste para el país que debía cumplir en un plazo de tres años, lo paradójico es que para su implementación se requirieron prestamos por parte del BM y del BID ante la necesidad de acompañar y asesorar adecuadamente el acatamiento de la agenda. La deuda externa, es entonces un círculo vicioso en el que los países quedan totalmente atrapados: se imponen ajustes para pagar una deuda cuya implementación implican mayor endeudamiento y mayor condicionamiento político y económico.

Imagen 93

	1999	2000	2001
Déficit fiscal (*)	6,3	3,6	2,5
Crecimiento económico	-3,5	3,0	3,8
Inflación	10	10	8,0
Déficit en cuenta corriente	1,5	2,5	3,0

(*) ya contiene el déficit adicional por mayor gasto en el proceso de inversión para sectores vulnerables.
Fuente: Ministerio de Hacienda. GRÁFICO: Diseño Editorial / EL TIEMPO

ntendimiento y quienes el lunes darán a conocer
del acuerdo en una rueda de prensa que se rean-
en Bogotá.
aquí es donde comienza la tarea más difícil: el
bolso de recursos queda condicionado al cumpli-
riguroso del acuerdo que suscribió el Gobierno
s bases presenta hoy EL TIEMPO.

Edición del 19 de diciembre de 1999

Así con la llegada del nuevo milenio la escala de privatizaciones no se hizo esperar, como se mostró en apartados anteriores, pues el gobierno de turno cumplió juiciosamente las exigencias del Fondo; un gobierno de ultraderecha que además vulneró y silenció toda resistencia social que emergió ante este tipo de medidas. Tan exitoso fue el cumplimiento de la tarea por parte del gobierno Uribe que en 2008 presentaban los buenos resultados ante el FMI y reconocían la satisfacción que para los banqueros había significado implementar las medidas de modo tan eficiente (Imagen 94), manifestando, una vez más, el sometimiento de los gobiernos para el capital privado.

Imagen 94

LA ASAMBLEA DEL PRÓXIMO AÑO SERÁ EN MEDELLÍN
Colombia muestra sus buenas cifras en el BID
El ministro de Hacienda, Óscar Iván Zuluaga, explicó a qué obedecen los buenos resultados que ha tenido el país en materia de crecimiento.

Según el funcionario, hay varios factores para los elogios. En el campo económico, se destaca el balance entre crecimiento e inflación, segundo después del Perú. "Tuvi- mos el mayor aumento del PIB en 30 años", dijo Zuluaga. A esto agregó que "tanto las decisiones tomadas por la Junta del Banco de la Repú- blica como las hechas de manera autónoma por el Gobierno co- lombiano, así como la gestión del Presidente", agregó Zuluaga.

Por otra parte, la presencia colombiana es grande debido a que la próxima Asamblea del BID será en Medellín en el 2009, cuando la entidad celebrará sus cumpleaños número 50.

os por el...

Edición del 6 de Abril de 2008

La utopía del desarrollo desde la perspectiva capitalista sirvió para consolidar la dominación por expropiación de los capitales de mayor poder, o de los países desarrollados, sobre los países subdesarrollados; lo que Dussel denomina *teoría de la dependencia*, dónde la competencia entre capitales nacionales reproduce la fetichización de la competencia entre actores en el mercado, siendo implacable ante el más débil, por lo tanto, bajo la idea del desarrollismo se han sometido a las economías nacionales de los países subdesarrollados a una continua transferencia de plusvalor hacia las naciones con mayores capitales, a su vez, los países subdesarrollados para *estar en la ruta* hacia el desarrollo deben aumentar el capital financiero y aumentar la tecnología, endeudándose, además, sobreexplotar el trabajo, empobreciendo al conjunto de la nación (Dussel, 2014).

La privatización y exacerbada mercantilización del sector salud está en interdependencia con los procesos de acumulación del capital global y el caso de Colombia resulta paradigmático frente al modo en que opera esa dominación-expropiación que va cooptando cada vez más espacios para la acumulación. Esta dominación no solo es económica, como lo explica Bourdieu, pues los capitales sociales, simbólicos y culturales también reproducen esos *patrones* de dominación generando *violencias simbólicas* que pasan desapercibidas y resultan profundamente nocivas, en términos de cohesión social.

A MODO DE CIERRE

La necesidad de incorporación de nuevos espacios es fundamental para la acumulación en el sistema capitalista porque, como afirma Lefebvre, este se reproduce consumiendo espacios (Lefebvre, 1976 citado por Delgado, 2011), de modo que su continua búsqueda o transformación es un objetivo inherente del sistema. Lo anterior se hace factible a través de la mediación en la esfera del consumo, dónde los discursos y la dimensión simbólica ocupan un rol central. A partir del análisis del diario El Tiempo se muestra cómo el cuerpo humano y las instituciones (sociales, políticas y económicas) son espacios de la atención en salud que se explotan e incorporan en procesos de acumulación.

La socialización masiva del discurso médico hegemónico, la satanización de lo público vs. reivindicación de lo privado y la forma de mostrar las relaciones entre crisis, ajustes e ideario desarrollista, son los mecanismos discursivos que se instituyen desde el aparato publicitario hegemónico en torno al proceso de producción simbólica de los cuerpos y las instituciones como espacios funcionales para la búsqueda de beneficio mercantil y la reproducción del capital que circularon durante 30 años en un medio de la prensa en

Colombia. Estos mecanismos descritos y analizados son parte importante para la comprensión de la configuración del campo de consumo de atención en salud y permiten entender los marcos ideológicos que se establecen para regular las prácticas de consumo, dado que se este marco “institucionaliza un punto de vista de las cosas y delimita el espacio de la motivación” (Alonso, 2005)

La producción o construcción mediática de los cuerpos y las instituciones para el consumo representa un aspecto específico del fenómeno de consumo relacionado con la salud, pero a la vez, es interdependiente de un patrón global del modelo de acumulación capitalista que se reproduce en diferentes espacios *del mundo de la vida* y se da en un momento histórico de re-acomodo del capitalismo que transcurre entre el ocaso del Fordismo y la crisis de financiarización (Delgado, 2011).

El exacerbado aumento del consumo de servicios y bienes para la atención en salud es un problema que varios autores y desde distintos enfoques han descrito; categorías como medicamentación, medicalización, consumerismo y consumismo, principalmente, han servido para caracterizar y analizar la problemática. Sin embargo, y teniendo en cuenta las relaciones de interdependencia anteriormente mencionadas, la forma como se va configurando el consumo muestra que estas categorías pasan necesariamente por el orden del mercado y cobran sentido en el sistema capitalista. Esto permite centrar la discusión sobre las relaciones de significado que en este sistema se construyen y que, al ser subjetivadas (por diversos mecanismos entre ellos los publicitarios), permiten *el intercambio*. Estas relaciones se sitúan en el plano de valor de uso, ya que si hay valor de uso hay consumo; Dussel, explica que el valor de uso es la cosa real en cuanto satisfactor de una necesidad, si bien es cierto todas las cosas tienen propiedades reales, el considerarse útil es una relación determinada por el sujeto, pero además:

“El valor de uso no es una cualidad de la cosa, sino hay nadie que la utilice no se cumple esa condición; ser útil significa relacionar la cosa con el sujeto, lo que constituye a la cosa como útil es mi necesidad (intensión subjetiva).” (Dussel, 2014)

Si bien es cierto, el análisis de la prensa contribuye a la comprensión sobre la construcción de valores de uso *útiles* al mercado de la atención en salud, se reconocen limitaciones de este tipo de fuentes para lograr una explicación en profundidad. Entre ellas, la clara direccionalidad del medio hacia una clase social en específico; los discursos que invisibiliza; el corto periodo de estudio para comprender una configuración de largo plazo,

y la necesaria exploración de las prácticas concretas; en cuanto a este último aspecto, el siguiente capítulo desarrolla los hallazgos al respecto.

3. MARCADORES SIMBÓLICOS, APROPIACIÓN SOCIAL Y PRÁCTICAS CONCRETAS DEL CONSUMO SANITARIO EN BOGOTÁ.

Los usos, formas y estrategias de consumo (prácticas) expresan la síntesis de un conjunto de múltiples relaciones, como por ejemplo: la construcción de necesidades, los discursos y el aparato publicitario, la conciencia de los grupos sociales, las instituciones, las resistencias, etc., que se enmarcan dentro de un modo de regulación “que produce socialmente las condiciones para la producción de mercancías y la acumulación de capital” (Alonso, 2005); por lo tanto, la comprensión del proceso de configuración de un campo de consumo de la atención en salud requiere analizar los sentidos y valores que los grupos sociales dan a las prácticas de consumo y los aparatos ideológicos, económicos y políticos que las estructuran (Alonso, 2005).

Como *hecho social total*, el consumo es un fenómeno social históricamente situado, conflictivo y multidimensional que da cuenta de los procesos de subjetivación o incorporación (también conflictiva) de aquellas estructuras o esquemas que parecen estar fuera de sí y que son aprehendidas y reproducidas o reconstruidas, según los marcos de referencia de las personas producto de su aprendizaje social (Elias, 1994). Siguiendo a Marx, citado por Dussel, mientras que en la producción el trabajo es la objetivación de la subjetividad, el consumo “es la subjetivación de la objetividad” (Dussel, 2014), así comprender el consumo es comprender la subjetivación en el sistema capitalista.

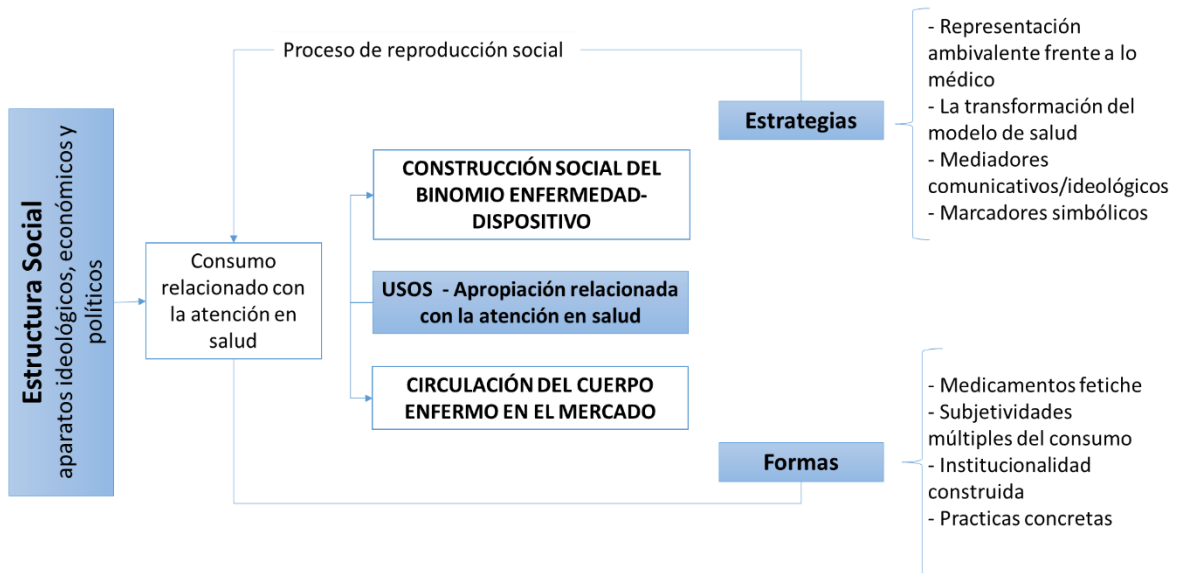
En este capítulo se desarrolla una aproximación comprensiva sobre el consumo relacionado con la atención en salud y, por lo tanto sobre los procesos de subjetivación, desde los discursos de diversos actores para reconstruir la configuración de dicho proceso durante las últimas décadas cuando la mercantilización en salud se ha radicalizado.

A partir del análisis sociohermenéutico de los discursos de los participantes, tanto de los grupos como de las entrevistas, se construyen 6 temáticas relacionales que permiten explicar las propiedades más generales y esenciales del fenómeno de las prácticas de consumo relacionado con la atención en salud de diversos actores que viven en la ciudad de Bogotá y que muestran los usos, estrategias y formas que emergen a partir de los datos (Diagrama 5). En términos generales, estas prácticas son acciones sociales mediadas por

lo simbólico, es decir por las representaciones sobre la realidad de la atención en salud que las personas fabrican y vivencian en el continuum del intercambio social. Tales representaciones han sido identificadas como *marcadores simbólicos*, metáfora traída del campo de lo biológico para dar cuenta de esos *signos* que permiten identificar la configuración de un campo de consumo que reproduce el modelo neoliberal; en este caso, signos discursivos sobre el proceso de configuración de subjetividades y estructuras en el campo de consumo de la atención en salud.

El Consumo relacionado con la atención en salud, en términos de apropiaciones simbólicas y materiales, se relacionan con dos temáticas centrales: *la construcción social del binomio enfermedad-dispositivo* y *circulación del cuerpo enfermo en el mercado*, a partir de estas, se ordenan una serie de prácticas, sentidos y significados sobre la atención, las necesidades, los actores e *instituciones* presentes en este campo de consumo, en el cual encontramos un conjunto mixturado y diversificado de consumidores o *múltiples subjetividades del consumo*, de formas de consumo, de prácticas, de representaciones y de generación de valor monetario y simbólico, dónde *los mediadores comunicativos/ideológicos* son transversales y funcionan como *cemento o pegamento* entre las temáticas emergentes (Diagrama 6).

Diagrama 5. Prácticas de consumo relacionado con la atención en salud. Caso Bogotá



En términos generales, se identificaron marcadores que denotan la configuración de un proceso conflictivo con estrategias y formas superpuestas, segmentadas, contradictorias, e incluso creativas en torno a atención en salud y a la manera cómo se “satisfacen las necesidades” relacionadas con la salud (consumo). Para los participantes, el sentido y significado sobre una necesidad de atención en salud está obligatoriamente articulado a dispositivos médicos; a partir de esta premisa, construyen relaciones de permanente tensión con el sistema de salud, con el profesional médico y con las instituciones formales, pero no así con el discurso médico-científico y tecnológico que circula y se incorpora. Sobre este discurso, los diferentes actores fundamentan sus comprensiones y demandas, pues les representa una verdad y un fin. La síntesis de estos marcadores refiere la subjetivación de estructuras socio-simbólicas que subyacen en los procesos de mercantilización de la salud (Diagrama 6).

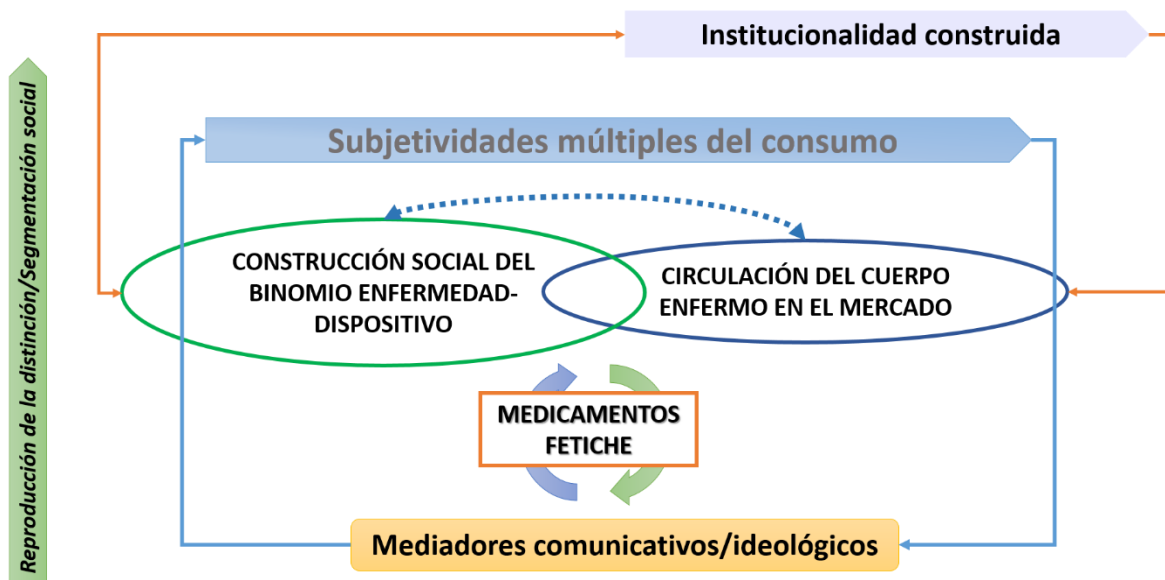


Diagrama 6. Sistema de discursos. Marcadores Simbólicos, apropiación social y prácticas concretas

3.1 Construcción social del binomio enfermedad-ente biomédico

“La salud depende de la persona, por ejemplo, mi mamá, ella toca cada tres meses en lo de las enfermedades crónicas, entonces, la ve el médico general y le da Verapamilo, Losartan y Acetaminofén; y ahora estoy con ella en el otorrino, por fortuna le mandaron resonancia para el cerebro, el potencial y la audiometría y pues con eso gracias a Dios: sana” Mujer 56 años, GF8-CS4

Una de las temáticas abstraídas a partir de los discursos que emerge como un potente marcador simbólico de las prácticas de consumo es la noción de salud dentro de una relación lineal y univoca entre enfermedad y entes²⁹ biomédicos; así, las personas interpretan la posibilidad de lo sano como una equivalencia a esa unidad que representa la enfermedad más uno o varios dispositivos: Salud = enfermedad + entes; dónde no puede uno existir sin el otro, y a partir de esto, las personas asimilan, justifican y dan razón a las practicas relacionadas con el consumo sanitario. Relacionar la salud directamente a un dispositivo médico/ente biomédico es un marcador que denota la centralidad del sentido y valor que se ha construido alrededor de los objetos/actividades médicas y su uso social en la atención en salud.

La constitución del binomio³⁰ enfermedad-ente se explica por dos dimensiones: 1. *representaciones e imaginarios sobre la salud-atención* y 2. *comprensiones sobre el Sistema de Salud*. A su vez, estas dimensiones sintetizan una serie de códigos construidos a partir de los textos (Tabla 6); en conjunto, permiten profundizar en la relación material y simbólica del campo de consumo sanitario.

Tabla 6. Categorías, dimensiones y códigos

CATEGORÍA	DIMENSIONES	CÓDIGOS
CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL BINOMIO ENFERMEDAD-ENTE BIOMÉDICO	Comprensiones sobre el Sistema de Salud	La percepción del proceso en la transformación del modelo
		Contradicciones en la atención y prácticas derivadas
		Contexto - escenario colombiano y refuerzos del mercado

²⁹ Con la palabra entes se pretende nombrar un conjunto de objetos y actividades (artefactos, mecanismos, preparados farmacéuticos, entre otros elementos) usados en la atención en salud y que tienen una ontología casi que propia. Son objetivaciones, externas a las personas, con un poder vital en términos de símbolo y representaciones.

³⁰ Cómo suma o unidad de dos elementos.

		El mal funcionamiento del sistema y las culpas asociadas
	Representaciones, imaginarios sobre la salud-atención	"Antes no se iba al médico"
		Cambios en las formas de cuidar
		Pervivencia de cuidado tradicional, Sincretismo entre medicinas y formas de cuidado
		Salud en relación con dispositivos
		Calidad entendida como cantidad de especialidades médicas a las que se accede
		Mandato interno de acceso a bienes y servicios por cualquier vía
		Cantidad de especialidades médicas como sinónimo de mejoramiento de la atención
		Caro igual a calidad
		Confort vs. Atención
	Representaciones Ambivalentes sobre lo médico	Discurso Vs. Sujeto
		Transformaciones en las relaciones médico-paciente

3.1.1 Representaciones e imaginarios sobre la salud-atención

De manera genérica, los diferentes grupos comparten una representación sobre la salud profundamente medicalizada y que ha aparecido en las últimas décadas, valorada como positiva, necesaria y "lógica", pues desde sus interpretaciones, esto está en línea con el avance de la medicina y la disponibilidad de nuevas tecnologías:

"yo recuerdo que antes no tomaban nada; eso sí lo ha visto uno, de mi abuelita a mí, que uno ahora toma pastas para todo" GF9³¹

³¹ Las etiquetas que aparecen al finalizar las citas corresponden a las siguientes convenciones: GF: grupo de discusión seguido del número correspondiente; E: Entrevista, seguida del número respectivo, y CS: código sustantivo y el número de cita asignado por el software usado para el análisis de datos.

“yo recuerdo que lo único que se conseguía era como neosaldina para la cabeza, y como no se iba al médico. Ahora hay de todo porque hay nuevos métodos de medicamentos” GF7-CS87

“Uno sí lo ve: pasar de las agüitas al TAC, eso ha sido un avance” GF6-CS75

Los discursos expresan una naturalización del progreso de lo salud en relación con lo técnico y con el acceso a diversas posibilidades diagnósticas y especialidades médicas; el acceso es justamente considerado como la mayor transformación de la atención en salud desde las vivencias de los participantes. Al respecto, en el imaginario colectivo hay un punto de diferenciación histórico que indica un antes y un después, referido en términos temporales imprecisos pero conectado a la institucionalidad y que se ubica en la transición del modelo de salud, es decir entre 1990 y 1995.

“antes uno no podía acceder a toda esa cantidad de profesionales que accede uno ahora” GF5-CS21

“[Ahora la atención en salud] Es mejor. Por decir algo en mi caso, yo tengo especialistas para todo. Y no me han costado. A veces son demoradas pero tengo especialistas para todo, tengo fisiatra, tengo cardiólogo, salud visual, internista, medicina general” GF3-CSA5

Antes no se iba al médico debido a la escases de estos profesionales, de dinero para acceder o porque no era una necesidad sentida, pues lo común eran las prácticas de cuidado tradicional y doméstico, incluso para aquellos participantes en posiciones sociales con mayores capitales, quienes refirieron que el médico de familia podía llegar a casa y *tratar* en este espacio de lo doméstico. Estas formas de cuidado se trasladan a un espacio institucional mediado por los cambios en el sistema de salud, y a mayor capital de los grupos, mayor institucionalización del cuidado y la atención; lo anterior, supone un aspecto ligado a la distinción desde el sentido propuesto por Bourdieu de “la práctica hecha posición social” (Bourdieu, 1997); con el paso del tiempo esta distinción en la atención en salud se conecta al confort que posibilita la medicina prepagada; de modo que es posible

reconocer en la atención en salud sistemas de disposiciones³² que traducen formas de reproducción de la estructura social que se han incorporado. Por otro lado, los fragmentos discursivos citados, nos permite pensar el papel de los dispositivos en la atención en salud en ese *antes*, dónde no son reconocidos ni nombrados como fundamentales.

En contraste, la representación con mayor peso que emerge en los diferentes discursos y que desde el imaginario colectivo confluye con el cambio del sistema de salud, es la articulación directa de la salud con entes médico-farmacológicos; el valor social que se le da a este tipo de objetos determina la percepción sobre la calidad de la atención del profesional médico y sobre los procesos de *curación*; no es concebible para las personas que la atención en salud no se concluya con una fórmula médica, la cual significa la concreción real y tangible de la labor del médico y del objetivo del sistema de salud:

“desde el área de trabajo, yo si percibo que los usuarios cuando van a un servicio de salud y el producto tangible no es una orden del profesional, ya sea para un medicamento o una orden para un examen, muchos pacientes se quejan; sí no salieron con una orden no actuó de forma correcta el médico” GF10-CS98

“uno si llega a cuestionar muchas veces el tema de porqué no me mando un examen o porqué no mando un algo, lo que sea” GF9-CS756

“Porque si la persona sabe que necesita de ese medicamento y ningún otro para vivir y no lo consigue, eso está violando su plenitud el derecho a la salud y en buena parte el derecho a la vida, ese medico es un inepto” GF8-CSB43

“El paciente esta malacostumbrado, el sistema de salud lo malacostumbra: “Me siento mal atendido porque solo me dio acetaminofén. Yo evaluó la atención por la cantidad y tamaño de la bolsita de medicamentos”... entonces tiene que ver mucho con el paciente, el médico también receta porque le va a valorar como bueno.” E13-CS235

³² Para Bourdieu, los sistemas de disposiciones son “principios generadores y organizadores de prácticas y de representaciones que pueden estar objetivamente adaptadas a su fin sin suponer la búsqueda consciente de fines ni el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos” (Bourdieu, 1980).

“Hay una cuestión cultural muy fuerte en torno al medicamento por una cantidad de factores, desinformación, necesidades o expectativas insatisfechas y los gobiernos paternalistas, por la manera como se ha manejado la salud desde nuestros gobiernos” E13-CS246

“entonces a uno si le tocaría decirle al médico deme el remedio que de verdad le pido y me va alentar así yo lo tenga que comprar” GF1-CS65

A partir de la relación de valor simbólico que se establece entre salud y dispositivos se derivan una serie de imaginarios articulados a la tecnología y diversidad de especializaciones médicas que refuerzan y profundizan esta relación, aunque no necesariamente se presentan de modo ordenado y jerarquizado, es decir, las relaciones planteadas no son vectoriales. Por el contrario, en términos figurativos, son más bien un tipo de espiral creciente en el cual se van incorporando nuevos objetos y prácticas/actividades que circulan en el mercado y, obligatoriamente, ligadas a lo médico-tecnológico; aquí, el lenguaje especializado (no cotidiano) parece jugar un rol fundamental en el establecimiento de estos imaginarios:

“Si yo salgo con acetaminofén me voy triste, aunque el prescriptor haya considerado que es lo que necesita, pero si yo salgo con dolex marca registrada o con un medicamento que yo no conozca que haga lo mismo, no salí con ibuprofeno salí con eutoricoxib, que son los mismos analgésicos no esteroideos, hacen lo mismo, pero la persona no conocía ese otro nombre, entonces, ¡uy! que medico tan bueno porque me prescribe medicamentos raros.”E13-C237

“Participante: ...Tengo que acceder a ese especialista, que debe ser muy bueno, no me pude grabar el nombre.

Moderadora: ¿el nombre del médico?

Participante: no, de la especialidad, es que es como nueva, reciente, hay pocos y no me acuerdo es un nombre complicado y poco común {hacia referencia al alergólogo}” GF8-M65

Es importante recordar, como se estableció en el capítulo anterior, que existe un proceso pedagógico o de socialización constante dentro del cual estos términos especializados, que en un primer momento resultan ajenos y fuera de lo cotidiano, se ponen en circulación a través de diferentes mecanismos comunicacionales y son rápidamente apropiados y

naturalizados por las personas. Esto influye en la fabricación de expectativas sobre la atención en salud cada vez más anhelantes de tecno-ciencia y que no necesariamente “resuelven” sus necesidades, otro aspecto que hace parte de ese espiral creciente en la relación salud-dispositivos. Cuando estas expectativas no son colmadas, se buscan formas alternativas de tratamiento, como la bioenergética o el uso de *hierbas tradicionales*; aunque en general, estas formas no satisfacen en la misma medida que lo hacen dispositivos médico-farmacológicos.

“nosotros usamos la medicina natural, aquí tenemos la mejor plaza de ventas de hierbas y vamos y consultamos y ellas saben y les formulan. Ya si es un poquito más complicado...consultemos por internet y en línea con el medico” GF1-CS345

“muchas veces recurrimos a las aromáticas, a los remedios de la abuela y ya cuando ya es avanzado corremos para el médico”. GF6-CS89a

Es común encontrar en los discursos el sincretismo entre las prácticas y *tipos de medicinas*; para los estratos 1,2 y 3 se combinan los remedios caseros con la medicina del sistema de salud, mientras que en los estratos 4 predomina la mezcla con la medicina alternativa o “no convencional” (principalmente la medicina bioenergética). Sin embargo, en todos los casos, no hay una renuncia a la medicina convencional; por otro lado, algunos participantes refirieron la aceptación por parte de los profesionales médicos de las EPS de esta combinación, bajo la condición de no dejar el tratamiento convencional, lo que supone una tolerancia de este tipo de prácticas.

La potencia con la cual emerge en los discursos representaciones sobre lo científico-tecnológico y la posibilidad de acceso a una diversidad de especialidades/métodos diagnósticos, denota cómo referentes centrales de la lógica neoliberal (innovación y preferencias) atraviesan las estructuras mentales de las personas frente a la atención en salud, así como frente a la noción de derecho, y son marcos para la acción; tanto es así, que el acceder a éstas posibilidades se asume como una obligación en doble vía, es decir, es una obligación del sistema de salud *dar* y, a la vez, una obligación para las personas ir por tales dispositivos (objetos o prácticas/actividades) en los cuales se materializa la atención y por lo tanto es “*justo y necesario*” establecer acciones de tuteladas cada vez que no se obtienen. Retomando a Mello de Vianna:

“Na saúde, a tecnologia assume um papel simbólico importante. Ela é o conforto e a garantia de que o conhecimento humano foi utilizado no máximo do seu potencial atual na solução dos problemas individuais. O público demanda, exige, que a prática médica seja calcada na “melhor” tecnologia disponível”. (Vianna, 2002)

Para el autor, la actual representación de la tecnología se relaciona con el desarrollo del complejo médico industrial como forma de mantener tasas de retorno (Vianna, 2002). En línea con el planteamiento de Vianna, los actores establecen una asociación entre valor y precio derivada de la representación de lo tecnológico, en la cual el valor de uso justifica cualquier precio.

“..pero mi valor, no en precio, sino en valor que este producto le trae a este sistema; que esto es un tratamiento... no sé, un tratamiento para cáncer de seno y el uso de esta terapia va a ser que esta mujer no tenga más cáncer o que se resuelva o que se remita la patología, ¿sí?. Pero, ¿cuál es el valor real de mi producto?, no en precio, porque si uno quisiera darle el precio real del producto, cuando tú le sumas investigación, cuando tú le sumas toda la cantidad que hay detrás de esto, es un jurgo de dinero que alcanza a ser invaluable, pero eso muchas veces los sistemas no lo ven” E1- CS161

“El paciente sabe el valor y el precio de los medicamentos... pide los medicamentos para subsanar otras necesidades diferentes. Pide los medicamentos y va a la droguería y los cambia por champú, o a la tienda y los cambia por lo que sea” E13-CS242

Gutiérrez (2004), analizando el concepto de *habitus* de Bourdieu explica que, como sistemas simbólicos, las representaciones “tienen un poder de construcción de la realidad que tiende a establecer un orden gnoseológico” así, son instrumentos tanto de conocimiento como de comunicación y poder (Gutiérrez, 2004); esta propiedad de las representaciones posibilita comprender el lugar de la producción simbólica en el consumo. No obstante, es fundamental recordar que las prácticas de consumo no se dan una manera mecánica, sino en un marco de conflictos, confrontaciones y contradicciones históricas que

las complejizan y reconstruyen³³ ante lo cual, los actores realizan "... "jugadas" que se consideran razonables en la disputa por el sentido (el poder) de un campo" (Alonso, 2004). Al condensarse en los medicamentos el máximo valor de la atención en salud, en términos de representaciones, pueden convertirse en una mercancía de intercambio que re-circula, es decir, no solo son una mercancía para el consumo o que se agota en el consumo individual; de este modo se crean micro-mercados dentro del mercado de la atención en salud por parte de un actor a quien no se le es "permitido": el paciente, ya que desde la perspectiva de otros actores al hacerlo incurre en prácticas de corrupción. Se identificaron varias narraciones sobre la presencia de estos micro-mercados, dónde se intercambian medicamentos por otro tipo de mercancías (no necesariamente la mercancía dinero).

"El 30% de los afiliados tienen esas prácticas corruptas. Esos pacientes son una gran parte, le valen mucho al sistema, incurren en prácticas fraudulentas, hemos conocido casos de mercados negros"E3- CS247

"La gente no se los toma, no los consume, la adherencia en Bogotá de un plan especial, porque hemos hecho el estudio, no llega al 33% de todos los medicamentos que se dispensan, entonces es un consumo de "extracción al sistema" porque no se consume realmente."E3- CS236

"porque si finalmente el paciente tiene una patología que finalmente lo llevará a la muerte, en menos o más tiempo lo va a matar, y se sabe el costo de la enfermedad y se tiene una situación económica vulnerable, es fácil salir a vender eso para su familia o educación" E10-CS157

"eso es muy común [que las personas revendan sus medicamentos] y muy común por varias razones sobre todo en patologías de alto costo VIH, cáncer, terapia oral de hemofilia"E1-CS149

³³ Alonso, explicando el estructuralismo genético de los estilos de vida, afirma: "Es por ello que a Bourdieu se le ha asociado con una posición de "constructivismo dialéctico", en el sentido que toda práctica es producto de disposiciones previas, pero se construye en lo concreto y lo concreto, es a la vez multideterminado, conflictivo, contradictorio y transformador (vid. Bourdieu 1999: 135 y ss)."(Alonso, 2004:p4)

“y uno va a las droguerías de alrededor de los hospitales y están etiquetadas con ciertas EPS y dice prohibida su venta y ahí las están vendiendo... hasta les cambian las fechas de vencimiento” GF10-CS34

Vemos cómo el uso social de los medicamentos va más allá de sus propiedades farmacológicas; para Dussel, el ser útil es una relación que se establece desde lo subjetivo, no como una propiedad de las cosas, sino como una determinación del sujeto (Dussel, 2014); la propiedad de intercambio de los medicamentos como satisfactor de otras necesidades que no están en el plano de la salud, es una nueva relación que se establece socialmente, aunque es considerada por fuera de la norma del uso de los medicamentos y por lo tanto castigable. Llama la atención que, a pesar de reconocer acciones nada éticas por parte de la industria farmacéutica, estas no se tildan de corruptas, se entienden como prácticas esperadas y normales.

“Por ejemplo, el caso de las insulinas análogas... la industria inyecta la idea que las insulinas análogas son mejores, no hay formación en los profesionales de la salud, empiezan a formularla, los pacientes a exigirla, tutelas. Se incluye en el POS a un costo de 80 mil pesos, mientras que la otra insulina NPH que funciona bien, un vial de mil unidades que tiene un costo de 5 mil. Casi nos quiebra el sistema, entra la ley, baja el precio a 40 mil, pero no importa porque sigue siendo excesivamente cara e igual o peor que la de 5 mil, la de toda la vida. Y ahí es donde uno ve el rol de la industria, que venga lo invito a congresos y metiendo, metiendo, metiendo la insulina análoga... de esperarse” E13- CS238

“me viene a la cabeza ahora un medicamento, que fue un medicamento que salió hace unos 15 años que supuestamente a los pacientes, si estaban entrando en choque séptico, les iba a disminuir la mortalidad. Después de 10 años de uso hicimos un estudio muy juicioso; ¿qué se vio?, que los pacientes que lo recibían y los que no lo recibían el desenlace era el mismo. En conclusión ese medicamento no servía y el medicamento costada entre 20 y 25 millones de pesos por paciente y no servía y no se retiró, se dejó de usar y ya” E10- CS044

“El paciente está mal informado, lo están bombardeando con publicidad... hay un montón de enfermedades que no se sabe si son enfermedades.” E13- CS240

“Las multinacionales nos las venden más caras acá en Colombia y hacen todas las picardías del mundo y amenazan con irse y toda clase de porquerías porque tienen el amigo político y no pasa nada” E3- CS171

“Ese medicamento que sale y que se vende al médico como la última panacea: y esto es un modelo mejor, una maravilla, lo de antes no sirve y mire la gráfica aquí... manipulan información y te ponen unos rangos y cargas que te hacen ver que la diferencia es importantísima y, al final, ni sirve” E10- CS449

“Desde siempre han existido los visitantes médicos y está bien, está bien que las empresas muestren de ese modo sus portafolios”. E12- CS176

Por otro lado, un elemento articulado a las representaciones sobre la atención en salud es el peso (reiteración) en los discursos de la idea de individuo y que son individuos quienes se relacionan en el sistema de salud, de allí que la responsabilidad que se atribuye frente a cualquier acción sea del médico, del paciente, de la persona de atención al usuario, del juez, etc., incluso las instituciones, como por ejemplo la EPS, son representadas desde el discurso bajo la forma individuo. Estas ideas que se hacen explícitas en diferentes momentos, se refuerzan con una imagen-símbolo de la posibilidad de *libre* elección entre una supuesta gama de bienes que el sistema oferta, siendo esta otra manifestación de la incorporación de estructuras discursivas del modelo hegemónico económico y político contemporáneo. Lo anterior como conjunto, es el reflejo de las transformaciones sociales que se desataron con fuerza en la década de los 80's, cuando se traslada de manera directa las responsabilidades de la protección social al individuo, con una consolidación y relevancia de la idea de consumidor libre y racional (Carpintero, 2017; Rodríguez-Cabrero, 2002), como se mencionó en capítulos anteriores.

Es por lo anterior, que la categoría *necesidad en salud* divaga entre preferencias y deseos, a imagen y semejanza del funcionamiento de la lógica del mercado, siendo este un aspecto fundamental en el proceso configuración de consumo en salud; frente a eso, es importante mencionar que el análisis del lugar del deseo y sus representaciones simbólicas en el consumo, ha sido objeto de estudio de diversas disciplinas como el psicoanálisis, la publicidad, la economía, la sociología, entre otras, y se reconoce como un elemento vital para su producción. Para Carpintero, en la actualidad el deseo se construye desde la angustia y el temor, por lo tanto, el motor de este consumo no es el goce en la búsqueda de un deseo imposible, sino la ilusión de encontrar un objeto-mercancía que nos devuelva

una sensación seguridad que no se resuelve porque el sistema nos impone una constante incertidumbre (Carpintero, 2017). Así los entes biomédicos, como objetos-mercancías, proveen seguridad ante la angustia y el temor del enfermar, aunque no se consuman o intercambien, sino solo se acumulen, práctica que se desarrollará con detalle más adelante.

3.1.2 Comprensiones sobre el sistema de salud y contradicciones prácticas

Las representaciones que se construyen y reproducen sobre la salud y los procesos de atención, sitúan un marco cognitivo desde dónde se establecen criterios, propiedades y características sobre la razón de ser del sistema de salud y las formas de responder a las expectativas y necesidades; sin embargo, a la hora de la confrontación con las prácticas reales y situadas de las personas en el sistema de salud se presentan y muestran las contradicciones, conflictos y ejercicios de poder en el terreno del acceso al sistema y en la satisfacción de las preferencias y deseos sobre la atención en salud; prácticas que además reproducen desigualdades entre posiciones sociales.

En términos prácticos, el acceso (no la afiliación) es la puerta de entrada al campo de consumo de la atención en salud dentro del sistema de salud, un primer momento de relación en el cual se perciben y manifiestan los mayores conflictos y disputas. Para las personas en las posiciones sociales más bajas el acceso es sinónimo de sacrificio o de viacrucis, metáforas que simbolizan, las barreras que existen para que éste acceso se dé; en contraste, los mayores estratos, si bien reconocen dificultades en el acceso, estas se resuelven vía medicina prepagada o planes complementarios; poseerlos se convierte en la principal categoría de distinción al interior del sistema de salud:

“hay una clasificación en la salud, si usted dice por favor necesito una cita que soy del plan X de [Nombre EPS], le dicen vallase con fulana de tal y ahí mismo, pero si usted dice que es de la EPS [X] se la dan para dentro de siete días, y ni que decir de las personas del subsidiado, esa gente si no se cómo hace” GF10-CS261

“Por eso tener la prepagada es lo mejor, porque ahí a uno le dan lo mejor, porque las otras no; tardan harto y el medicamento que les dan es más económico. GF8-CS273

“[El sistema de salud funciona] pero para el que tenga plata porque para nosotros no, para los que estamos con el Sisben no [Régimen subsidiado], no nos atienden, no mandan medicamentos ni nada” GF1-CS62

“yo me estoy dando cuenta que muchas de las veces nosotros nos dirigimos al centro de salud y nos aplazan las citas hasta el momento que ya no vamos más”GF1-CS51

Las representaciones sobre la salud-atención entre las posiciones sociales coinciden, pero las condiciones materiales marcan prácticas diferenciadas en la manera como se relacionan con el sistema de salud y frente a las formas en las que se satisfacen las necesidades de atención en salud.

Las barreras de acceso que se manifiestan en las experiencias de los participantes se explican desde una serie de fallas en el sistema que impiden su buen funcionamiento, entre ellas: la acción directa de las EPS como estrategia de control; la flexibilización de la labor médica; el contradictorio efecto práctico de las tutelas y, la culpa y responsabilidad individual sobre el mal uso de los servicios.

“muchas veces felicitan a los médicos que formulan los genéricos o que evitan formular y que es lo que pasa en algunas EPS”GF10-CS50

“Entonces, entre más costosa sea la enfermedad mejor dejemos que se muera porque nos sale más barato; si hay que formular un medicamento para enfermedades que son de alto costo, la EPS se hace la loca y entonces, como son personas mayores las pinponean [como pelota de ping-pong] de ventanilla en ventanilla, de fila en fila”GF6-CS89

“[el médico] no se puede demorar más de 15 minutos y es el tiempo para estar digitando, antes lo tocaban a uno, le tomaban el pulso ya no” GF1-CS102

“Luego de la tutela, lo que pasa es que me dan por mayor; necesito seis frascos al mes y desde la tutela, hasta ocho frascos, una vez más, como para que no vuelva por allá”GF8-CS78

Las fallas que pueden darse a la hora del acceso se transforman en batallas personales entre los actores que se relacionan de manera inmediata, especialmente, entre médicos y pacientes y entre pacientes y personal de atención al usuario, lo cual genera desconfianza,

incluso, actos de violencia física y verbal. Iniciando los años 80, Waitzkin, demostró cómo los sistemas de salud ayudan a promulgar las ideologías dominantes en una sociedad y, a nivel micro, la relación médico-paciente reflejaba patrones estructurales de dominación y subordinación del nivel macro social (Waitzkin, 1979); sin embargo, en la actualidad la relación médico-paciente se torna en una confrontación directa, no necesariamente subordinada, lo que se asocia a la pérdida de autonomía y status de la profesión médica y su subordinación a los condicionamientos del sistema de una buena parte del gremio.

Al indagar en los grupos de discusión por la brecha entre las ideas que circulan alrededor del modelo de atención en salud (libre elección, preferencias, carteras de servicios, calidad) y las prácticas reales de las personas, se generan explicaciones ligadas a la responsabilidad individual, cuando no son los pacientes abusadores del sistema los responsables de las barreras de acceso que generan las Eps, son los médicos que faltan a su ética; en un segundo plano, está la responsabilidad del Estado por no controlar a las aseguradoras. Por otro lado, al contrastar con el modelo de atención cuando existía el ISS, hay visiones divididas, para unos las cosas no cambiaron, pues: *“Cuando uno entraba a esas salas de Saludcoop, donde atendían a la gente y estaban metidos como en el garaje del edificio, una cantidad de camillas en el suelo, que tenía uno que pasar de lado, exactamente igual a la San Pedro [ISS]”* GF6-CS67; para otros, empeoró, y otros reconocen que aún con las barreras de acceso *“gracias que, de todas formas, hay algún servicio”* GF1-CS23. Tal responsabilidad individual es parte del imperativo de libertad que promueve el neoliberalismo y desde dónde se impone “la lógica de lo privado, lo personal o lo individual, contra las dimensiones de lo público, lo común o lo intersubjetivo” (Orellana, 2009:21)

3.1.3 Representación ambivalente frente a lo médico

Las contradicciones y conflictos que se presentan entre representaciones sobre la salud/enfermedad/atención, las forma de comprender el sistema y las experiencias prácticas concretas de las personas, se relacionan con una ambivalencia entre el discurso médico y el sujeto médico, y es otra expresión de las disputas sociales por lo que se

produce y los modos de usarlo en el campo de consumo en salud³⁴. Esta ambivalencia se da cuando, pese a que las personas creen fielmente en los argumentos en nombre del discurso médico por ser científico y legítimo, cuestionan o rechazan las decisiones del médico personificado, incluso, buscan imponer un criterio *propio*. Aquí, el rol de la información que circula en los diferentes medios, especialmente por internet, es fundamental, pues ésta sería la que provee una forma específica de poder-saber³⁵ ejercida desde los pacientes con base en el propio conocimiento médico, que ha sido expropiado y socializado por fuera del dominio de la medicina como un mecanismo de generación de consumo, aspecto que se abordó en el apartado anterior. Es por medio del conocimiento, traducido en información, que circulan elementos del significado que marcan y determinan mucho de las representaciones y prácticas de la atención en salud.

“yo ya había quedado sin riñones y los imbéciles especialistas dándome antibiótico, así serán de brutos” GF10-CS201

“parece que el medico fuera socio de la EPS que no quiere ordenar los medicamentos que uno le dice” GF11-CS204

“el paciente se pone molesto, se molestan porque no les dan una incapacidad, los médicos casi que les pegan” GF10-CS203

“[los pacientes] llegan exigiendo cosas; tiene uno que negociar con el paciente, obviamente que no se valla a alterar” E2-CS213

“ya los pacientes tienen más conocimiento, uno no les puede hablar en termino médicos como algunas veces se hacía, hace muchos años, para embobarlos y tenerlos ahí como borregos” E8-CS210

³⁴ Para Henao y Cordona, “El consumo no se limita a un mero fenómeno de la conducta económica. Debe entenderse, más bien, como un patrón cultural de comportamiento que estructura determinado modo de relación del hombre con su entorno social... Consumir es un conjunto de procesos socioculturales. No son las necesidades individuales las que determinan qué, cómo y quiénes consumen. La distribución de los bienes está condicionada por los ciclos de producción y reproducción social e implica participar en un escenario de disputas por lo que la sociedad produce y los modos de usarlo” (Henao y Córdoba, 2007)

³⁵ Haciendo alusión a las relaciones que Foucault establece entre las relaciones de poder, las relaciones de comunicación y las capacidades objetivas. Ver: El sujeto y el poder. Michel Foucault Revista Mexicana de Sociología, Vol. 50, No. 3. (Jul. - Sep., 1988), pp. 3-20

“las fuentes de información, sobre todo de las patologías de alto costo, crónicas, alerta mucho al paciente y en eso puede existir una confrontación en un momento dado con lo que piense el especialista. El paciente va al internet investiga y le da clase al médico o al especialista sobre su afección” E7-CS206

“una vez el medico formula el paciente los primero que hace es goglear³⁶ eso” E1-CS202

De modo similar como resultó en el análisis de la prensa escrita, el tema de los medicamentos genéricos vs los “de marca” surgió en los textos de los participantes; para algunos, el médico que formula un medicamento genérico hace mal su trabajo, es decir, la expectativa ya no es solamente la formulación de un medicamento sino además, un medicamento de marca, uno más caro, pues el precio tienen una connotación de calidad. Otros participantes consideran que el juego entre lo genérico y lo comercial se relaciona con un negocio del cual el médico participa, profundizando las relaciones de desconfianza frente a la labor médica.

Las tensiones frente a lo médico que emergen en los discursos de los participantes, apuntan a la denominada paradoja del poder médico del siglo XXI, pues, como explica Márquez:

“Nunca la medicina había sido tan poderosa, nunca había tenido tan finas herramientas para abordar nuestra realidad vital, nunca se había enfrentado tan bien armada a la enfermedad y a la muerte, y al mismo tiempo nunca había sido tan cuestionada, precisamente, en su poder y en los límites de ese poder” (Márquez, 2014)

Las ambivalencias identificadas empíricamente muestran los comportamientos que se estructuran en un modelo económico, político y cultural que reposiciona cada vez más la idea de individuo posesivo y competitivo, debilitando los lazos sociales y enfrentando los grupos. Por lo anterior, se considera que el consumo es un fenómeno social conflictivo y multidimensional, enmarcado en un “modo de regulación que reproduce socialmente las

³⁶ Goglear: Usar google

condiciones para la producción de las mercancías y la acumulación de capital” (Alonso, 2005), el caso de la atención en salud esto no es una excepción.

3.2 Circulación del cuerpo enfermo en el mercado

“La salud es un nicho de mercado explotado por muchas vías” E13-CS255

Las reflexiones y teorizaciones sobre la salud como espacio de mercado, no son un tema novedoso, ni desde la perspectiva económica clásica ni desde la perspectiva crítica, y da cuenta de la articulación entre salud/medicina, sociedad y capitalismo (GESHSPS, 2015) dónde actúan de manera compleja diversos actores, sectores, intereses, etc. Sin embargo, históricamente la salud cobra una relevancia fundamental en la economía y en el régimen de acumulación actual, después de la década de los 60 (Vianna, 2002; GESHSPS, 2015) y reproduce esquemas similares de valorización de otros sectores de la economía. Siguiendo a Abadía y Moreno:

“Las dinámicas actuales del sistema de salud se corresponden con su subsunción real y formal a la esfera de valorización capitalista. Esto quiere decir que la salud es un núcleo de acumulación de capital en sí mismo (un sector donde se realiza el proceso de autovalorización del capital a través de los circuitos de producción e intercambio), en el que compiten varios sectores capitalistas por la maximización de las ganancias.” (Abadía y Moreno, 2014)

Tal subsunción real se expresa de manera *natural* en todas las dimensiones discursivas de los participantes en el estudio, principalmente, en las entrevistas, pues estas personas están (en términos figurativos) del *lado* de la producción, el intercambio y la distribución. Sin embargo, a partir de los textos es posible precisar qué es el cuerpo enfermo el que ha sido subsumido a través de “una producción simbólica necesaria e inherente al proceso de producción de mercancías” (Veraza, 2011), no es en sí misma la salud la que genera productos de consumo³⁷; Rodríguez Zoya, considera además “que es posible que el

³⁷ Para autores como Esposito, el asunto de la conservación del cuerpo ha sido central en el cruce entre saber médico y saber político, y considera que: “es desde la perspectiva abierta por la enfermedad que esta conservación adquiere una importancia central” (Esposito, 2005. *Immunitas. Protección y negación de la vida*. Amorrortu. Buenos Aires. p65)

mercado de la salud sea concebido como mercado de la enfermedad, en el que se venden enfermedades, pero también se vende salud en forma de un sin fin de productos para alcanzarla” (Rodríguez, 2010). Por otro lado, para Veraza muchos de estos productos son poseedores de valores de uso nocivos porque no satisfacen necesidades sino, patologizan, generan efectos secundarios perjudiciales, contaminan el ambiente, etc. (Veraza, 2011)

“en este mercado [farmacéutico] y conociendo los costos de las terapias, los negocios pueden arrancar las cabezas de los grandes mandos, si no sale el negocio chao” E1-CS214

“la empresa para la que yo trabajo, en Colombia lleva más de cuatro años. Les empezó a interesar Colombia por el sistema de salud, es un sistema de salud que es muy visible en la región, permite buenos negocios y es un referente en la industria por el manejo de precios” E14-262

“En la propaganda sale un hombre joven, delgado, atlético y, supuestamente, diabético... la imagen del hombre que está en la propaganda [del medicamento] te desdibuja el "a quien le sirve esto de verdad"; entonces en la propaganda no están diciendo, piense también que se si lo toma puede ocasionarle hemorragia digestiva, problemas cardiacos, no sé que más efectos adversos... eso no te lo dice” E13-CS251

El cuerpo enfermo que ha sido producido por mecanismos simbólicos posibilita poner en circulación una serie de productos, bienes y servicios en la esfera del intercambio y del consumo, de acuerdo con Marx, citado por Robles y Escorcía: “El valor adelantado originalmente no sólo... se conserva en la circulación, sino que en ella modifica su magnitud de valor, adiciona un plusvalor o se valoriza. Y este movimiento lo transforma en capital” (Robles y Escorcía, 2017); así cada sector involucrado en el mercado del cuerpo enfermo procura generar las condiciones adecuadas para que la valorización del valor se logre desde su “segmento de dominio”. (Tabla 7)

Tabla 7. Categoría, dimensiones y códigos

CATEGORÍA	DIMENSIONES	CÓDIGOS
Circulación del cuerpo enfermo en el mercado	Estrategias del sector farmacéutico: un negocio legítimo	Contradicciones precios y valores

		Estrategias de generación de mercado
		Performance del mercado farmacéutico
	Estrategias de las aseguradoras	Contradicción mercado/derecho
		Generar renta/contener costos
		Negociación vs. cooptación del Estado

3.2.1 Estrategias del sector farmacéutico: un negocio legítimo

Los testimonios de los participantes, describen diversas estrategias y prácticas desplegadas por las farmacéuticas para favorecer sus ventas que ya han sido detalladas ampliamente en la literatura científica desde décadas atrás, lo cual muestra dinámicas globales que se reproducen en diferentes espacios geográficos. Aspectos como: las dadas a médicos para fomentar la formulación de determinados productos; lobby político y su consecuente influencia en la política pública; la publicidad disfrazada de educación; el peso corporativo de la industria en los sistemas de salud; la capacidad de negociación/cooptación del Estado, entre otras, son narradas como parte de la cotidianidad de los roles de los entrevistados a través de vivencias específicas.

La naturalización y legitimación de las estrategias de la industria farmacéutica resulta una característica que atraviesa los discursos de las personas; desde el imaginario colectivo, es normal y justificado que se desplieguen estrategias que posibiliten la gran inversión que esta industria hace en pro de la salud, no se problematiza, a veces se duda de la intencionalidad de la industria y son escasos los cuestionamientos o críticas. En el caso de los entrevistados empleados en el sector farmacéutico, se llega a considerar que hay “estigma” hacia la industria farmacéutica por sus estrategias de mercadeo como no lo hay en otros sectores que también se relacionan con la salud, como los alimentos o las bebidas y que son los propios profesionales quienes “piden” explícitamente dadas por la formulación; nuevamente la responsabilidad individual, en este caso del médico, emerge como causa fundamental de prácticas condenadas socialmente.

“hoy en la parte en la que estoy, tristemente he tenido que ver colegas, especialistas y todo, donde me he quedado tristemente sorprendida de lo que piden y la

amenaza: ¡no puedo ir al congreso mundial, entonces ya este producto se va a formular cada vez menos!, eso desvirtúa mucho la ética” E1-CS127

“Johnson y Johnson, en un momento intento darnos quinientos mil por cada prótesis de su marca que se colocaba, y yo como jefe del servicio rechace eso y yo solo pongo Johnson, entonces llegamos al acuerdo de que sea solo educación continuada y tal vez tecnología para la sala de cirugía, porque eso sí es un deber del laboratorio” E12-CS122

“Digamos que las marcas con las que me lograba casar, que sí pasa que uno se case con una marca, o que lo graban mi recordación, era por el buen trabajo que hacia el representante, o sea el pelado hacia una visita tan constante, que lograba que uno impactaba y que el producto uno lo formulara” E1-CS112

“Como multinacional, nosotros no podemos darle absolutamente nada a ningún médico, ¡nada!, en el momento en que nosotros patrocinemos, ofrezcamos o intercambiamos cualquier bien en económico o en especie, inmediatamente entra el código de ética y estamos incurriendo en una gran falta y entraríamos a una multa grandísima porque eso está considerado como corrupción. Otra cosa son los distribuidores en cada país, les hacemos tomar un curso a cerca de estos códigos de conducta, pero en cada país funcionan las cosas diferentes... les insistimos que ofrezcan educación siempre” E14-CS263

Llama la atención que el intercambio de formulación o uso de dispositivos de determinada marca por dinero sea condenado enfáticamente pero que otro tipo de intercambios no tengan la misma connotación. Gómez y cols. (2007) describen una gran cantidad de dilemas éticos que se presentan en la relación entre la industria farmacéutica y la práctica profesional durante los diferentes momentos de la atención en salud, aunque estos autores parten de la “buena fe” de la industria y de su capacidad de autorregulación, es interesante contrastar las múltiples posibilidades de dilemas éticos reconocidas desde el propio modelo hegemónico y, más interesante aún, el no reconocimiento de estos en los discursos sobre las prácticas de los actores entrevistados; lo cual reafirma su naturalización y aceptación de un mercado con mayores deseos de “perfección”.

Otras prácticas que surgen en los discursos y que han sido menos descritas en la literatura, se relacionan con la fidelidad de marca y el rol de la visita médica en el establecimiento de

“recordación” de los productos. Para los entrevistados, es normal exigir una marca sobre otra y casarse con ella:

“yo los únicos implantes que uso, son los de Jhonson, valen más, pero si no es así no opero” E8-CS243

Al respecto los hallazgos de la presente investigación son similares a los obtenidos en el estudio de Garcés Redondo y cols (2011) en el cual “la mitad de los entrevistados no reconoce la existencia de un problema ético en su relación con la IF [Industria Farmacéutica], probablemente por no reconocer la influencia en su propia prescripción” y concluyen que su injerencia en la toma de decisiones frente a la prescripción de medicamentos, razón por la cual es una de las *estrategias* más antiguas de las farmacéuticas. (Garcés y cols, 2011).

En Colombia, la relación directa entre la industria farmacéutica y los profesionales se desarrolla en el marco de un código de ética de *autorregulación* de las prácticas de marketing (Afidro, 2010), en éste código se establece como prohibición la entrega y recepción de dádivas o prebendas que superen unos topes establecidos están sujetas a sanciones éticas y en casos extremos (los cuales no son especificados) a multas. Por lo anterior, el Ministerio de Salud del país, finalizando el 2015 anunció el proyecto de resolución para:

“generar mayor transparencia en las relaciones entre estos gremios [...] pues se corre el riesgo de que haya médicos que reciban algún incentivo (de los laboratorios) por prescribir determinado fármaco [...] el propósito de esta resolución de transparencia, en la que viene trabajando desde hace unos meses, es contar, en adelante con información que garantice el control social a los médicos, no solo en cabeza del Estado sino de todos, con el ánimo de que “ciertas conductas no tan santas” tiendan a desaparecer en la medida en que se revelen” (Redacción Salud, 2015)

Según el diario El Tiempo, estas declaraciones generaron en los gremios médicos un fuerte rechazo pues ocultaban una denuncia de corrupción y ponía en cuestionamiento la práctica médica y pidieron respeto a la autonomía médica (Redacción Salud, 2015). A Marzo de

2017, el proyecto sigue en borrador³⁸ y se planea un cronograma de trabajo para ser desarrollado durante el resto del año. Más allá de la discusión sobre la capacidad del Estado en regular las prácticas de marketing de la industria farmacéutica, en términos reales y cotidianos (aspecto que se mencionó en el anterior capítulo), llama la atención que las medidas de control se quieran centrar en el médico, como actor individual y de quien se duda, lo cual muestra implícitamente el poder de la industria farmacéutica y las representaciones sociales que fábrica y que se ponen en circulación como símbolos.

Un factor agregado a lo anterior y que también surge en los discursos de los participantes es el impacto que tienen la mala preparación o las falencias en la educación universitaria del profesional médico en temas relacionados con química y farmacología, para algunos de los entrevistados, esta es una causa importante del éxito de las estrategias de marketing de las farmaceutas:

“la falta de preparación del equipo de salud en la parte de medicamentos es pésima. Además, las universidades han dejado la educación en esa parte a las farmacéuticas, los médicos, uno, necesita un entrenamiento constante y ese lo hace la industria farmacéutica. ¿Dónde está la universidad formando continuamente?, cero cursos, que valla la farmacéutica y se lo dé al médico mucho mejor para ellos” E10-CS140

En el momento de la circulación de los productos relacionados con la enfermedad son muchos los intermediarios y las intermediaciones que tienen un fin común: el incentivo de prescripción y la generación de demanda y para esto son diversas las estrategias que se ponen en juego, entre ellas la transferencia de la responsabilidad social-moral al individuo médico. De hecho, en países como Estados Unidos, estas responsabilidades han generado históricamente una importante demanda de seguros privados por parte de los médicos. Por otra parte, ese énfasis en la responsabilidad individual propio del neoliberalismo y de su matriz epistémica, el individualismo metodológico, significó el

³⁸ El proceso de construcción, comentarios y ajustes propuestos por los diferentes gremios al borrador de la resolución “Por la cual se adoptan medidas para garantizar la transparencia en las relaciones de los agentes del sector salud y la industria farmacéutica y de tecnologías en salud, y el acceso a la información pública” puede ser consultado en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/MET/respuesta-coment-recib-borrador-resol-transparencia.pdf>

divorcio de atención médica de la salud pública. De modo similar, las aseguradoras que operan en el sistema de salud colombiano, generan estrategias de demanda de seguros complementarios que se comprenden como parte natural de su funcionamiento en el mercado como veremos a continuación.

3.2.2 *Estrategias de las aseguradoras*

Si la industria farmacéutica impulsa el consumo de medicamentos a través de diversas estrategias, las compañías aseguradoras hacen lo suyo para posibilitar el aumento en la tasa de ganancia. Desde las experiencias de los participantes estas estrategias se hacen explícitas a través de dos vías. La primera, desde la contención de costos e implica formas de control tanto del acto médico como de imposición de barreras pero no necesariamente como una confrontación directa en contra de la industria farmacéutica, como afirman autores como Iriart e Iriart y Merlhy (2008; 2017), sino como parte de las relaciones entre agentes en un campo de consumo, en ocasiones estas relaciones son de conflicto en otras son de alianzas y en otras de co-existencia sin afectación directa; la segunda, impulsando el “consumo” de seguros complementarios. Estas dos vías median de manera importante las prácticas de las personas respecto de la atención en salud.

El control del acto médico por parte de las aseguradoras se centra en imponer límites de *tiempos y movimientos* para la atención al paciente; de manera concurrente se menciona que la cita médica tiene una duración de 15 minutos, considera insuficiente tanto por los médicos entrevistados como por las personas participantes en los grupos, pero además se hace referencia que la mayor parte de este tiempo se concentra en actividades relacionadas con procesos administrativos o de gestión que implican uso del computador. Esto es entendido por parte de las personas como “desatención” y evitación por parte del médico de hacer una consulta adecuada, lo cual representa otra de las expectativas construidas frente a la atención en salud relacionada con una idea que en el pasado, los médicos eran más dedicados y tenían más tiempo para la consulta. Desde la perspectiva de los profesionales entrevistados que brindan atención directa, esta realidad se basa en exigencias de la aseguradora de registrar cada acto (movimiento) por un asunto de justificación de su propia práctica y para posibilitar el acceso a los dispositivos; reconocen diligenciar los registros informativos impuestos toma gran parte del tiempo destinado a la consulta por paciente y esto se intenta soslayar con mecanismos como tener párrafos

genéricos en un documento Word o bloc de notas que se pueda “cortar y pegar” y así ganar tiempo.

“en teoría tú tienes que respetar sus 20 minutos que es muy poco, si había una demora por lo que fuera uno tenía que recortarle como fuera a los otros pacientes para que se vallan atendiendo los sobrecupos que se acumulaban” E2-CS 103

“pero entonces había un mecanismo que era tener las evoluciones listas para solo fuera a cambiar ciertas palabras de acuerdo a lo del paciente y no afectara lo que estabas haciendo, entonces tu cortabas y pegabas, y si le adicionabas algo, pero entonces la verdad era muy estándar las evoluciones” E2-CS 104

La práctica profesional se subordina a un tipo de homogenización de la atención por el control, no solo de tiempos sino de registro detallado de las acciones. En términos generales, los sistemas de información, incluida la historia clínica electrónica, se presentan como fundamentales y necesarios para analizar las situaciones de salud, la toma de decisiones, etc., sin embargo, poco se ha problematizado sobre el tiempo de labor que esto implica para los profesionales y su rol en la autonomía médica. Al respecto, la revista Semana en una nota periodística de 2014, reportaba que parte de los controles a los médicos por parte de las EPS, se daba a través de sistemas de alertas que aparecían en las pantallas de los computadores cuando se excedían en formulación de medicamentos, exámenes o remisiones, poniendo un límite de “gasto por paciente” (Revista Semana, 2014)

En Colombia, el plan obligatorio de salud (POS) corresponde al “paquete” de la seguridad social, en el cual se determina a que se puede acceder en términos de medicamentos, procedimientos, y servicios, este plan es el que administran las EPS; aquellos dispositivos requeridos fuera de este plan se conocen dentro de lo No-POS, el cual se financia por un fondo especial del gobierno (FOSYGA), o en últimas por gasto de bolsillo. En la práctica, las fronteras entre POS y No-POS son permeables y confusas, esto se convierte en otra esfera para que las EPS direccionen el consumo a favor de sus finanzas. Una de las expresiones de esto es estimular lo No-POS vía Tutela, otorgando formularios y asesoría personalizada a los pacientes para interponerlas; algunos autores han reportado que, con motivo de la declaración de emergencia en 2008, se descubrió que muchos de los recobros establecidos por el mecanismo de tutela correspondían a contenidos del POS que las EPS

negaban (Cortés-Castillo citado por Orozco, 2012); como se mencionó en capítulos anteriores, esta práctica solo afecta los recursos públicos, pues como afirma Fedesarrollo (2013) “Las EPS reconocen que este gasto no afecta su UPC o sus finanzas directamente, por ser insumos y gastos asumidos directamente por el estado a través del aval de los CTC [Consejos Técnicos Científicos]”. Así, ni aseguradoras ni farmacéuticas pierden.

La imposición de barreras directas es otra de las expresiones del control de costos, se niegan servicios de manera explícita, y aunque en los diferentes estratos socioeconómicos hacen referencia a ella, en los estratos bajos se considera una práctica cotidiana por parte de las aseguradoras o prestadores de servicios. Ante esto las personas resuelven acudiendo a la farmacia de barrio, pagando un médico particular y utilizando las influencias. Por su parte, los estratos 4, expresan que la negación de servicios fue unas de las razones para acceder a una póliza extra o plan complementario; estas personas comentan que la recomendación de las personas de atención al usuario de su EPS fue importante en la adquisición de un seguro complementario, pues les indicaron que este tipo de planes posibilitaba acceder a los servicios de manera rápida y efectiva, siendo ésta una práctica que expresa los mecanismos para generar consumo de seguros complementarios; el confort, es otro elemento que, desde el discurso de las personas, justifica pagar una póliza extra.

“si uno no tiene medicina prepagada para que lo atiendan rápido, difícil, de resto en las EPS que le pagan los empleadores o uno mismo eso son terribles una cita”
GF4-CS277

“mi primera mamografía fue con el seguro social hace muchos años por decir en el noventa y algo y fue una atención pésima; una niña muy brusca, sin ninguna consideración y la semana pasada me la hice con la prepagada: la salita decorada con tonos lilas, el aparato viene en beige con rosado, ósea es una sensación muy acogedora” GF8-CS274

“Por eso tener la prepagada es lo mejor, porque ahí a uno le dan lo mejor, porque las otras no, tardan hartito y el medicamento que dan es más económico” GF8-CS273

“Yo pienso que eso no es un tema de la calidad de la atención, sino que es un tema de acceso. Cuando usted tiene un servicio adicional o usted paga por un servicio

adicional, es más rápido que si me voy por el plan obligatorio de salud, yo lo pago porque yo pienso en el acceso” GF6-CS265

“se sabe que, en algunas situaciones, las citas con los especialistas son muy lejanas y sobre todo en algunas EPS y yo no sé si lo hacen, en cierto modo, para que las personas desistan de la cita” E8-CS99

“si hay muchos pacientes que, a pesar de tener una EPS, van al médico particular por varias razones [...] yo prefiero pagar los 10 pesos de la consulta del doctor fulano de tal, que esperar y hacer todas esas vueltas y eso viene lo de la libre escogencia también” E7-CS98

“si a nosotros los de la medicina prepagada nos mandan avisos por el celular: tienes que tomarte el antígeno no se qué, tienes que ir a consulta no se qué, informan mucho por ese medio” E4-CS93

“lo malo de la prepagada es que casi siempre los medicamentos son comerciales y no los cubre” GF8-CS69

Las anteriores citas de los participantes en los grupos y las entrevistas permiten evidenciar además de los descrito en párrafos anteriores, otros dos aspectos, el primero es la relación entre precio y calidad, desde las representaciones de las personas si los objetos son caros son buenos, así tengan un mismo uso; el segundo, da cuenta de las relaciones de no afectación directa (en términos de confrontación) entre aseguradoras y farmacéuticas pues desde la prepagada se estimula la demanda de medicamentos y, específicamente, de medicamentos comerciales así como de otros servicios de atención en salud. Estos dos sectores, o fuerzas como las denominan Iriart y Merhy (2017), tienen un interés en el cuerpo enfermo, no se evidencia empíricamente³⁹ una confrontación por la definición del concepto salud-enfermedad que es uno de los argumentos de los autores mencionados para considerar que hay una disputa intercapitalista, es decir las aseguradoras no fomentan una idea de salud por fuera de patrones de medicalización y mercantilización, pues para ambos sectores su nicho de mercado pasa necesariamente por la relación

³⁹ La posibilidad de explorar empíricamente desde las prácticas y representaciones de las personas, posibilita una riqueza comprensiva para la contrastación teórica.

enfermedad-dispositivo, los dos generan estrategias para impactar el consumo y, por lo tanto, hay una sinergia en los *procesos de subjetivación* a favor del mercado.

En términos generales, subyace en los discursos de los participantes la percepción que la ruta hacia una marcada mercantilización es la transformación más notoria en el modelo de salud y es esta ruta la que ha generado los cambios en la práctica profesional, principalmente en términos de autonomía, y en las prácticas de las personas respecto a la salud, sin embargo, al mismo tiempo hay una sensación compartida de no transformación real y concreta del modo en que se presta la atención en términos de acceso y calidad (a menos que se pague extra por esto) cuando se compara con la situación del Seguro Social, como referente del pasado.

3.3 Medicamentos fetiches

Enrique Dussel en su texto sobre las metáforas teológicas en la obra de Marx (Dussel, 1993), identifica una de las categorías centrales del pensamiento marxista por su permanencia y poder explicativo: la fetichización; de acuerdo con este mismo autor, este es un proceso por el cual una cosa hecha por manos humana será tomada como trascendente (Orospe, 2016). Una de las dimensiones analíticas del fetichismo abstraída por Dussel es la Ideológica, donde ocurre un ocultamiento que, mediante mecanismos ideológicos, confiere a las cosas mismas un estatuto divino, “en este nivel, el fetiche capitalista resulta un sujeto autor-motor, que sustituye a la subjetividad humana en su libertad” (Orospe, 2016).

Esta categoría de fetichismo permite comprender prácticas de las personas alrededor de la atención en salud, principalmente la *adoración* por los medicamentos, sus usos sociales (más allá de sus propiedades físicas), su acumulación, su absolutización, autonomía y autosuficiencia. Desde los discursos de los entrevistados, el medicamento aparece como una cosa trascendental y absoluta en los procesos de curación; sí se considera que hay una mejoría en la condición de salud, no se atribuye a un conjunto de relaciones y procesos: el conocimiento del médico, la relaciones que subyacen, entre otras, sino que se atribuye al medicamento en sí mismo, como un ente autónomo revestido de un “estatuto *divino*”, así la experiencia práctica les muestre que son cosas falibles y no siempre se consuman.

La fetichización de los medicamentos lleva a que las personas los acumulen de manera sistemática, pues al ser considerados esenciales se reservan “en caso de necesitarlos”. Es tal el valor construido/atribuido a los medicamentos, que existen prácticas de donación de medicamentos entendidas como un gran acto de beneficio por los otros, sobre todo en las personas con mayores capitales. También, son comunes los textos en los cuales se narra la experimentación de distintos tipos de medicamentos para contrarrestar el dolor, principalmente el de cabeza, de modo que las personas convierten sus cuerpos en laboratorios de autoexploración hasta encontrar un medicamento que les *funcione* y que les permita disminuir o quitar el dolor. De manera común entre los diferentes grupos, cuando las personas han tenido experiencias *exitosas* con los medicamentos se convierten en embajadores de los mismos, recomendando e induciendo el consumo en sus familiares y vecinos, bajo la premisa del éxito en su propio organismo. Es notable cómo a pesar de producirse contradicciones con el uso de medicamentos relacionados con los efectos secundarios y con recomendaciones médicas de no uso, para las personas los medicamentos son un símbolo icónico de muy bajo o nulo cuestionamiento.

“no sé cómo llegue a él [sevedol], no sé realmente porqué llegue a él, pero si es el único que realmente me hace y he ensayado con un gramo de aspirina y no, un gramo de acetaminofén y tampoco, a veces el ibuprofeno y le hecho voltarem y eso no. No sé cómo llegue a él pero si es la mezcla ideal para mis dolores de cabeza”
GF9-CS314

“mantengo mi droguería en la casa” GF5-CS318

“tenemos la costumbre de estar tomando medicamentos por tomar” GF10-CS309

“el mejor ratón de laboratorio es uno mismo y si le funcionó y no se murió es que es bueno y sirve” GF10-CS392

*“Entonces uno improvisa con lo que ha visto y lo que se ha vivido y como le ha ido con el uso de los medicamentos, entonces no tiene la necesidad de consultar un especialista; por ejemplo, con mi experiencia, me empiezo a automedicar y asociar medicamento con medicamento y lo hago de manera indiscriminada”*GF8-CS-306

“yo tengo una mano de unas pastas en mi casa que me sobran; yo miro la fecha de vencimiento, si están buenos los mando a un ancianato o sino para las matas dicen que son buenas para las matas” GF2-CS404

“tuve una crisis de dolor abdominal, y resulta que parece que fue uno de los medicamentos que hizo un daño al hígado y es que estaba tomando, atorvastatina, colchimedia porque me salió alto el ácido úrico pero no en los exámenes clínicos sino por la artroscopia, ahí se vieron los cristales, por eso toma la colchimedia, urocual que es el halopuriol, y parece que esa mezcla molesto el hígado” GF8-CS304

“la doctora me formulo el aprix y pues a mí me encanto porque cuando yo me tomo el aprix soy más activa y no me quejo de ningún dolor y puedo dormir mucho mejor, pero me dijo: yo no le puedo seguir formulando el aprix porque eso tiene codeína y las personas se vuelven adictas a eso, no se cómo voy a hacer sin mi medicamento” GF8-CS297

La fuerza de la representación del medicamento como esencial para la salud, no para la enfermedad, sino para el mantenimiento del bienestar propicia el consumo de estos como una forma de prevención de aparición de las enfermedades y no como tratamiento específico; al respecto, los participantes reconocen que la publicidad ha influido en la construcción de esta representación, lo que no ocurre con los otros imaginarios y representaciones relacionados con la atención en salud. Además, se hace explícita una tensión entre participantes de los mismos grupos pues algunos consideran que la función de la publicidad es, sin duda alguna, informativa mientras que para otros es una estrategia de mercado en la cual no se puede confiar totalmente. No obstante, la tensión encontrada en los discursos, como práctica social, los usos, estrategias y formas de responder a las necesidades en salud, pasan por el fetiche del medicamento, así se ha convertido en parte de la canasta familiar, en los estratos 3 y 4, o como consulta cotidiana con las farmacias de barrio, siendo está considerada una práctica de cuidado propio y familiar.

“dentro del mercado de mi casa va: el sal de frutas y yo antes no lo consumía pero desde que lo llevo en el mercado lo consumo; el dolex gripa; el dolex forte; y el buscapina fem; y es que termina uno de comprar el shampoo y pasa a la parte donde están todos los medicamentos, estan ahí a la mano, la vitamina c también hace parte del mercado” GF8-CS345

“yo compro: mi sal de frutas, vitamina C, redoxon, los antigripales que últimamente estoy poniendo para llevarle a mis hijos porque ellos son jóvenes y no tienen tiempo para ir al médico, entonces los pongo en el mercado; compro el oxillocoxium el antigripal porque también sirve para prevenir; el jarabe Vic para la tos; el oxillocuxium, ese viene en oferta dos por uno” GF8-CS339

“Usted va a un supermercado y ahora tienen impulsadoras para vender los medicamentos” GF6-CS18

“ayer justamente me regalaban una muestra de pepsamar, y fui solo al supermercado a pagar el recibo, y uno dice: ay sí, deme dos uno para acá [trabajo] y uno para llevarme a la casa” GF9-CS41

Los textos anteriores presentes en los participantes del estudio, evocan distintos aspectos identificados en las fuentes documentales analizadas en el capítulo anterior; al respecto, cobra relevancia, por ejemplo, contrastar estas citas con la siguiente imagen encontrada en el diario El Tiempo, en Agosto de 2005, la cual representa claramente lo transmitido a través de los discursos, mostrando las relaciones que subyacen en una configuración (o figuración) o proceso entre lo macro, lo micro, lo social y lo singular, y su interdependencias.

Imagen 95. Señora mercado medicamentos

MEDICAMENTOS / CADA AÑO SE VENDEN \$283 MIL MILLONES DE ESTAS DROGAS

Analgésicos, ¿otro dolor?

La mayoría de la gente desconoce las bondades y los efectos adversos de los fármacos para el dolor. La mitad de los colombianos se los automedica y los compra sin control.

CARLOS FRANCISCO FERNÁNDEZ
SOMIA PERILLA SANTAMARÍA
Reportaje médico, colectivos de EL TIEMPO

En Colombia los medicamentos para el dolor (analgésicos) son, en la práctica, de venta libre. No es para menos: a la publicidad de sus beneficios, sin advertir sobre los riesgos, se suma la inmensa costumbre de comprarlos sin fórmula, en la que incurre cerca del 53 por ciento de la gente que siente algún dolor.

Por donde se mire la situación preocupa. No solo por los efectos secundarios que las medicinas consumidas sin supervisión médica conllevan para las personas, sino por el peligro que revisten las falsificación, robadas y falsificadas) y los derivados de un consumo irresponsable. Pocos saben, por ejemplo, que toda persona con problema de venta libre, es decir, aquellos cuyo principio activo es acetaminofén, ibuprofeno, ácido acetilsalicílico o naproxeno.

SEGÚN EL TERCER Estudio Nacional del Dolor (2004), el 52,6 por ciento de los colombianos que padecen algún dolor compran analgésicos sin consultarle al médico.

REP. BOLIVIA / EL TIEMPO

DIPIRONAS

Los analgésicos antiérgicos de acción central (no antiinflamatorios). Su uso es amplio en tratamientos para el dolor agudo, la fiebre, cólicos (por sus efectos antiespasmódicos) y en el área perioperatoria. Están contraindicadas a personas alérgicas a estos analgésicos y aquellas con trastornos hematológicos. No son fármacos para uso crónico no deben consumirse continuamente por más de una semana. Lo más aconsejable es que la gente consulte con su médico antes de usarlos por su cuenta.

ASPIRINA

La Aspirina (ácido acetilsalicílico) es conocida desde 1899. Es analgésica, antiérgica y antiinflamatoria. Comparte los efectos adversos de los AINEs. Está contraindicada a personas con asma, rinitis, úlceras y hemofilia. Niños con enfermedades virales (vacuela, sarampión, gripas) y mujeres embarazadas. Debe administrarse con precaución en hipertensos, enfermos del corazón, de los riñones o con sangrados.

ACETAMINOFÉN

Si bien es uno de los fármacos más vendidos para el dolor y la fiebre, también tiene riesgos que es necesario dar a conocer. Su uso por largos periodos, o por tiempos cortos en dosis elevadas, puede causar daño en el hígado. Debe administrarse con precaución a enfermos renales, hepáticos y en alcoholismo. Igualmente en embarazo y lactancia. Muchas drogas comerciales tienen acetaminofén o paracetamol, pero la gente lo ignora.

La industria que los fabrica y comercializa, enfatizar la formación sobre riesgos, contraindicaciones y advertencias para el uso de sus productos. Además, solicitó a los estados reguladores controlar más la publicidad de los fármacos de venta libre y revisar la información de sus envases.



Edición del 21 de Agosto de 2005, Sección Salud. Diario El Tiempo

Un elemento adicional a ese proceso de “«Oscurecer», «mistificar», «ocultar», «borrar»” (Dussel, 1993) que significa la fetichización es el imaginario fuertemente incorporado por los participantes frente a los medicamentos genéricos; los cuales son considerados de baja calidad comparados con aquellos que son más *caros* y por lo tanto, mejores. De hecho, la noción o referencia en los grupos de discusión para la identificación de un medicamento genérico es un precio bajo debido a que su contenido tiene menor concentración; en este contexto, el precio se convierte en una explicación del porqué son los que se entregan en las EPS.

“pues los medicamentos genéricos primero que todo son más baratos que el comercial [...] si es más barato es porque no sirve igual” GF10-CS376

“el genérico, para mi concepto, es que la forma de elaboración de esos medicamentos no son los mismos de los sistemas de los productos originales; lo que pasa es que los originales su sistema de preparación tiende a ser como más refinada y más concentrada y al ser más concentrada la preparación entonces el organismo asimila más ese medicamento y por eso tiene un efecto mejor en cambio el genérico lo hacen, como se dice, lo que más rinda” GF4-CS375

Si bien es cierto, no se exploró si las personas participantes consultan el diario El Tiempo, es de notar la relación entre el discurso de la prensa escrita sobre los genéricos y los imaginarios que las personas participantes tienen al respecto, como se evidencia en los textos anteriores.

Los medicamentos fetiches y las expresiones que emergen en los discursos de los actores, concuerda con lo expuesto por Orozco, quien concluye en su estudio que:

“la concepción de salud predominante convierte la atención médica y los medicamentos en mercancías-fetiches, símbolos de salud y disemina la creencia que mientras más numerosos, costosos y novedosos sean los medicamentos, mejor será su desempeño; lo que desvía la atención de la sociedad de los problemas fundamentales de la salud” (Orozco, 2012)

3.4 Institucionalidad construida

Entre la pérdida de confianza en el sujeto médico, las barreras de acceso, las tensiones y conflictos que se presentan en la atención en salud, el auge de lo informacional y los procesos de fetichización que se producen en el modo capitalista de producción, las personas acuden a *instituciones* para responder a lo que han incorporado como necesidades de salud. Las intuiciones son creaciones de la acción social y en el caso de la salud-enfermedad-atención, estas creaciones se han construido de manera paralela e incluso más efectivas y fiables que las instituciones normativas y establecidas por el propio sistema de salud.

En el afán de búsquedas que satisfagan las expectativas creadas frente a la solución de problemas de salud, las personas han legitimado a la Internet, como máxima fuente de información, credibilidad y poder de resolución ante las problemáticas de la salud, seguida de la farmacia de barrio y, por último, las referencias de vecinos y familiares. Google o el Dr. Google, como lo denominan las personas, se posiciona como la institución hito paralela al sistema, y este fue un rasgo común en todos los grupos y entrevistas, pues hay una racionalidad colectiva frente al uso recurrente de la internet como fuente de información, de su *utilidad* y de ausencia de relación con lo social (base importante de la credibilidad atribuida); solo se cuestiona cuando se ha experimentado una situación extrema por seguir la información encontrada en este medio.

“ahora todo lo consultan por Google y uno dice porque se está tomando eso y le dicen es que yo mire en internet en Google y ahí dice que es lo más efectivo para eso” GF3-CS210

“cuando el paciente se va y no hay quien le haga la educación él va y se educa en Google” GF9-CS228

“no yo no le creo a Google porque tuve una experiencia tan negativa por investigar e irme por encima del médico que casi me da un infarto que decidí ya no más” GF8-CS240

“uno de mis hijos estuvo enfermo me hicieron mal un diagnóstico y yo me pude a buscar por internet y me llené de información y todo lo que veía en alguna manera era de parte negativa y entre en pánico” GF8-CS239

“es un avance que llegue Google, mínimamente tiene acceso de una manera directa a una información mucho más verosímil, mucho más creíble” GF3-CS211

“la situación ha cambiado mucho antes le medico era el que sabía de las cosas después de que empezaron a funcionar los sistemas de comunicación y en conjunto con el internet el paciente ya no comulga con ruedas de molino” E7-CS204

“hay pacientes que ya tienen más acceso al internet o al periódico o a las revistas son pacientes más informados que otros y con información eso lleva que el paciente exija más cosas” E8-CS11

El peso de la institucionalidad de Google, profundiza la tensión entre el sujeto y el discurso médico, y el símbolo de lo externo como superior a las propias relaciones humanas. En términos generales, como mecanismo comunicacional, internet es otro vehículo en el cual se reproducen los imaginarios, representaciones e ideologías sobre la salud, la atención y el cuidado que privilegian formas mercantilizadas, con un poder mayor que otros tipos de vehículos, pues en éste subyace una idea de libertad y acceso absolutos. La centralidad de la información y de sus soportes es, en el momento actual del capitalismo, el núcleo de acumulación, dónde el lenguaje, los afectos y el conocimiento son los recursos de mayor peso en la transición post-fordista del capital y su rol en los procesos de subjetivación han sido determinantes (Useche, 2012), el peso de Google como institución legítima, da cuenta de este proceso en el campo de la salud.

De acuerdo con la revista Semana:

“una de cada 20 búsquedas en Google tiene que ver con temas relacionados con salud. Varios estudios científicos han demostrado que cerca del 90 por ciento de las personas entre los 25 y 50 años con acceso a internet recurren a este buscador para averiguar cualquier síntoma antes de consultar al médico. Esta cifra aumenta a casi el 95 por ciento en el caso de pacientes oncológicos, pues hay cerca de 700 millones de páginas web relacionadas con la palabra cáncer. Incluso quienes padecen alguna enfermedad crónica poco frecuente suelen consultar más en internet y se informan tanto, que da la impresión de que saben más que el mismo médico. De hecho, más de la mitad de las personas que consultan sobre temas de salud admite que esos datos impactan sus decisiones.” (Revista Semana, 2016)

Tal es el peso de la internet como institución legítima para acceder a respuestas sobre la salud que abrió un nuevo espacio de mercado que compite con las propias aseguradoras; así, plataformas en la web se ofertan servicios de salud que salud funcionan como tiendas online y que se autodenominan la “tercera vía” en el campo de la salud y su oferta es que “el consumidor puede acceder directamente a los mismos médicos y a la misma garantía de calidad en la atención, ahorrándose lo que cobra un intermediario que aporta poco valor real” (Sabaté, 2017). De modo que la web no solo tendría una finalidad informativa o publicitaria, también es un espacio de mercado directo y explícito de atención en salud.

Otras instituciones paralelas al sistema, desde la perspectiva de los participantes, son las farmacias o droguerías de barrio y los vecinos que tienen experiencia con padecimientos o enfermedades, aspecto que los dota de un *poder* para recomendar y de cierta credibilidad.

“pero también se recurre mucho a la droguería es que es farmaceuta sabe el tratamiento rápido y le vende a uno el medicamento sin formula y entonces se recurre mucho a eso” GF6-CS219

“es que de aquí a que vaya uno al hospital se muere, entonces va uno a una droguería y dice tengo esto, estoy congestionado de gripa, que me puedo tomar y ellos le dicen a uno mire le puedo aconsejar esta pasta, me han aconsejado una pasta y me ha hecho provecho” GF11-CS223

“yo lo que veo es que corren rápido a la droguería y si tienen a alguien conocido como una enfermera entonces le dicen mira yo tengo tal cosa ¿será que tú me puedes decir que puedo tomar?” GF6-CS255

La legitimación y reconocimiento de instituciones por fuera del Sistema de Salud, puede entenderse como una expresión de resistencia al propio sistema, pues las personas buscan salidas a los modos en los cuales se da la atención dentro del mismo y que no les *satisfacen*; sin embargo, el asunto es que esas salidas están insertas en el dominio capitalista. Por otro lado, en las prácticas concretas no hay un predominio exclusivo entre las instituciones paralelas y las establecidas por el sistema, sino que las personas transitan por ellas en búsqueda de la realización de sus deseos, expectativas o motivaciones frente a la salud, recordemos que éstos (deseos, expectativas y motivaciones) son históricamente determinados. (Alonso, 2005)

3.5 Múltiples subjetividades del consumo

Esta dimensión de la categoría marcadores simbólicos, apropiación social y prácticas concretas del consumo sanitario en Bogotá, presenta las *personificaciones* que los actores describen a la hora de moverse por el sistema de salud para lograr dar respuesta a sus necesidades y da cuenta de la dinámica y diversidad de estrategias y formas de acceder a bienes y servicios que se consideran necesarios. En estas múltiples subjetividades se evidencia la relación/contradicción de las expectativas creadas frente al supuesto de la *libre elección* que el sistema promueve como ideario y frente a la noción de *derecho* que se construye a partir de la incorporación conflictiva de lo que representa la salud, pues una parte importante de los discursos los usos, las formas y estrategias del consumo se refieren a tutelas y otros mecanismos constitucionales de exigibilidad de derechos para acceder a servicios y medicamentos.

“Nos tocó volvernos juristas para que nos atendieran” GF11-CS293

“Uno se vuelve médico empírico con estas EPS, yo por ejemplo empecé recetado vick-vaporub para los dolores musculares, eso es buenísimo” GF7-CS291

“Están los que tutelan, uno ya los reconoce, el revendedor de medicamentos...” E3-CS196

“Si no se obtiene lo que quieren, van por el derecho de petición y ellos asocian que su única forma de resolver su problema es vía médico especialista” E11-CS80

Dentro de las etiquetas sobre las subjetividades que los participantes identifican se encuentran: los tuteladores, quienes interponen acciones de tutela; los re-vendedores, quienes se sabe que venden los medicamentos que les entregan las EPS; los médicos empíricos, quienes producto de la experticia de su enfermedad recetan a sus pares; los consejeros de salud, quienes aconsejan sobre las rutas exitosas de cómo moverse efectivamente en el sistema de salud; el cliente, el paciente o el usuario, como formas de denominar a ese otro que acude en busca de la atención en salud, y el abusador del sistema, los que exceden un límite invisible y poco claro de la cantidad de servicios que solicitan. Estas personificaciones, que son reconocidas dentro del sistema, pueden llegar a coexistir en una misma persona o ser coyunturales y reflejan las tensiones, resistencias,

experiencias, posiciones que se asumen dentro del sistema, de modo que no es posible hablar de un individuo consumidor único u homogéneo. Es importante, mencionar que estas múltiples subjetividades emergen en los diferentes grupos de participantes en el estudio y se habla siempre en tercera persona, es decir, durante los grupos no se hablaba de las múltiples subjetividades a título personal.

Nunca se menciona la palabra ciudadano y la noción de derecho a la salud aparece en los distintos discursos de forma contradictoria, por un lado, cuando se niegan el acceso a servicios y medicamentos y en conexión con el pago que se hace al sistema y no con la condición de ciudadano, es decir, el derecho se adquiere porque se paga; por otro lado, el derecho desde la perspectiva de quienes prestan los servicios, aparece como un concepto vinculado al paquete de servicios:

*“Antes de la Ley 100 era inequitativo totalmente, y ahora sencillamente tienes derecho a ser atendido, todo en la justa medida y de acuerdo a tu estado de salud”
E11-CS53*

“si yo estoy pagando, yo tengo derecho, entonces tutelo para que me presten mis servicios” E7-CS81

Se identifica entonces, como se expresa la incorporación del imaginario neoliberal en esa contradicción de la noción de derecho en los discursos y en las prácticas; aspecto que puede explicarse como consecuencia de un modelo de aseguramiento. Afirma Ruíz, que era de esperarse que con la implementación de la ley 100 se impusiera la racionalidad del funcionamiento privado donde no existe otra premisa que la ganancia, y con más de un 80% del control del mercado de la salud por parte del sector privado, la realidad se ajustaría a esta premisa (Ruíz, 2013), por lo tanto la noción de derecho que construye desde esta realidad no está por fuera de lógica del mercado; trayendo a colación aspectos mencionados en el capítulo anterior, esta fue una de las formas identificadas en la prensa sobre cómo se publicitaba o ponía en circulación este concepto de derecho, ligado a la noción de consumidor.

Para García Canclini, al consumir se hace algo “que sustenta, nutre y hasta cierto punto constituye un nuevo modo de ser ciudadanos” (García-Canclini, 1995) así, establece una relación entre el consumo-ciudadanía que posibilita un ejercicio político en los espacios

públicos distinto al de otros tiempos en los cuales el consumo se quedaba en la esfera doméstica y privada; en esta misma línea, Rodríguez, establece que:

“El consumo da o, mejor dicho, puede dar lugar al ejercicio material de la ciudadanía a partir de la apelación a los derechos de usuarios y consumidores, a los procesos de reclamación que desencadena por parte de los ciudadanos, de las apelaciones frente al estado que desata, de las reflexiones que suscita en los ciudadanos en la medida en que se encuentran en una situación de vulneración de derechos. En este sentido configura un nuevo campo de desenvolvimiento de la ciudadanía. Ahora bien, también demostramos que existen factores que amplían o restringen el ejercicio de los derechos: las falencias de la organización institucional: el desorden burocrático e inter-burocrático, las disputas políticas al interior del Estado, la irracionalidad en las pautas de la administración, la crisis del sentido del servicios público por parte de la “administración”, las profundas limitaciones en la gestión de las administraciones provinciales, las intentonas de incorporar los modelos de la gerencia privada en contextos de agresión permanente y sistemática al empleado público, el desfinanciamiento del estado y su impacto en la gestión, la debilidad para enfrentarse con el sector empresario”(Rodríguez, 2008)

En el caso de la atención en salud en Colombia, los derechos que se apelan se hacen a través de la acción de tutela, es decir apelando a derechos fundamentales y no por medio de la Ley 1480 de 2011 o Estatuto del Consumidor que reglamenta las reclamaciones sobre consumo de bienes y servicios; surge así el interrogante si ésta es otra vía de favorecimiento de lo privado en el modelo del sistema de salud, pues la acción de tutela recae sobre la acción pública, sin embargo cómo se ha descrito en párrafos anteriores lo privado es el sector dominante en la atención en salud generando una contradicción que se resuelve a favor del mercado; al respecto, es importante recordar el asunto de los recobros que se generan vía tutela, dónde “Las EPS reconocen que este gasto no afecta su UPC o sus finanzas directamente, por ser insumos y gastos asumidos directamente por el estado a través del aval de los CTC” (Fedesarrollo, 2013).

Las múltiples subjetividades del consumo, como marcador en la configuración del consumo relacionado con la atención en salud permite dar cuenta de cómo los actores sociales entran en el juego de las representaciones de sus conflictos, intereses y formas de historicidad concreta en el *campo* específico de la atención en salud.

3.6 Mediadores comunicativos/ideológicos

De manera general, el concepto mediación indica nexos, vínculo o pasaje entre dos momentos; en la dialéctica, éste es un concepto fundamental. De acuerdo con Dussel, mediación significa ser medio para un fin, “es lo que hace posible que el fin se cumpla” (Dussel, 2014a). Siguiendo al autor, los mediadores son entes constituidos como tal en un plexo práctico de fines; de modo que solo en el terreno de las relaciones sociales podemos hablar de mediadores:

“En cierta manera los entes están “cubiertos” por un manto de indiferencia hasta que la constitución de ellos como medios les dan una nueva determinación. Es lo que en economía se denomina valor de uso, que no es una determinación física sino una relación constituyente ante la necesidad” (Dussel, 2014a)

Por su parte, Belli y cols. consideran las mediaciones como “todos aquellos dispositivos capaces de servir de argumento a un nuevo orden de cosas y signos compartidos” (Belli y cols, 2009). Diferentes marcadores identificados a partir de los discursos muestran esa función mediadora a la que Belli apunta, pues posibilitan el establecimiento de una serie de discursos y prácticas concretas con la finalidad de generar formas y estrategias de consumo particulares en la atención en salud, como hemos visto, todas atadas al mercado y la acumulación de capital.

En línea con lo anterior, al explorar directamente con los participantes sobre los nexos entre la publicidad y sus prácticas concretas, se reconoce de manera explícita y consiente que existe una relación entre los discursos que circulan en los medios de comunicación y motivaciones de las acciones relacionadas con la satisfacción de las necesidades en salud, aspecto que fue similar para todos los grupos en el estudio. En general, se reconoce que ciertas decisiones relacionadas con la compra de medicamentos provienen de la información que circula en diferentes medios de comunicación, principalmente, la televisión, aunque para algunos grupos de los estratos más altos se mencionó la publicidad entregada en supermercado como una fuente importante de motivos de la acción.

“bueno, yo tuve gastritis y en la televisión sale eso de Genoprasol entonces yo preferí ir a comprar eso que ir hacer colas” GF4-CS3

“preferí comprar ese que sale en la televisión para la gastritis, pero no se sabe si será genérico o no” GF4-CS4

“Sí, hay varias que compro solo por la publicidad, los antigripales, que eso se ha vuelto una competencia, para la cabeza, para los cólicos todo eso que sale en la televisión” GF6-CS12

“Yo compré el de las uñas para los hongos que salé en la televisión, con una ilusión, y fui a la droguería y eso no me sirvió” GF1-CS2

“la publicidad [de los medicamentos] no solo ha aumentado en los últimos años, eso es lo que motiva la gente a consumirlos y ese es el objetivo” GF6-CS13

“es que las propagandas venden, porque si no anuncian, ¿cómo se va uno a enterar?” GF11-CS6

Es importante tener en cuenta dos consideraciones importantes frente a las motivaciones desde el enfoque socio-hermenéutico: la primera, es que la motivación se conceptualiza como motivos concretos de acción situados en un campo de producción simbólica, es decir, son intensiones socialmente construidas que resultan de la incorporación de lo social y ejecutadas “según la lógica de los organismos en las que están incorporadas” (Bourdieu, citado por Alonso, 2013); y la segunda, es que éstas emergen en los discursos desde distintos niveles de conciencia (Alonso, 2013), de modo que algunos se hacen explícitos, y otros se abstraen a partir de la interacción de los participantes en los grupos. Así, la relación que se establece entre propaganda de medicamentos y acción directa de consumo es una motivación que se reconoce explícitamente.

El rol que juega el aparataje publicitario como mediador del consumo ha sido fuente de análisis desde hace ya varias décadas, como se describió en el capítulo anterior; al respecto y en relación con las prácticas de consumo, es vital comprender cómo la generación de valor simbólico que circula como dimensión ideológica/comunicativa de los objetos y actividades tiene una expresión directa en el plano empírico y real de las personas. Asimismo, es importante ver que la publicidad en el campo de la atención en salud también está diversificando sus vehículos, ya no son solo los *massmedia*, las técnicas de las “demostradoras” o impulsadoras en los supermercados de medicamentos e insumos médicos o en las secciones de medicamentos de los establecimientos de

grandes superficies se referencia como otra de las estrategias que motivan la compra de medicamentos.

“...es que en los supermercados... Usted va a un supermercado y ya ahora tienen impulsadoras para vender los medicamentos” GF6-CS254

“Ayer justamente me regalaban una muestra de pepsamar, y fui solo al supermercado a pagar el recibo, y uno dice: ay sí, deme dos uno para acá [trabajo] y uno para llevarme a la casa” GF9-CS41

“Así la totalidad de medicamentos están en la góndola de cualquier supermercado, y los pueden ir a comprar; y si no están en la góndola, entonces van a la farmacia y dicen: -por favor usted me puede dar un sildenafil, - ah ok perfecto!, ¿cuantas cajas quiere?” E10-CS134

“A raíz de los modelos de aseguramiento, que no cubren esto [prótesis y ortesis], la estrategia es crear todos los productos como OTC [out of the counter o de venta libre]; entonces, tú te has dado cuenta que ya las grandes farmacias se han quedado como supermercados, y tú ya vas y encuentras rodilleras, tobilleras, fajas, cabestrillos, lo que se te antoje, y hay personas que te hacen demostraciones” E14 CS257

El rol del centro comercial y de las grandes superficies como estructuradores dominantes de los tiempos y espacios urbanos sometidos para el consumismo mercantil (Longstreth citado por Alonso, 2007), es una de las *victorias* en el establecimiento de un modo de consumo estandarizado y mercado-dependiente del capitalismo; en el caso de la atención en salud, esto también se replicó y con ello, “una serie de desigualdades añadidas y efectos distorsionadores en los universos sociales” (Alonso, 2007), pues a los centros comerciales y a las super-droguerías no acceden todos los grupos, por el contrario se ratifica, tanto el individualismo como el particularismo adquisitivo. Esto es posible evidenciarlo en los discursos de los grupos, pues aunque en los diferentes grupos se reconocer esa influencia del aparataje publicitario en las prácticas de consumo, quienes hacen parte de los estratos más bajos su referencia no es el centro comercial sino la droguería del barrio o la tienda de su sector (vecindad); incluso, como se mencionó en secciones anteriores, las droguerías terminan convirtiéndose en una de esas instituciones *legitimadas* socialmente como espacio que posibilita el consumo.

Es importante mencionar que en el país las cadenas de grandes supermercados se incorporaron hasta la década de los 90 (Páramo y Ramírez, 2009) iniciando con Éxito, en 1999; Makro, en 1995; Carrefour en 1998, y Alkosto, en 1999; momento en el cuál se está generando en el país el máximo despliegue de la ley 100. Por su parte, como se documentó en el capítulo anterior, los supermercados de insumos médicos y medicamentos llegaron al país en el 2005. Si bien es cierto, parece tardío en términos comparativos con países centro-capitalistas, las grandes superficies se integraron rápidamente en el imaginario social, aunque contradictoriamente para Bogotá el 60% de las personas compra en las tiendas de barrio (Revista Dinero, 2014); aspecto que puede explicarse por el gran porcentaje de la población que hace parte de los estratos 1, 2 y 3 en la ciudad.

Los estudios en el país sobre la comprensión y explicación del sentido y significado de la compra de medicamentos en las droguerías de barrio son escasos, los que existen se centran en las cifras de este fenómeno; uno de las más divulgados en la literatura nacional lo desarrolló en Ministerio de salud en el 2005, el cual reportaba que “Alrededor del 80 % de las personas que adquieren medicamentos en droguerías, lo hace fuera del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)” (Ministerio de la Protección Social, 2005); otros estudios al respecto, se relacionan con conceptos como automedicación y uso irracional, como formas de explicar esta práctica (Vacca y cols, 2011; WHO, 2009).

El rol de la publicidad como forma de producción simbólica, es decir en la generación y atribución de valores y sentidos frente a los objetos y actividades de consumo, se establece como uno de los mediadores más fácil de identificar, pues aparece explícitamente en los participantes; sin embargo, el conjunto de prácticas descritas y de discursos que las sustentan muestran la confluencia de mediadores estructurales todos ligados a las premisas del pensamiento neoliberal que posibilitan la incorporación y reproducción de formas cognitivas (representaciones, símbolos, marcos de referencia) que se ponen en acción en el campo de consumo. Gran parte de los mediadores identificados están en el plano comunicativo porque la fuente de datos fueron los discursos; sin embargo, siguiendo a Bourdieu citado por Alonso: “los códigos lingüísticos son parte de un capital simbólico que, a su vez, valoriza, produce y reproduce lo social genérico” (Alonso, 2013), aquí está la riqueza de los discursos como fuentes fundamentales en los estudios sobre la comprensión de las prácticas de consumo. A su vez, los resultados permiten identificar que los mediadores son portadores de una ideología que propicia una relación espontanea con

los objetos y bienes de consumo, aspecto relacional y fundamento de la naturalización de las prácticas.

A MODO DE CIERRE

La apropiación material y simbólica de los objetos y actividades de consumo relacionados con la atención en salud que emerge en los discursos de los participantes muestra la conexión que se establece entre necesidades en salud y satisfactores anclados a la tecnología y la superespecialización de la medicina como aspiraciones vitales relacionadas con esa atención en salud, a la vez, permiten reconocer que la lógica económica y social dentro de la cual se inscriben los significados de estos consumos, denominados en el presente texto como marcadores simbólicos, es una lógica profundamente liberal donde los supuestos de individualidad, competencia y libre elección determinan los modos de entender y relacionarse con la atención en salud.

Tales supuestos están presentes en los marcos de referencias sobre las prácticas como discurso hegemónico que las estructuran, pero al profundizar sobre las prácticas concretas, es posible evidenciar que en los diferentes grupos sociales hay formas desiguales y conflictivas tanto de la apropiación material como de la utilización de los sentidos de los objetos y los signos que se producen en un campo social (Alonso, 2004) y las personas acuden a diversas estrategias para *consumir*. Así, si bien es cierto la generalidad de los grupos fabrican discursos sobre las expectativas y representaciones sobre la atención en salud muy similares, sus prácticas están ancladas a las posibilidades que las condiciones materiales les brindan, el ejemplo de la medicina prepagada sirve para clarificar este aspecto. En el caso de estudio, no solo la posición social de los diferentes grupos reproduce la desigualdad general de la sociedad, sino que además la segmentación por regímenes de afiliación en el sistema de salud (contributivo y subsidiado) las profundiza y en las representaciones y prácticas concretas se hace explícita tal desigualdad, al punto que establece una clara diferencia entre “ellos” y “nosotros” (subsidiados y contributivos) frente a la calidad y el acceso a objetos y actividades de consumo relacionados con la atención en salud.

En ese escenario de conflictos y resignificaciones se erigen usos sociales particulares de los objetos, como es el caso del uso de los medicamentos para ser intercambiados por

otras mercancías o de darlos como donativos, derivados del valor simbólico que se les han atribuido y que conforman estrategias que se salen de la racionalización para la cual fueron producidos. El sentido y significado que portan los medicamentos como principal referente de los satisfactores de las necesidades en salud, denota un sobredimensionamiento simbólico que ha sido incorporado por diferentes mecanismos, entre ellos la publicidad, la oferta en los supermercados y el propio esquema del sistema de salud; al respecto, es importante precisar que, también dentro de los mismos medicamentos, surge una gradación respecto de las expectativas generadas, pues desde las representaciones no es lo mismo un genérico que uno de marca por ejemplo, y esto da cuenta del peso de la lógica hegemónica de la competencia del mercado y de la forma como se incorpora en el lenguaje y las representaciones.

Alonso (2004), argumenta que la funcionalidad en el uso de los objetos se ha transformado radicalmente, siendo este un rasgo fundamental en los modos de consumo del postfordismo, migrando hacia una funcionalidad en la representación dentro del sistema social de aspiraciones (Alonso, 2004), en el caso de la atención en salud estas aspiraciones están estrechamente ligadas a las innovaciones tecnológicas que suponen dispositivos para el tratamiento de enfermedades que se *venden* como soluciones nuevas y mejores, aunque gran parte de las innovaciones no tengan una efectividad física demostrada respecto de los tratamientos existentes (Orozco, 2012), pero además, representan una de las disputas más fuertes en el campo de consumo, pues gran parte de las exigencias están en relación con la posibilidad de acceder a tales innovaciones, aspecto que también tiene repercusiones muy desiguales en los grupos sociales en la medida en que “han aumentado las distancias, dificultades de acceso, y barreras simbólicas entre los diferentes niveles adquisitivos” (Alonso, 2004). Por otro lado, los hallazgos muestran que las prácticas de consumo relacionadas con la atención en salud, ocupan simultáneamente los espacios públicos y privados.

Considerar una conexión entre los mecanismos de socialización masiva del discurso médico hegemónico (Capítulo 2) y las representaciones y acciones relacionadas con el consumo de la atención en salud, permite explicar los efectos de la circulación de la dimensión simbólica en las formaciones cognitivas y la vitalidad actual de los procesos de producción simbólica para la producción general, dónde “la producción de la demanda entra a ser tan necesaria como la producción de la oferta misma” (Alonso, 2004); en otras

palabras, tal producción simbólica sería una relación fundamentales en la generación de las condiciones adecuadas para que la valorización del valor se dé.

Para autores como Barros, solo en el contexto de la ideología dominante es dónde “se inserta el intento de las técnicas publicitarias de hacer valer más intensamente el carácter simbólico de los productos que su valor-de-uso (acción terapéutica del principio activo), con el propósito de implementar el valor-de-cambio (condición de la ‘mercancía’ generadora de lucro)” (Barros, 2008). Es justamente el carácter simbólico el que brinda más pistas para comprender la subjetivación o interiorización (diversificada y contradictoria) de las estructuras del modelo capitalista. Aquí, toma sentido el concepto de figuración de Elías para comprender la interpenetración entre lo macro y lo micro, así como el carácter procesual de ésta; incluso procesos de corta trayectoria, pues los participantes perciben un cambio radical frente a los usos, formas y estrategias de consumo relacionados con la atención en salud en los últimos 40 años. El proceso de interiorización de los valores simbólicos resulta una piedra angular en la satisfacción de necesidades, pues “la subjetividad constituye la objetividad en tanto útil, no como una propiedad de la cosa sino como una determinación del sujeto. Todas las cosas tienen propiedades reales. Pero el ser útil es una relación” (Dussel, 2014); su función es establecer esa relación de “*ser útil*”.

En síntesis, en las prácticas de consumo relacionadas con la atención en salud para grupos sociales de la ciudad de Bogotá, el rol de la publicidad y otros mecanismos de socialización sobre la conceptualización de salud, de necesidad y de satisfactor, es el fiel reflejo de la incorporación generalizada de las estructuras del mercado que han expandido en el campo de la salud y de la generación de bienes simbólicos relacionados con este mercado, bajo la forma de estructuras cognitivas (símbolos y representaciones) armonizadas con las estructuras objetivas de ese mercado (Bourdieu, 1997).

La interpretación de la apropiación de los objetos de consumo permite identificar la confluencia de tres aspectos considerados determinantes en la transición postfordista del capitalismo: el conocimiento, la comunicación y el lenguaje; siguiendo a Useche (2012):

“Desde estas nuevas fuerzas se están trazando nuevas formas de acumulación, novedosos ejes de difusión del proceso productivo que impactan en los procesos de realización monetaria y en grandes cambios en las formas de trabajo [...] Estos

núcleos están constituidos por elementos que antes no se habían incorporado directamente a la producción y que, por el contrario, parecían conformar perturbaciones que no cabían en la organización lineal de la banda de producción: los lenguajes y los afectos; pensamiento lógico y la comunicación; la interacción y la confianza entre seres humanos en fin, factores antes asignados al ámbito de la cultura y la vida cotidiana, y que aparecían separados y repelentes de la esfera del trabajo, hoy resurgen como factores productivos, aportando una gran densidad semántica que altera la lógica del modelo industrial. Ahora, como afirma Paolo Virno, se han transformado en poiesis desnuda: producción lingüística, trabajo afectivo, capital social, trabajo intelectual.” (Useche, 2012)

Siguiendo al autor antes mencionado, la centralidad de la comunicación y del lenguaje en el actual momento del capitalismo se establece con la aplicación generalizada de la informática y de la era digital “que permitieron el uso del lenguaje como potencia productiva directa” (Useche, 2012). Para el caso de estudio, la circulación del lenguaje médico en forma de información y su incorporación en los espacios cotidianos se reconoce como una clave fundamental para comprender la configuración del campo de consumo de la atención en salud; por su parte, la centralidad de la informática y el mundo digital en las últimas décadas, posibilita explicar el posicionamiento de un buscador genérico de la internet como una institución legitimada socialmente en la cual se obtiene respuestas y soluciones frente a los problemas relacionados con la salud más confiables y accesibles.

En línea con lo anterior y teniendo en cuenta que lo simbólico es un instrumento de conocimiento y comunicación que ejerce un poder estructurante (Gutiérrez, 2004); el interrogante que surge entonces es porqué los símbolos, es decir, el conocimiento y la comunicación posibilitan la acumulación de capital en la atención en salud y cuál es su articulación con procesos más globales. La siguiente sección intentará abordar este aspecto.

Profundizar en la comprensión sobre las prácticas de consumo relacionadas con la atención en salud, desde los discursos de las personas, posibilita la generación de debates académicos y políticos sobre el papel del consumo y su configuración en las políticas públicas de salud, pues analizarlas permite sacarlas del priori reduccionista del concepto de demanda y entenderlas en la complejidad que significa el consumo para el actual modo de producción.

Si bien es cierto, los grupos de discusión poseen limitaciones propias de la técnicas relacionadas con la influencia entre los distintos participantes sobre las posiciones discursivas, las desviaciones en el discurso o la aparición de temas irrelevantes y la modificación o la matización del discurso al tener que exponerlo ante otros (Ibañez, 1986); los insumos que se posibilitan en términos de conocer los códigos y símbolos que normativamente se instauran en los discursos de las personas, declaradas enfermeras y no enfermas, permiten la aproximación a ese sentido común que refleja la incorporación de formas cognitivas de las posiciones sociales y de los usos más cotidianos, por lo tanto de las prácticas como concreción material del consumo como hecho social.

4. SUBSUNCIÓN REAL DE LAS NECESIDADES EN SALUD EN EL CAPITAL: NÚCLEOS DE LA CONFIGURACIÓN DEL CAMPO DE CONSUMO RELACIONADOS CON LA SALUD

El análisis de la configuración del campo de consumo relacionado con la atención en salud durante el periodo de estudio, muestra la trayectoria de expansión del mercado relacionado con ésta atención y su profundización con el paso de los años, con una marcada aceleración durante el inicio del actual siglo. Teniendo en cuenta la noción de configuración como síntesis de red de conceptos que conduce a ver las relaciones entre estructuras-subjetividades y acciones (De la Garza, sf), se presentarán las relaciones posibles y sus puntos de articulación entre las diferentes categorías y conceptos construidos a partir del análisis sociohermenéutico de las fuentes incluidas en el presente estudio, para dar una propuesta explicativa del consumo que contrasta profundamente con la *demanda* como concepto imperante en la toma de decisiones en materia de sistemas y de política en salud. En términos generales, la demanda se expresa como cantidad de bienes o servicios que un comprador está dispuesto a adquirir y que puede pagar, aunque en la asistencia sanitaria esto se suele matizar por medio del concepto de necesidad, es decir, la demanda es salud es aquello que se “pide” y al mismo tiempo se necesita, de acuerdo con el criterio de un tercero que suele el profesional médico. (Sanabria, 2002).

Al aproximarse al consumo como hecho social total, se posibilita comprender que éste complejo fenómeno está lejos de ser un acto reflejo, compulsivo o, en el otro extremo, una meditada acción racional basada en las preferencias que concluye como *demanda*. Por el contrario, el consumo relacionado con la atención en salud desde el caso de estudio muestra las diversas y complejas relaciones entre estructuras, subjetividades y acciones que se expresan. Así, en esta siguiente sección se tratará de presentar las relaciones posibles entre conceptos y categorías con respecto a la función explicativa del consumo relacionado con la atención en salud.

Es vital, en este punto comentar que, como análisis de configuración, las relaciones que se presentan son de tipo conceptual y no causal o deductivo, ya que no se buscó encontrar en las prácticas (lo que dicen que hacen las personas) y discursos de los participantes sincronía con lo encontrado en la prensa, pues se analizaron como fuentes independientes en la medida en que no se trató de un estudio de seguimiento a las lecturas de la prensa por un público específico; su vínculo fue la pregunta de investigación. Sin embargo, el relacionamiento conceptual se posibilita porque el propio concepto de consumo, del cual se parte en el estudio, da cuenta de la necesidad de articular la producción simbólica, con las prácticas reales y con los sistemas económicos de acumulación (Alonso, 2008), en síntesis con su historicidad concreta, y esto pasa por el análisis relacional contextual e ideológico dentro del cual se circunscriben tales prácticas/discursos.

4.1 Elementos de la configuración del campo de consumo relacionado con la salud

Los elementos conceptuales que configuran el campo de consumo relacionado con la atención en salud se establecen a partir de las dos grandes categorías emergentes en este estudio: *La producción mediática de los cuerpos y las instituciones para el consumo*, y *Los marcadores simbólicos, la apropiación social y las prácticas concretas*, las cuales sintetizan la relación de la mercancía: atención de enfermedades, con el capitalismo contemporáneo que va haciéndose cada vez más estrecha y expresándose con mayor contundencia en el consumo, esto por su interdependencia el modo de producción. La relación entre producción mediática y marcadores muestra cómo aspectos estructurales de la esfera macro en el terreno del modelo económico-social se interrelacionan, se expresan y se acoplan con los procesos de subjetivación de las personas, construyendo prácticas y formas específicas de entender la salud, la enfermedad y la atención y de responder a las necesidades en salud.

En un primer nivel descriptivo de la configuración del campo de consumo, encontramos de manera desarticulada los siguientes elementos conceptuales contenidos dentro de las categorías:

- Socialización masiva del discurso médico hegemónico
- Satanización de lo público vs. Reivindicación de lo privado

- Posicionamiento de la crisis, los ajustes y el ideario desarrollista
- Construcción social del binomio enfermedad-dispositivo
- Circulación del cuerpo enfermo en el mercado
- Medicamentos fetiches
- Institucionalidad construida
- Múltiples subjetividades del consumo
- Mediadores comunicativos/ideológicos

En ese primer nivel, es posible considerar que los discursos de la prensa muestran la producción de imaginarios y representaciones que circulan de manera masiva (**Producción simbólica**), mientras que las prácticas y discursos de los participantes en los grupos (**Prácticas concretas**), expresan lo particular y más concreto respecto de las formas cognitivas que se incorporan y se ponen en acción. Ambas son formas que explican los procesos de subjetivación y de reproducción social en el capitalismo (**Sistemas económicos de acumulación**). (Diagrama 7)

Diagrama 7. Síntesis de la configuración de campo de consumo relacionado con la atención en salud.



En un segundo nivel, buscando puntos de articulación entre los conceptos presentados, se propone que la configuración se da como un proceso de profundización de la

mercantilización que modifica las prácticas de las personas frente a la forma de satisfacer las necesidades en salud. Las relaciones que se establecen para explicar la anterior premisa se muestran en el diagrama 7, allí vemos que la socialización masiva del discurso médico hegemónico se articula con la construcción social del binomio enfermedad-ente, en la medida en que las representaciones que se fabrican alrededor de la salud, la fetichización de los medicamentos, la naturalización de las estrategias farmacéuticas pasan por la incorporación del lenguaje médico cada vez más desprovisto de un sujeto que lo produce, pues esta función se está ejerciendo desde lo mediático; de allí que también se articule, aunque de manera contradictoria con la representación ambivalente de lo médico, pues al tener posibilidades de acceso a información médica en diferentes medios y ante la desconfianza que la propia estructura propicia, las personas ratifican el discurso pero anulan al sujeto médico, ya no representa un intermediario necesario para responder a sus necesidades en salud, pues otras instituciones que se construyen tienen un papel similar.

Otro punto de articulación en esa configuración del campo de consumo se establece entre la satanización de lo público vs reivindicación de lo privado con las representaciones que se construyen frente al sistema de salud, donde hay expresiones relacionadas con atribuciones de calidad a lo privado, aunque sin una fundamentación contundente, recordemos algunas expresiones de las personas donde concluían que al fin y al cabo se estaba presentado un panorama similar al del antiguo seguro social, aquí se evidencia el peso de la *satanización* en el imaginario colectivo:

“en realidad uno mira eso [evocando al seguro social] como mira uno a Saludcoop. Cuando uno entraba a esas salas de Saludcoop, donde atendían la gente y estaban metidos como en el garaje del edificio, una cantidad de camillas que tenía uno que pasar de lado y otros pacientes sentados, exactamente igual [Al seguro]”GF6-CS67

En ese proceso de conexiones y contradicciones que es una configuración, encontramos las múltiples subjetividades, lo cual muestra que las personas no reproducen automáticamente la estructura impuesta, sino que existen resistencias y negociaciones en términos de las prácticas que las personas fabrican para responder a lo que consideran sus necesidades de salud.

Por otro lado, encontramos códigos o temáticas que no se articulan entre ellos de manera contundente, como por ejemplo el Posicionamiento de la crisis, los ajustes y el ideario

desarrollista, la cual haría parte de configuraciones más estructurales que no se develan fácilmente en los discursos sobre las prácticas cotidianas.

La propuesta explicativa de la configuración que se construye a partir del análisis y contraste de las diversas fuentes y recursos incluidos en el estudio, muestran las complejas tramas que se expresan en el campo de consumo de la atención en salud y el modo cómo éste está completamente articulado a procesos de acumulación de capital, donde confluyen aspectos políticos, económicos, culturales y de subjetivación intensos y no un simple fenómeno de aumento o exceso en el uso de bienes y servicios.

El surgimiento de las relaciones antes mencionada, matizó la hipótesis inicial sobre el rol del aseguramiento en la actual mercantilización de la salud en el país, pues del análisis se deriva que ésta fue una de las expresiones más contundentes en la expansión de la mercantilización y, a la vez, de una cooptación progresiva de espacios cotidianos del mundo de la vida, en un momento en el cual era imperativo para el capital buscar formas de aumentar tasa de ganancia ante una caída continua del capital variable desde los ochenta, la cual se ve relativamente compensada mediante el financiamiento al consumo en esos múltiples espacios de lo cotidiano (Veraza, 2010), en el caso de la atención en salud, esto significó la incursión del aseguramiento en lugares donde existían otras formas de financiamiento de los servicios y dónde las relaciones de poder norte-sur lo facilitaron, pero no significó un “origen” del proceso, como se mencionó al inicio del párrafo, es una expresión de esa profundización de la mercantilización.

El análisis de la prensa escrita permitió identificar la ideología dominante que circuló durante el periodo de estudio en relación con la salud; de manera general, ésta se asemeja a lo reportado por otros autores en espacios geográficos diferentes, como un patrón globalizado (Iriart, 2012; Stolkner, 2014; Payer, 1995; Natella, 2008) por su parte, la comprensión sobre la apropiación y las prácticas de consumo da cuenta que el consumo relacionado con la atención en salud tiene una determinación material humana, por lo tanto, trasciende lo ideológico y no solo es un asunto de consumismo sino que se trata de una radicalización del sometimiento de la fisiología humana y del mundo de la representaciones al capital y al favorecimiento de su acumulación.

Aquello que subyace en la producción simbólica (jeroglíficos sociales) y material de cuerpos e instituciones y su apropiación/incorporación como formas cognitivas para la acción, es una expresión de la articulación de las necesidades en salud a formas globales

de acumulación de capital, las cuales son el fundamento político-económico de los sistemas de salud. Aquí, la producción simbólica necesaria e inherente al proceso de producción de mercancías (Dussel, 2014) resulta central en esta articulación; como se evidencia en los discursos de la prensa, lo que circula llegar a ser un valor de uso nocivo porque patologiza (enferma), genera dependencias, efectos secundarios y atrapa (Veraza, 2011), en el campo de la salud esto es un signo icónico. A modo de ejemplo, es posible recordar lo que una de las participantes en los grupos de discusión afirmó:

*“la doctora me dijo: - yo no le puedo seguir formulando el Aprix porque eso tiene codeína y las personas se vuelven adictas a eso; y yo le dije: - doctora es que yo todos los días no me tomo eso, solo los días que hago más oficio, ese día me tomo **mi Aprix**, antes de hacer oficio y por la noche me tomo **mi Aprix** otra vez, y a los tres días y ya no más, y me siento bien porque **ya es vital mi Aprix**”. GF8-CS306*

La fisiología está sometida; hay una apropiación tal, que implica **realmente una necesidad** y a pesar del reconocimiento explícito de daños y efectos secundarios, los cuales resultan marginales, predomina el imperativo de la idea de salud y bienestar que se fabrica a partir de los valores de uso que se imponen, en este caso dispositivos médicos y farmacológicos por encima de condiciones materiales de vida que posibiliten una adecuada nutrición, un aire libre de contaminantes, alimentos libres de metales pesados (Jiménez, 2015), etc. o una atención en salud relacionada con la promoción de la salud y no con la enfermedad. Nos encontramos con una subsunción formal y real del consumo en salud al capital. Como afirma Veraza:

“La subsunción real del consumo bajo el capital ocurre en la realidad de este consumo, es decir, en los valores de uso: el consumo y sus valores de uso han sido sometidos a las necesidades de acumulación de capital. Aún más, esa realidad del consumo que son los valores de uso está sometida no sólo formalmente, el consumo humano está determinado por el capital no sólo en su cantidad y en la forma en que se efectúa, sino que el valor de uso es sometido realmente al capital” (Veraza, 2008)

Autores como Abadía y Melo han afirmado la existencia de una subsunción real y formal a la esfera de valorización capitalista de las dinámicas de los sistemas de salud (Abadía y Melo, 2014), y el campo de consumo es clave para comprender y explicar dicho proceso.

La condición antropológica de lo humano, lo hace un *sujeto necesitante* o un sujeto de necesidades ante las cuales *produce* cosas útiles para satisfacerlas, es decir valores de uso. De modo que el valor de uso no es una propiedad física de los objetos sino una relación social que se establece a partir de la consideración de que ese objeto es útil como satisfactor de necesidades y por lo tanto “*merece la pena*” ser producido (Dussel, 2014); sin embargo, en el modo capitalista de producción ambos, tanto sujeto necesitante como sujeto productivo quedan subsumidos en el capital (Dussel, 2014). En el sector salud, dónde se explota el cuerpo enfermo en nombre de la salud y el bienestar, el asunto de la subsunción de las necesidades y valores de uso ha sido central para la configuración del campo de consumo y para la profundización de la mercantilización. Teniendo en cuenta los hallazgos empíricos, lo que pasa en el consumo se convierte en una clave explicativa importante de esta configuración. Así la relación de utilidad que se ha construido para la atención en salud está fuertemente ancladas a dispositivos médicos cada vez más “liberalizados” en el mercado, a los cuales se accede sin intermediación del profesional médico; de modo que toda la maquinaria de producción simbólica se vuelca a la magnificación o creación de esa relación de utilidad posicionándola como una necesidad, como piedra angular o paso previo al proceso de subsunción.

La centralidad del consumo para comprender la articulación de la salud a procesos globales de la acumulación de capital, radica en que, como afirma Veraza, “en el consumo se sintetiza el conjunto de las relaciones sociales. No se trata aquí, entonces, de una condición cualquiera para la explotación de plusvalor, como otras que están también fuera del proceso de trabajo, sino de la condición final redondeante, sintetizante; ahí donde todos los amarres sociales quedan anudados” (Veraza, 2011).

Hoy, más que nunca, hemos normalizado que la satisfacción de necesidades este definida por la dependencia de bienes y servicios (Arribas, 1994) y la atención en salud es una expresión exacerbada de ello porque su conexión con lo “vital” permite una fabricación de justificaciones de fácil aceptación social y política sobre lo que se debe consumir como satisfactor, e igualmente, con esa misma facilidad se apropia y posiciona como política pública, pues cómo afirma Bey citado por Giraldo, “el propósito de toda política es parecer apolítica, que se actúa racionalmente para cubrir una necesidad, en función del interés general de la sociedad, y no para favorecer a un determinado grupo de intereses” (Giraldo, 2013:39), de allí que la necesidad

relacionada con la salud sea un nicho de explotación alrededor del cual se generan múltiples mercancías con gran poder simbólico.

4.2 Necesidades en salud subsumidas

Si bien es cierto, al iniciar el proceso de investigación no se partió del concepto de subsunción como referente conceptual y metodológico, el análisis de los resultados en conjunto derivó en la necesidad de incorporar un nuevo referente que permitiera la articulación y síntesis de las categorías que emergieron en el estudio, este referente fue la categoría de subsunción. Concepto clave en la dialéctica materialista y, en general, en las escuelas de pensamiento que parten de Marx, e implica una “subordinación” y al mismo tiempo una “inclusión” y “negación” de un proceso o determinación por otro (Dussel, 2014); de acuerdo con Marx, ésta puede ser formal, cuando existe una modificación de las formas, pero no de los contenidos de dichas determinaciones y real cuando además se transforma el contenido de la determinación (Pagura, SF).

Tanto los discursos de los participantes como la ideología que circula en la prensa muestran que la satisfacción de necesidades en salud queda subsumida en las lógicas mercantiles, individualizadas y centradas en el cuerpo enfermo (Diagrama 8).

Diagrama 8. Proceso de subsunción de las necesidades en salud



Para Veraza, en términos generales, la subsunción real y formal del consumo al capital se ha dado por una transformación en la índole interna de los valores de uso, no solo en su forma y cantidad sino en su *estructura material*, de modo que no solo ha existido una manipulación del consumo para aumentar la demanda y uso de bienes y servicios, sino que está realmente sometido, explica Veraza:

“2. La subsunción real del consumo bajo el capital alude a un suceso que acontece en el consumo, en la realidad de este consumo: los valores de uso han sido sometidos a las necesidades de la acumulación del capital. Aún más, esa realidad del consumo que son los valores de uso ha sido sometida no sólo formalmente, es decir, que el consumo humano no queda determinado por el capital sólo en su cantidad y en la forma, sino que la estructura material del valor de uso ha quedado determinada de tal manera que responde a las necesidades de la explotación y acumulación de plusvalor.

3. En el consumo el valor de uso se adecua a las funciones del capital tal y como las características materiales del oro sirven a las funciones sociales del equivalente general dinerario, o más aún tal como, en el proceso de producción, las características materiales útiles de la máquina sirven a la necesidad de explotar a la clase obrera cada vez más plusvalor. La maquinaria y la gran industria es la culminación de la subsunción real del proceso de trabajo inmediato bajo el capital y la subsunción real del consumo bajo el capital es el desarrollo de la misma.

4. Sólo cuando ya existen las máquinas sometidas al capital es posible que éstas vomiten valores de uso cuya estructura material es ella misma capitalista. Entonces, el sometimiento capitalista de los seres humanos ya no es sólo económico y político, ni solamente ideológico y cultural —incluido el sometimiento moral—, sino que pasa a ser también fisiológico pues dependemos más vitalmente del modo de vida y no sólo del modo de producción instaurado por el capital. Y no se trata de la dependencia producida por adicción a los cigarrillos, licores o drogas, sino por todo el sistema capitalista de necesidades, también las que parecen inocuas.”(Veraza, 2008)

Los párrafos anteriores dan cuenta de la intensidad del concepto de subsunción real del consumo y posibilita situar el lugar del consumo y de las necesidades relacionadas con la atención en salud en los procesos globales de acumulación. Si bien es cierto, el periodo de estudio es escaso para dar cuenta de la totalidad del proceso de subsunción de este consumo, García (2017) muestra que en Colombia el rol del consumo relacionado con la atención en salud empezaría a delinearse como estratégico para las dinámicas de acumulación capitalista global hacia la década de los sesenta y, específicamente, se daría por la figura del medicamento (no se menciona en el trabajo otros dispositivos médicos) y de los cambios en el mercado que significó la incursión de los medicamentos genéricos; afirma literalmente que:

“Con la popularización de los medicamentos a través del genérico, la farmaceutización de la sociedad colombiana estaba también en proceso de establecerse.

Vender más, ganar menos por unidad, pero aumentar el número de consumidores, era, así, la apuesta que respaldaba la difusión de ese producto [...] De una manera todavía tímida, pero evidente, se observa en esta historia cómo los pacientes comienzan a ser objetivados, ya no como simples agentes pasivos de una medicina —cuyo saber se ejerce de forma vertical a través de las campañas de higiene o de la asistencia pública—, sino como potenciales consumidores que acceden a un mercado en expansión. Esto es, como ciudadanos con derecho a acceder a la salud y a comprar productos de calidad. La emergencia del mercado de genéricos se liga, así, a la emergencia de las prácticas de *farmaceutización*, donde *hacer la salud pública* se traduce en gran medida en *extender el acceso a los medicamentos*.” (García, 2017)⁴⁰

Si bien, hacemos distancia con algunas premisas establecidas por el autor relacionadas con la centralidad de los genéricos como desenlazaste de la farmaceutización, la

⁴⁰ En este mismo texto el autor explica que “La farmaceutización se entiende, en un primer sentido, como el proceso mediante el cual la práctica médica pierde terreno frente a una industria farmacéutica cuyos productos comienzan a ser consumidos de forma masiva y cuyas vías de adquisición e información se multiplican gracias a los medios de comunicación. Antropólogos de la salud, como João Biehl, apuntan un segundo sentido de la farmaceutización, entendida como el lugar cada vez más privilegiado que ocupa el acceso a los medicamentos en las políticas de salud pública. Hacer que la salud pública garantice la distribución y el aprovisionamiento de medicamentos. La población excluida sufre la carencia de los tratamientos” (García, 2017:5).

investigación de García da pistas fundamentales para identificar cómo necesidades en salud se van articulando directamente a productos farmacéuticos y se impulsan como políticas de Estado. Por otro lado, es fundamental mencionar que en los sesentas Colombia fue el escenario de despliegue de la “Alianza para el progreso” una estrategia de intervención y sometimiento impulsada por los Estados Unidos, dónde se establece que toda política social tiene como fin el desarrollo económico (Hernández y cols, 2002) y que “partía de la premisa según la cual, el mejor antídoto para la revolución socialista era fomentar el desarrollo económico” (García, 2017). No obstante lo anterior, en los sesentas prevalecía un Estado intervencionista sin predominio del mercado y la atención en salud se estructuraba bajo ésta óptica, de modo que las necesidades en salud no estaban liberalizadas al mercado, no solo por la disipación de una amplia gama de medicamentos de venta libre o de acceso inmediato en supermercados, sino por la contundencia del rol/control del médico para su acceso

En línea con lo anterior, diversos autores han identificado que en los setenta se está dando una transformación en la dinámica y estructura del capitalismo, derivada de la crisis del fordismo que, a su vez, generó cambios interdependientes en la división del trabajo, en el rol de los activos inmateriales y de las finanzas, los cuales permiten considerar la hipótesis de la transición a una nueva etapa del capitalismo (Míguez, 2013) en la que predomina “un fuerte proceso de remercantilización, privatización y desregulación [que acabó] creando un marco institucional, ideológico y convencional de gestión de la fuerza de trabajo dominado por la idea de máxima movilidad y adaptación (flexibilidad) en las necesidades estrictamente mercantiles (empezando por el mercado de trabajo) de máxima rentabilidad a corto plazo de capitales que se mueven en un marco mundial (global)” (Alonso, 2004).

Tanto la sociología como la historia han documentado el proceso de transito del autoconsumo y escaso peso de la mercantilización en las formas de vida y reproducción durante todo el siglo XIX y hasta bien entrado el XX, hacia la total integración del consumo en las lógicas mercantiles en todos los ámbitos sociales y territoriales (De Vrie, 2008; Alonso, 2004). En el caso de estudio de la presente investigación, puede evidenciarse la profundización mercantil en las prensa, por un aumento sistemático y consolidación de los diferentes mecanismos para la producción de las instituciones y del cuerpo enfermo para el consumo; también en los discursos de las personas, al reconocer que “antes” las formas en las que se solucionaban los problemas de salud quedan en el plano doméstico y eran tratadas de formas que no pasaban por el mercado de la atención en salud hasta un hoy

en el que una serie de medicamentos se incorporan en la canasta familiar, entre otras prácticas que evidencian tal profundización. Lo anterior, configura un campo de consumo cada vez más mercantilizado con satisfactores de uso cada vez más fetichizados, los cuales ocupan un lugar central y una máxima jerarquía como estrategia de respuesta a necesidades en salud por encima de condiciones materiales de vida y ambientes salubres.

En términos de política pública en Colombia, se observa en los 60 y 70 que la salud ,y otros ámbitos como la educación y el empleo, están ligados a los procesos de desarrollo económico como *factores* que lo posibilitan, es decir, se apalancan sectores sociales por su relación con los procesos de industrialización y empresarización en el país, mientras que en los 80 y, sobre todo en los 90, la salud es en sí misma un terreno para el aumento de la tasa de ganancia y la acumulación de capital; en este tránsito es que las necesidades se sometieron al procesos de acumulación.

De modo general, las metanarrativas y discursos oficiales sobre la atención a necesidades sociales se reivindican terminando la década de los setenta desde la Organización Internacional del Trabajo (OIT) a través de la propuesta de las “necesidades básicas”⁴¹, mostradas como el requisito mínimo y necesario para lograr crecimiento económico y señalando “que las necesidades básicas se acercan a lograr la obtención de la tasa deseable de crecimiento económico con una mayor precisión, estableciendo objetivos específicos de producción” (Emmerij, 2010). Esta propuesta se instala como una forma de medición de la pobreza en términos de agregados de individuos, como aceptación de unos mínimos tolerables de sobrevivencia (Streeten & Burki, 1978); y, sobretodo, como inversión en el capital humano, al respecto Giraldo explica:

⁴¹ En la conferencia mundial de la Organización Internacional del Trabajo –OIT- de 1976 bajo la dirección de Dharam Ghai, emerge la propuesta de la atención de “Necesidades básicas” como una acción que haría parte del “World Employment Programme (WEP)4” (Jolly, 1976). Para el momento, el mensaje que el discurso de la OIT reproducía tomaba como referencia el marco conceptual de las necesidades de Abraham Maslow, esto es un modelo jerarquizado y enraizado en una noción bio-fisiológica de la necesidad (ILO, 1976), desde esta perspectiva, la propuesta de Ghai remarcaba que solo las necesidades de satisfactores materiales podrían ser asunto de interés social y las que realmente posibilitaban la salida de la pobreza; tal propuesta contemplaba la comida, la vivienda, la educación y la salud. El hecho de que sea Dharam Ghai quien plantee el tema en la conferencia mundial y quien construya la propuesta no es un asunto aislado o aleatorio, pues Ghai antes de llegar a la dirección de la ILO, fue senior economist en el Banco Mundial. En este enlace es posible acceder al discurso inaugural de Ghai: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/genericdocument/wcms_193047.pdf

“el crecimiento económico depende de la acumulación de capital o inversión, en un marco económico adecuado: libertad de los mercados y disciplina económica. La inversión se puede hacer en capital físico, financiero, o humano... no es el trabajo el que genera valor sino el capital humano del cual disponen los trabajadores. Es el capital el que crea empleo y riqueza, por esto la política pública debe favorecer las condiciones de acumulación de capital” (Giraldo, 2013).

La propuesta de las necesidades básicas es la que recomienda el Banco Mundial para ser implementada en los países en desarrollo y es su bandera de lucha contra la pobreza; en América Latina la CEPAL asume y profundiza esta perspectiva. El nuevo orden económico de las necesidades básicas deja el mensaje que solo el mercado las suple efectivamente, pues las reconoce, clasifica, mide e instrumentaliza en pro de un desarrollo económico y aumento del ingreso per capita que terminaría beneficiando a los pobres. Para Illich, el discurso de las necesidades “Es una herramienta tan normativa y de doble filo como una droga poderosa. Al definir nuestra humanidad común por necesidades comunes, reducimos al individuo a un mero perfil de sus necesidades” (Illich, 1996). En contraste con lo anterior, Veraza explica que lo que afirma al conjunto de los individuos no es una necesidad por sí sola sino un sistema de necesidades el cual “se refleja en un sistema de satisfactores objetivos externos, mismos que corresponden a todo un sistema productivo que los genera” (Veraza, 2008)

La metanarrativa sobre las necesidades sociales se sustentó en argumentos provenientes de un concepto de necesidad jerarquizado, en relación con agregados de preferencias de individuos y con expectativas políticas de bienestar social, el cuál recordemos está muy ligado al desarrollo económico. Afirma Alonso que, los conceptos de necesidades que se asumen en términos de políticas, tienen que ver con un carácter primero o superior de lo biológico, que “tienen primacía en la acción social y solo una vez cubiertas, o precisamente para cubrirlas, aparecen en los niveles más altos de la acción individual o institucional” (Alonso, 2000). En estas necesidades biológicas se enmarca la salud y los servicios relacionados con su atención y mantenimiento, de modo que su *contenido interno* poco se problematiza. Por la interdependencia necesidad-consumo y por el fundamento de la necesidad como producto social, las necesidades son subsumidas por la *intervención* en la esfera del consumo relacionado con la atención en salud. Tal subsunción es real porque el cuerpo material ha sido sistemáticamente *arreglado* en su estructura útil en acuerdo a las necesidades del capital de explotar, acumular y garantizar la acumulación y explotación

de plusvalor; no se trata simplemente de “una manipulación ideológica o psíquica así sea subliminal del consumidor. Sino de un hecho material que somete psicológica, química, eléctrica y físicamente y es la base del resto de sometimientos conductuales, sociales, políticos y culturales” (Veraza, 2011). Al respecto vale la pena retrotraer algunas imágenes de la prensa en la cual los pre-hipertensos eran una nueva especie, o dónde los participantes se sentían realmente atendido con la entrega de una formula médica, entre otros.

En el contexto de la salud pública, el concepto de necesidad reproduce la metanarrativa mencionada, pues como campo de acción profesional y como ejercicio político está inserta en las dinámicas globalizantes. Sin embargo, conocer y comprender desde lo empírico cómo se articulan las necesidades y el consumo a formas globales del capitalismo posibilita, no solo revelar los efectos políticos y los económicos o relativos al valor, al precio, al gasto en salud, etc., sino también a las determinaciones sobre la reproducción y los procesos de subjetivación. (Veraza, 2008).

La comprensión desde esta perspectiva garantiza, un ejercicio práctico, teórico y político desde un lugar distinto, en pro de resistencias y de generación de procesos de participación en salud que limiten la reproducción de los poderes establecidos “fijándose los fines y los medios sociales a partir de un debate explícito y abierto” (Alonso, 2000) y dónde lo que predomine no sean las condiciones adecuadas para que la valorización del valor se logre, sino las condiciones adecuadas para la reproducción de la vida y la salud en condiciones dignas, pues como afirma Dussel, “La salud es el pretexto que se explota desde la enfermedad para sacar la tasa de ganancia” (Dussel, 2014)

4.3 El lugar del conocimiento en la subsunción de necesidades relacionadas con la salud

Desde los setentas, diversos autores han referido un cambio fundamental en el sistema capitalista y una importante vertiente de las interpretaciones sobre este fenómeno se ha concentrado en explicar y comprender tales cambios desde el rol de la tecnología, lo informacional, la comunicación y el conocimiento. Sin duda alguna, estos elementos emergen constantemente como centrales para la configuración del consumo desde el

punto de vista empírico y teórico. El caso de estudio no fue excepción de esto, las diversas fuentes incluidas en la investigación muestran esa centralidad, desde la prensa iniciando el milenio se inicia una fuerte propaganda hacia la búsqueda de información en internet, y desde los grupos, la existencia del doctor google como referente legítimo por encima de instituciones formales para la resolución de problemas de la salud; los anteriores ejemplos, son muestra de un protagonismo que resulta vital analizar a la luz de las dinámicas de subsunción de las necesidades. Por otro lado, está el peso de lo tecnológico en el ideal de desarrollo y avance de la salud, que se expresa tanto en la prensa como en los discursos de las personas, y como finalidad de la *buena atención*; así como la propia socialización del discurso médico a través de cualquier mecanismo comunicacional como un potente productor simbólico en la construcción de representaciones sobre la salud y su atención.

Para Virno, con la decadencia del fordismo, se instaura una especie de giro comunicativo o cognitivo del capitalismo, “en el sentido no sólo de que aumentan los canales, informaciones y «capital intelectual» implicado en la producción, sino de unificación del tiempo de trabajo y de consumo” (Virno, citado por Alonso, 2007). Ese giro cognitivo al cual hace referencia el sociólogo italiano, implica un proceso de transformación que se caracteriza por colocar el conocimiento y el cambio tecnológico en el centro de los procesos de valorización del capital. (Boutang, 1999; Belli y cols, 2009; Zuckerfell, 2008; Arbuet, 2014).

Aspectos como el reconocimiento de la existencia de una producción inmaterial, de una producción deslocalizada, de un ascenso y centralidad de la propiedad intelectual sin precedentes, la creación de nueva institucionalidad global y supranacional, muestran que el control del conocimiento es estratégico para la valorización del capital y a partir de su control se origina un patrón de acumulación distinto al capitalismo de inicios del siglo XX, de predominio industrial. De acuerdo con Zukerfeld (2008), lo novedoso de esta etapa radica en que el conocimiento definido a partir de su calidad de insumo productivo tiene el rasgo distintivo de la perennidad, es decir que su uso no lo consume o lo desgasta. El desgaste, en cambio, sí ocurre sobre los soportes del conocimiento, o dicho de un modo más, sobre el objeto que lo contiene (Zukerfeld, 2008).

Siguiendo con el autor, a partir de tales soportes se realiza una tipología de los conocimientos y distingue entre ellos una forma muy particular denominada información digital, la cual “Se trata de un tipo que presenta la propiedad de que puede reproducirse

de manera exacta con costos cercanos a 0” (Zuckerfeld, 2008). Esa posibilidad de replicabilidad de la información digital con costos ínfimos, es lo que caracterizaría a la presente etapa del capitalismo dónde ciertos procesos productivos tienen como insumo decisivo a la información digital y continua:

“Denominamos a los productos que se obtienen en esos procesos productivos Bienes Informacionales (BI). Esto es, bienes obtenidos en procesos cuya función de producción está signada por un importante peso relativo de los gastos (en capital o trabajo) en la generación de o replicabilidad de la Información Digital. En todos los casos se trata de bienes en cuya producción los costos de las materias y de la energía son despreciables frente a los de los conocimientos involucrados” (Zuckerfeld, 2008)

Tales características, tanto del conocimiento como de la ID y de los BI posibilitaron la expansión de los derechos de propiedad Intelectual como estrategia del sistema capitalista para adecuarse a una nueva etapa en la que el principal insumo productivo es la Información Digital y los principales productos son los Bienes Informacionales (Zuckerfeld, 2008). Estos derechos de propiedad intelectual son la punta de lanza de la industria farmacéutica para garantizar mayores tasas de ganancias y control del mercado. Así, el posicionamiento de los medicamentos en el terreno de lo simbólico desde la prensa y la manera como se ha fetichizado, expresa una de las múltiples relaciones del conocimiento con las dinámicas capitalistas y con el proceso de subsunción de necesidades. Aparece como ruta de análisis a profundizar y explorar con mayor rigor. La batería analítica que brinda el capitalismo cognitivo, sin duda abre espacios y nuevos interrogantes sobre el consumo, sus prácticas y configuraciones.

A MODO DE CIERRE

Para proponer una síntesis de los elementos conceptuales que resultaron del análisis de datos y de su constante contraste con los referentes teóricos y con otros autores, se requirió acudir a un concepto de tradición marxista que permitiera explicar con una imagen mental/conceptual lo que de fondo aparecía y estructuraba las explicaciones sobre la configuración del consumo, pero de manera contundente. Este concepto fue el de subsunción pues permitía dibujar esa imagen mental/conceptual del alma de la configuración del campo de consumo: la subordinación, inclusión y negación de las necesidades en salud. En este proceso de subsunción, las necesidades son transformadas

en su contenido, es decir en su esencia conceptual y real para ser articuladas en esa profundización de la mercantilización del sector salud.

Lo anterior es una propuesta para explicar de forma distinta las necesidades en salud en el campo de la salud pública, las cuales parecen estar fuera de debate conceptual porque se ha normalizado que deben ser suplidas por cualquier institución, sin embargo, este concepto está subsumido en el capital y en sus lógicas de acumulación contemporánea. Las políticas públicas se justifican desde la perspectiva de las necesidades de las poblaciones, pero se debe tener en cuenta que este concepto ha tenido una transformación sustancial. Así, solo una comprensión del campo de consumo relacionado con la atención en salud desde perspectivas socio-históricas y críticas hacen posible una resituación del discurso de las necesidades en salud, del consumo y de los procesos de subjetivación como determinaciones fundamentales de la salud.

EPILOGO

La pregunta de investigación buscó responder por la configuración de campo de consumo de la atención en salud en un periodo histórico de creciente hegemonía del modelo de mercado en esta atención y cuando se demostraba que el incremento del consumo es una palanca de la acumulación de capital. Para esto se seleccionó un marco de referencia de enfoque crítico-social, que permitiera entender y abordar empíricamente el fenómeno del consumo más allá de la demanda, del acceso o de las preferencias. La propuesta de la sociología del consumo, al considerarlo como hecho social total, posibilitó esa aproximación y, sobre todo, permitió construir una forma de explorarlo empíricamente a través de las prácticas y los discursos, sin perder su situación histórica y su articulación con el modo de regulación.

El análisis de cada una de las fuentes elegidas para responder la pregunta dio una perspectiva particular de aspectos relacionados con el consumo y, aunque, no se trató ni se buscó hacer un análisis sincrónico entre fuentes orales y documentales, la esencia relacional de la cual se parte cuando se considera el consumo como hecho social total, permitió establecer puntos de articulación entre aquello que circula y la apropiación y formaciones cognitivas que las personas ponen en acción en su cotidianidad y que son determinadas por sus condiciones materiales de vida y por sus habitus. En retrospectiva, se considera que una exploración desde los años setenta en la prensa y con mayor diversificación de los grupos pudo enriquecer más la perspectiva del análisis.

El conjunto de la propuesta analítica evidenció un proceso de corto plazo de profundización radical de mercantilización en la atención en salud que es interdependiente de un patrón global del modelo de acumulación capitalista que se reproduce en diferentes espacios del mundo de la vida y que efectivamente, se reproduce en las representaciones y prácticas de las personas frente a lo que han construido como “formas de satisfacer sus necesidades en salud”. Necesidades que, al ser puestas en dialogo con el proceso de acumulación capitalista, se muestran sometidas a los procesos de acumulación de capital.

Si bien el conjunto de los datos muestran la profundización radical de la mercantilización, emergen ciertas contradicciones y resistencias que sirven como ventanas de salida, pero que son escasas e indican la necesidad de acción política desde la salud pública a través del cuestionamiento, de la comprensión y análisis del sector salud a partir de perspectivas críticas que posibiliten el debate con posturas predominantes y que reproducen los discursos hegemónicos; los cuales han posibilitado la propia profundización de la mercantilización y que, como se muestra en los hallazgos, nos transforma realmente como sujetos.

Bibliografía

Abadía-Barrero C, y Melo-Moreno M. (2014). Repensar la salud desde una Academia crítica y comprometida. Vida, acumulación y emancipación. Rev. Gerenc. Polít. Salud, 13(27), 41-57. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyys13-27.rsda>

Abadia, C y Oviedo, D. (2009). Bureaucratic Itineraries in Colombia. A theoretical and methodological tool to assess managed-care health care system. Social Science & Medicine, 68, 1163-1160.

Acevedo, L. Moreno A, D. Roldán, S. (2016). Discursos y prácticas: hacia la visibilización de múltiples subjetividades y modos de ser maestro. Trabajo presentado para optar al título de Licenciadas en Pedagogía Infantil. Universidad De Antioquia Facultad De Educación Medellín.

Agamben, G. (2008). El reino y la gloria. Por una genealogía teológica de la economía y del gobierno. España: Editorial Pre-Textos.

Agamben, G. (2011). Language, Media and Politics. European Graduate School EGS Media and Communication Studies department. Conferencia recuperada de: <https://www.youtube.com/watch?v=5tfv2Hmj6IE>

Aglietta, M. (1998). Regulación y crisis del capitalismo. La experiencia de los estados unidos. Madrid, España: Editorial siglo XXI.

Almeida, C. (2002). Reformas de los sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: lecciones de de los años ochenta y 90's. Cadernos de Saúde pública, 18(4), 905-925.

Almeida, C. (2005) Reforma del sector salud y equidad en América Latina y el Caribe: conceptos, agenda, modelos y algunos resultados de implementación. Revista Gerencia y Políticas de Salud, 4(9), 6-55.

Alonso, L. (2000). Capítulo II. La producción social de la necesidad y la modernización de la pobreza: una reflexión desde lo político. En: Trabajo y posmodernidad: el empleo débil. Editorial Fundamentos, Primera edición. Madrid, España

Alonso, L. (2004) Las políticas del consumo: transformaciones en el proceso de trabajo y fragmentación de los estilos de vida. RES nº 4 pp. 7-50.

Alonso, L. (2005). La era del consumo. Madrid, España: Editorial Siglo XXI.

Alonso, L. (2007) Las nuevas culturas del consumo y la sociedad fragmentada. Pensar la Publicidad vol.I, n.2, 13-32.

Alonso, L. y Callejo, J. (1994). Consumo e individualismo metodológico: una perspectiva crítica. Política y sociedad 16, 111-134.

Alonso, L. (2009). Prácticas económicas y economías de las prácticas. Crítica al posmodernismo liberal. Madrid, España: Ediciones La Catarata.

Alonso, L. y Fernández, C. (2013). Los discursos del presente. Un análisis de los imaginarios sociales contemporáneos. Madrid, España: Siglo XXI.

Alonso, L. E. (2007). Las nuevas culturas del consumo y la sociedad fragmentada. Pensar La Publicidad, I(2), 13–32.

Alonso, L. E. (Mayo-Junio de 2013). La Sociohermenéutica como programa de investigación en Sociología. ARBOR Ciencia, Pensamiento Y Cultura, 189(761), a035. Recuperado de: <http://doi.org/10.3989/arbor.2013.761n3003>

Alonso, L. Callejo, J. (1994). Consumo e individualismo metodológico: una perspectiva crítica. Política y sociedad No. 16: 111-134

Alonso, L. E., Jesús, C., y Rodríguez, F. (Septiembre-Diciembre de 2014). Crisis y nuevos patrones de consumo: discursos sociales acerca del consumo ecológico en el ámbito. Empiria, (29), 13–38. Recuperado de: <http://doi.org//empiria.29.2014.12939>

Angell, M. (2006). La verdad acerca de la industria farmacéutica. Cómo nos engaña y qué hacer al respecto. Bogotá, Colombia: Traducción de Luz Freire. Grupo Editorial Norma.

Arbuet, C. (2014) Capitalismo y globalización: El capital en la era del capital tecnológico. *Desafíos*, (26-2): 97-124. Bogotá (Colombia).

Arredondo, A. (2010). Factores asociados a la búsqueda y uso de servicios de salud: del modelo psicosocial al socioeconómico. *Salud Mental*, 33, 397-408.

Arribas-Macho, J. (Coord.). (2013). Paradigmas teóricos en la investigación de mercados. En: *Sociología del consumo e investigación de mercados. Una guía didáctica* (pp. 111-194). Madrid, España: Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Arrizabalo, X. (2016). *Capitalismo y economía mundial*. Madrid, España: Instituto Marxista de Economía. Segunda Edición.

Arrow, K. (1963). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *The American Economic Review*, 53(5), 941-973.

Attiali, J. y Guillaume, M. (1976). *El antieconómico*. Barcelona, España: Editorial Labor.

Ayala, U. (1998). Comentario a la valoración actuarial del ISS realizada por la OIT. Bogotá, Colombia: Fedesarrollo.

Banco de la República (2013). ¿Qué es el Acuerdo general de aranceles y comercio (GATT)? Banco de la República. Recuperado de: <http://www.banrep.gov.co/es/contenidos/page/qu-acuerdo-general-aranceles-y-comercio-gatt>

Barros, J. A. C. (2008). Nuevas tendencias de la medicalización. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13, 579–587. Recuperado de: <http://doi.org/10.1590/S1413-81232008000700007>

Barros, J.A.C. (1983). Estratégias mercadológicas da industria farmacêutica e o consumo de medicamentos. *Rev. Saúde. Públ. S. Paulo*, 17(377), 86.

Barros, J. (1989). La batalla de los genéricos compitiendo con los nombres de marca. *AI-S-Bolivia* No. 0278.

Bautista, J.J. (2016). Clase 1: Las cuatro redacciones de El Capital de Marx. Clase 1. Cátedra Enrique Dussel. Colectivo UACM- Tosepan Titataniske Canal de YouTube. Videoconferencia publicada el 9 de Agosto de 2016. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=rKt8R0rYX-Q>

Beck, U. (2006). *La sociedad del riesgo global*. Madrid, España: Siglo XXI editores.

Beltrán, G. (2006). *Acción empresaria e ideología. La génesis de las reformas estructurales*". En: Pucciarelli A. (comp.), *Los años de Alfonsín*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.

Belli, S. López, C. Romano, J. (2009) *Producción, distribución y consumo de conocimiento en el capitalismo cognitivo. ¿un virus fuera de control?*. *Omnia*. Año 15, No1, pp: 82-94

Blech, R.J. (2005). *Los inventores de enfermedades. Cómo nos convierten en pacientes*. Barcelona, España: Destino.

Bianchi, E. y Faraone, S.A. (Enero-Marzo de 2015). *El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDA/H). Tecnologías, actores sociales e industria farmacéutica*. *Physis*, 25, 1. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000100006>

Boladeras Cucurella, M. (2001). *La opinión pública en Habermas*. *Análisis*, 26, 51-70. Recuperado de: <http://www.raco.cat/index.php/analisi/article/viewFile/15072/14914>

Bourdieu, P. (1983-1986). *The forms of capital*. En: Richardson JG (Ed.). *Handbook of Theory and research for the Sociology of Education*.. New York, EE.UU: Greenwood. Recuperado de: <https://faculty.georgetown.edu/irvinem/theory/Bourdieu-Forms-of-Capital.pdf>

Bourdieu, P (1988). *La distinción*. Madrid: Taurus. Primera edición 1979

Bourdieu, P. (1979). *Los tres estados del capital cultural*. En: *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*. Traducción de Mónica Landesma.

Bourdieu, P. ([1999] 2007). *Sobre el poder simbólico, en Intelectuales, política y poder*. Buenos Aires, Argentina: Eudeba.

Bourdieu, P. (1997). *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona, España: Anagrama.

Brismat, N. M. (2014). Instituciones: Una mirada general a su historia conceptual. *Revista Científica Guillermo de Ockham*, 12(2), 31-40.
<http://www.redalyc.org/html/1053/105338606004/>

Buchmueller, T. (2009). Consumer-oriented health care reform strategies: a review of the evidence on managed competition and consumer-directed health insurance. *Milbank*, 87(4), 820-41.

Burkell, J (2004). What are the chances? Evaluating risk and benefit information in consumer health materials. *J Med Libr Assoc.* April; 92(2): 200–208.

Boutang, Y. (1999), "Riqueza, propiedad, libertad y renta en el capitalismo cognitivo", en Rodríguez, Emanuel y Sánchez, Raúl (Compiladores) *Capitalismo cognitivo, propiedad intelectual y creación colectiva*, Madrid: Traficantes de Sueños.

Cabral-Barros, J. (2008). Nuevas tendencias de la medicalización. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(Sup), 579-587.

Campbell, R (2001) Consumer Health, Patient Education, and the Internet. *The Internet Journal of Health* Volume 2 Number 2

Canal de noticias RT (3 de enero de 2012a). Argentina penaliza a Glaxo por manipular permisos para las pruebas de una nueva vacuna. Canal de noticias RT. Recuperado de: <https://actualidad.rt.com/actualidad/view/37408-Argentina-penaliza-a-Glaxo-por-manipular-permisos-para-pruebas-de-una-nueva-vacun>

Canal de noticias RT (4 de enero de 2012b). Glaxosmithkline niega irregularidades en el estudio clínico realizado en Argentina. Canal de noticias RT. Recuperado de: <https://actualidad.rt.com/actualidad/view/37455-Glaxosmithkline-niega-irregularidades-en-estudio-cl%C3%ADnico-realizado-en-Argentina>.

García-Canclini, N. (1995). *Consumidores y Ciudadanos: Conflictos multiculturales de la globalización*. Editorial Grijalbo, México.

Cardona, A. [Coord.] (Julio-agosto de 1999). Impacto de la reforma de la seguridad social sobre la organización institucional y la prestación de los servicios de salud en Colombia. *Public Health Journal on the Net Journal*, 38

Cardona, Á., Mejía, L. Vargas, G. Álvarez, E. y Nieto, E. (Marzo-Abril de 2013). Análisis de la actualización del Plan Obligatorio de Salud del Sistema de Seguridad Social en Salud colombiano, 2009-2012. *Revista De Salud Pública*, 15(2), 258-270.

Castro Orellana, R. (Enero-julio de 2009). Capitalismo y medicina. Los usos políticos de la salud. *Ciencia política*, 7, 7-25.

Carpintero, E. (Abril de 2017). El consumismo domestica al sujeto a través de las mercancías. *Revista Topía*. Recuperado de: https://www.topia.com.ar/articulos/consumismo-domestica-al-sujeto-traves-mercancias?utm_source=Bolet%C3%ADn+Top%C3%ADa&utm_campaign=71765e9eb1-EMAIL_CAMPAIGN_TOPIA79_RESEND2_ARTICULOS&utm_medium=email&utm_term=0_bf055be65c-71765e9eb1-36206177&mc_cid=71765e9eb1&mc_eid=8691bd7dffç

Chesnais, F. (Abril de 2003). La teoría del régimen de acumulación financiarizado: contenido, alcance e interrogantes. *Revista de Economía Crítica*, 1, 37-72.

Clarke, A. E., Mamo, L., Fishman, J. R., y Fosket, J. R. (2003). Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine, 68, 161–194.

Clarke, A. E., Shim, J. K., Mamo, L., Fosket, J. R., Jennifer, R., y Clarke, A. E. (2010). Biomedicalization: technoscientific transformations of health, illness, and u.s. BIOMEDICINE, 68(2), 161–194.

Callejo, J. (1994). Modelos de comportamiento del consumidor: a propósito de la motivación. *Política y sociedad*, 16, 93-110.

Callejo, J. (1995). Elementos para una teoría sociológica del consumo. *Papers*, 47, 75.

Callejo, J. (SF). La construcción del consumidor global. Curso de Sociología I. Departamento de sociología de la UNED-España.

Callejo, J. (julio-diciembre de 2005). Consumo cultural, televisión y espacio local: una aproximación empírica. *Signo Y Pensamiento*, XXIV(47), 105–120. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=86004708>

Caracol Radio. (29 de Septiembre de 2012). ISS, una historia de corrupción y desangre. Caracol Radio. Recuperado de: http://caracol.com.co/radio/2012/09/29/economia/1348900680_770210.html

CENDEX - Grupo de Política y Economía de la Salud. (2012). Entender las preferencias del consumidor en el contexto de la competencia administrada. Evidencia desde un experimento de elección en Colombia. Boletín electrónico, 10(18). Recuperado de: http://www.cendex.org.co/Boletin_No18/BoletinNo18.html

Cerecedo Pérez, M. Tovar Bobo, M. y Rozadilla Arias, A. (2013). Medicalización de la vida. «Etiquetas de enfermedad: todo un negocio. Aten Primaria, 45(8), 434-438.

Clarke, A. Shim, J. Mamo, L. Fosket, J. Fishman, J. (2003). Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine. *American Sociological Review*, Vol. 68, No. 2 (Apr., 2003), pp. 161-194. Stable URL: <http://www.jstor.org/stable/1519765>

Cohen, R. Makuc, D. Bernstein, A. Bilheimer, L. y Powell-Griner, E. (2009). Health Insurance Coverage Trends, 1959–2007: Estimates from the National Health Interview Survey. National Center for Health Statistics. USA: Centers for Disease Control and Prevention, 1(17). Recuperado de: <https://www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr017.pdf>

Conde, F. (2009). Análisis Sociológico del Sistema de Discursos. Madrid, España: Centro de Investigaciones Sociológicas CIS.

Consejo Nacional de Política Económica y Social (24 de julio de 1980). Proyecto de fortalecimiento del Centro Hospitalario Nacional. Documento DNP-2.479-UDS, Bogotá.

Contraloría General de la Nación. (2012). Informe Contratación En Publicidad. Versión HTML del archivo. Recuperado de: <http://www.contraloria.gov.co/documents/10136/78918891/Presentacion-Informe-Ejecutivo-PUBLI-CIDAD-7-0.pdf/929c39c9-a116-4769-ab09-5cd3edbd680d>

Cortázar Rodríguez, F. (13-15 de Octubre de 2014). La medicalización de la vida en México: viejos padecimientos, nuevas enfermedades, estilos de vida emergentes y salud. En: Prácticas, significados, cartografías y discusiones. Ponencia presentada en el I Congreso de Cultura en América Latina. En memoria de Stuart Hall". Aguascalientes, Ags., México.

Coscia, V. (Diciembre de 2008). La privatización como salida a la crisis de fines de los 80. Un análisis desde las estrategias mediáticas Papeles de trabajo, 2(4). Recuperado de: http://www.idaes.edu.ar/papelesdetrabajo/paginas/Documentos/04_11_VanesaCoscia.pdf

Cox, R.W. (1980). The crisis of world order and the problem of international organization in the 1980s. *International Journal*, 35(2), 370-395.

Defensoría del Pueblo. (Septiembre de 2012) La tutela y el derecho a la salud 2011. Bogotá, D.C.

Defensoría del Pueblo. (Julio de 2015) La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2014. Bogotá, D.C.

De la Garza Toledo, E. (Sin Fecha). La Metodología Configuracionista para la Investigación Social. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa www.izt.uam.mx/sotraem/NovedadesEditoriales/metodologiaconfiguracionista.pdf

De la Garza Toledo, E. (Jan. - Mar., 2001) La epistemología crítica y el concepto de configuración. *Revista Mexicana de Sociología*, Vol. 63, No. 1 pp. 109-127 Stable URL: <http://www.jstor.org/stable/3541203>

De La Rosa, E. (2009). La fabricación de nuevas patologías. De la salud a la enfermedad. Lima, Perú: Fondo de Cultura Económica, Primera edición.

Delgado Jiménez, A. (2011). De la crisis fordista a la crisis de la financiarización: La centralidad del espacio en la crisis actual. Madrid, 1985-2007. *POLIS, Revista Latinoamericana*, 10(28). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30518550020>

De Vrie, J. (2008). La revolución industrial. Consumo y economía doméstica desde 1650 hasta el presente. Barcelona, España: Primera traducción al Español. Editorial Crítica.

Di Pasquale, M. (julio-diciembre de 2012). Notas sobre el concepto de ideología. Entre el poder, la verdad y la violencia simbólica. *Tabula Rasa*, 17, 95-112.

Departamento Nacional de Planeación. (5 de Mayo de 1991) Documento apertura a la salud. Lineamientos del plan de acción 1991-1994. Conpes 2531 de 1991, Bogotá.

Dussel, E. (1993). Las metáforas teológicas de Marx. México: Editado por Clacso, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.

Dussel, E. (2014). 16 Tesis de economía política. Interpretación filosófica. México: Siglo XXI, Editores

Dussel E. (2014a) 14 Tesis De Ética (El fundamento esencial del pensamiento crítico) Editorial Trotta, Madrid [España]. <http://enriquedussel.com/txt/Cursos/14-tesis-Tesis3.pdf>

Echeverri, O. (2008). Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia. Rev Panam Salud Publica, 24(3), 210–6.

Echeverri-López, M.E. (Diciembre de 2002). La salud en Colombia: abriendo el siglo... y la brecha de las inequidades. Revista gerencia y políticas de salud, 3. Recuperado de: http://rev_gerenc_polit_salud.javeriana.edu.co/vol1_n_3/salud_espacio_4.pdf

Echeverri-Lopez, ME (ene-jun 2011). Reforma a la salud y reconfiguración de la trayectoria de acceso a los servicios de salud desde la experiencia de los usuarios en Medellín Colombia. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), 10(20), 97-109.

Elías, N. (1994). Teoría del símbolo. Un ensayo de antropología cultural. Barcelona, España: Península.

Emmerij, L. (2010). The Basic Needs Development Strategy. World Economic and Social Survey 2010. United Nations. New York, USA.

El Mundo (27 de Agosto de 2006). Uribe aclara cierre del ISS. Diario El Mundo. Recuperado de: <http://www.elmundo.com/portal/resultados/detalles/?idx=29299>

El Tiempo. (25 de Abril de 1996). Piden Regresar Manejo Hospitalario A Minsalud. Diario El Tiempo. Recuperado de: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-282130>

El Tiempo. (29 de Mayo de 1992). Nuevos Proyectos De Inversión. Diario El Tiempo. Recuperado de: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-125760>

El Tiempo (8 de Octubre de 1993). S O S por el Centro Nacional Hospitalario. Diario El Tiempo. Recuperado de: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-238517>

El Tiempo. (24 de Febrero de 1997) Le pisan los talones al ISS. Diario El Tiempo. Recuperado de: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-546297>

El Tiempo. (23 de Diciembre de 1999). Cargos a Carlos Wolff Isaza. Diario El Tiempo. Recuperado de: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-956847>

Enthoven, A.C. (1978a). Consumer-choice health plan. *New England Journal of Medicine* 298(13), 709–720. doi:10.1056/NEJM197803302981304.

Enthoven, A.C. (1978b). Cutting cost without cutting the quality of care. *New England Journal of Medicine* 298(22), 1229–1238. doi:10.1056/NEJM197806012982204.

Enthoven AC, y Kronich R. (1991). Universal Health Insurance Through Incentives Reform. *Journal of the American Medical Association*, (265), 2532-2536.

Eslava, J. (2002). Hospital universitario y crisis hospitalaria en Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 2, 41-48.

Espinel, M. (2012). Modernidad, colonialidad y postcolonialidad: un nuevo contexto socio-histórico para la comprensión del VIH/SIDA en Sudáfrica. En: Ponencia presentada en el 8º Congreso Iberoamericano de Estudios Africanos, Madrid, España.

Espinel, M. (2011). Las bases sociales, institucionales y tecnológicas del control de la salud y la enfermedad en las sociedades modernas. Material de curso. Departamento de sociología I. Facultad de Ciencias Políticas y sociología. Universidad Complutense de Madrid, España.

Esping-Andersen, G. (1990). Introduction. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Recuperado de: <http://doi.org/10.2307/2073705>

Fassin, D. (Enero-diciembre, 2004). Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. *Hacia una antropología de la salud*. *Revista Colombiana de Antropología*, 40, 283-318.

Fedesarrollo. (2013). Política de medicamentos en Colombia y su impacto sobre el sector salud. Recuperado de: <http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/2011/08/Pol%C3%ADtica-de-medicamentos-en-Colombia-y-su-impacto-sobre-el-sector-salud-Presentaci%C3%B3n-Andi-Cartagena-Leonardo-Villar.pdf>

Feinmann, J. (2013). Filosofía política del poder mediático. Buenos Aires, Argentina: Editorial Planeta. E-book.

- Fernández Rodríguez, C. J., y Heikkilä, R. (2011). El debate sobre el omnivorismo cultural. Una aproximación a nuevas tendencias en Sociología del Consumo. *Revista Internacional de Sociología*, 69(3), 585–606. Recuperado de: <http://doi.org/10.3989/ris.2010.04.15>
- Franco, A. (Junio de 2008). La crisis del ISS. *Diario In Memoriam*. Universidad de Antioquia, 1(2). Recuperado de: <http://hectorabadgomez.org/archivos/pdf/u-235-2.pdf>
- Friedman, M. (1975). Discurso en Chile. Edificio Diego Portales de Santiago, el 26 de marzo de 1975. En: Soto, A. (Comp). *Un legado de libertad Milton Friedman en Chile*. Instituto Democracia y Mercado /Atlas Economic Research Foundation / Fundación para el Progreso.
- Faraone, S. Barcala, A. Torricelli, F. Bianchi, E. y Tamburrino, M. (2010). Discurso médico y estrategias de marketing de la industria farmacéutica en los procesos de medicación de la infancia en Argentina. *Interface - Comunic., Saude, Educ*, 14(34), 485-498.
- Filgueira, F. (2011). Pasado, presente y futuro del Estado Social latinoamericano: coyunturas críticas, decisiones críticas. En Hernández A, Rico C. (Ed.), *Protección Social en América Latina y el Caribe*. Investigación y Políticas (pp. 69-104). Bogotá, Colombia: Editorial Pontificia Universidad Javeriana.
- Foucault, Michel (1976). Crisis de la medicina o crisis de la antimedicina, 1974. *Educación médica y salud* 10 (2) 52-170
- García-Canclini, N. (1995). *Consumidores y ciudadanos. Conflictos multiculturales de la globalización*. México: Editorial Grijalbo.
- García, V. (2017) Los medicamentos genéricos en Colombia: industria, políticas de salud y farmaceutización durante la década de 1960. *Hist. Crit.* No. 65 • Julio-septiembre • Pp 115-137. doi: dx.doi.org/10.7440/histcrit65.2017.06
- Garcés Redondo, G., Colán Colán, C., Sánchez Oropesa, A., Gómez Suanes, G., Canchig Pilicita, F.E., y López de Castro, F. (2010). Opinión sobre la Visita Médica de los Médicos de Atención Primaria de Toledo. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 3(1), 5-9. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2010000100003&lng=es&tlng=es

Gates, R. McDaniel, C. y Braunsberger, K. (2000). Modeling Consumer Health Plan Choice Behavior To Improve Customer Value and Health Plan Market Share. *Journal of Business Research*, 48, 247–257.

Giraldo, C. (2002). *Finanzas Públicas en América Latina. Economía política*. Bogotá, Colombia: Editorial desde abajo.

Giraldo, C. (Ed.). (2013). *Política Social Contemporánea. Entre el asistencialismo y el mercado*. Bogotá, Colombia: Ediciones desde Abajo.

Gómez Córdoba, A.I., Latorre Santos, C., y Carreño, J.N. (Mayo de 2007). Dilemas éticos en las relaciones entre la industria farmacéutica y los profesionales de la salud. *Persona y Bioética*, 11(1), 23-38. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222007000100003&lng=en&tlng=es.

González-Hernández, G., y Urbis, M. (2013). De los imaginarios al fetichismo frente al debate de los centros históricos. *Boletín Científico Sapiens Research*, 3(2), 29-33. Recuperado de: http://www.sapiensresearch.org/images/pdf/v3n2/V3N2_Urbis_1.pdf

Gorbaneff, Y. Torres, S. y Contreras, N. (Enero-junio de 2008) Fuentes de poder de las aseguradoras frente a las prestadoras hospitalarias en el sistema de salud colombiano. El caso de la concentración industrial. *Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia)*, 7(14), 177-186.

Gutiérrez Roa, É. (15 de Enero de 2007). Tras años de agonía, se murió el Seguro Social. *Revista Semana*. Recuperado de: <http://www.semana.com/on-line/articulo/tras-anos-agonia-murio-seguro-social/82988-3>

Gutiérrez, A.B. (2004). Poder, hábitos y representaciones: recorrido por el concepto de violencia simbólica en Pierre Bourdieu. *Revista Complutense de Educación*, 15(1), 289-300.

Grossman, Sanford J. (1978). "Further Results on the Informational Efficiency of Competitive Stock Markets". *Journal of Economic Theory* 18 (1): 81–101

Grupo de Estudios Sociohistóricos de la Salud y la Protección Social. (Julio de 2015). Estado del arte sobre Complejo Médico Industrial. Informe de Jóvenes Investigadores Convocatoria Colciencias No. 617 de 2013. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia. Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina., Documento inédito.

Guzmán Fino, K. (Mayo de 2014). Radiografía de la oferta de servicios de salud en Colombia. Serie Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional. Cartagena, Colombia: Publicación del Banco de la República, 202. Recuperado de: http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_202.pdf

Habermas, J. (1986). Ciencia y técnica como «ideología». Traducido por Manuel Jiménez Redondo. Madrid, España: Tecnos.

Harvey, D. (1990). La condición de la posmodernidad. Investigación sobre los orígenes del cambio cultural. Traducción, Martha Eguía. Argentina: Amorrortu Editores-Argentina.

Hayek, F. (29 de marzo de 1968). La competencia como proceso de descubrimiento. En: Conferencia dictada en la reunión de la Philadelphia Society, Chicago, EE.UU. Recuperado de: <http://www.hacer.org/pdf/Hayek05.pdf>

Herbert G., Bowles S., Boyd R. y Fehr E. (2005). Moral Sentiments and Material Interest. The Foundation of Cooperation in Economic Life. Cambridge, United Kingdom: The Massachusetts Institute of Technology Press.

Hernández Álvarez, M. (2002). La salud fragmentada en Colombia 1910-1946. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.

Hernández M. Eslava, J. Henao L. Vega, M. Arrubla, D. y cols. (2012). Las reformas del sector salud en Brasil, México y Colombia, 1980-2010. Una comparación histórica sociopolítica. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de medicina. Centro de historia de la medicina “Andrés Soriano Lleras”. Documento de trabajo.

Hernández, M. Obregón, D. et al. (Octubre de 2002). La OPS y el Estado colombiano: Cien años de historia 1902-2002 . Bogotá, Colombia.

Homedes, N. y Ugalde, A. (2011). Reformas de salud y equidad en América Latina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2686-2696.

Ibañez, J. (1986). Más allá de la sociología. El grupo de discusión: Técnicas y crítica. Siglo XXI. Madrid

Ilich, I (1996). Necesidades. En: Sachs, Wolfgang (editor). Diccionario de desarrollo una guía del conocimiento como poder. Traducción al español por: Grillo y Ishawa. 1996. Impreso por proyecto andino de tecnologías campesinas. Disponible en: <http://www.unl.edu.ec/agropecuaria/wp-content/uploads/2012/03/LIBRO-Diccionario-Del-Desarrollo1.pdf>

Iriart, C. Faraone, S. y Waitzkin, H. (2000). Atención Gerenciada: la Reforma Silenciosa. Nueva época /Salud Problema, 5(9), 59-78

Iriart, C. y Iglesias-Ríos, L. (2012). Biomedicalización e infancia: trastorno del déficit de atención e hiperactividad. Interface: Comunicação, saúde, educação, 16(43), 1011-1012.

Iriart, C. (2014). Medicalización, biomedicalización y proceso salud-enfermedad-atención. En: XI Jornadas nacionales de debate interdisciplinario en salud y población. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de: http://xijornadasdesaludy poblacion.sociales.uba.ar/files/2014/11/Iriart_Celia.pdf

Iriart, C., Franco, T., y Merhy, E. E. (2011). The creation of the health consumer: challenges on health sector regulation after managed care era. Globalization and Health, 7(1), 2. Recuperado de: <http://doi.org/10.1186/1744-8603-7-2>

Iriart, C. Merhy, E. y Waitzkin, H. (Enero –marzo de 2000). La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16(1), 95-105.

Iriart, C. (setembro-outubro de 2008). Capital financiero versus complejo médico-industrial: los desafíos de las agencias regulatorias *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(5), 1619-1626.

Iriart C. y Merhy E.E. (Enero de 2017). Inter-capitalistic disputes, biomedicalization and hegemonic medical model. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832017005002103&script=sci_arttext&tlng=en

Izasa, F. (2011). Historia Legal del Seguro en Colombia. Análisis normativo del sector asegurador. En: La Industria Aseguradora en Colombia -Tomo I. Serie: Historia de Fasecolda en sus 35 años (pp. 56-110). Bogotá, Colombia: Fasecolda.

Jiménez, C. (2015). Estado legal mundial del cadmio en cacao (*Theobroma cacao*): fantasía o realidad. *Producción + Limpia*, 10(1), 89-104.

Junguito, R. y Rodríguez, A. (2010). Antecedentes. La empresa y la industria aseguradora colombiana en el contexto económico de finales del siglo XIX y del siglo XX. En: La Industria Aseguradora En Colombia - Tomo I. Serie: Historia de Fasecolda en sus 35 años (pp. 14-55). Bogotá, Colombia: Fasecolda.

Katz, J.M., y Miranda, E. (1995). Reforma del sector salud, satisfacción del consumidor y contención de costos. Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe – CEPAL- Serie políticas sociales no. 12.

Katz, J. y Muñoz, A. (1998). Organización del sector salud: puja distributiva y equidad. Buenos Aires, Argentina: CEPAL.

Katz, C. (Febrero-marzo de 1998). Crisis y Revolución Tecnológica a Fin de Siglo. *Realidad Económica*, 154, 34-49. Recuperado de: http://lahaine.org/katz/b2-img/Crisis_Revolucion_Tecnologica.pdf

Katz, C. (11 de Septiembre de 2014) Neoliberales en América Latina I. Ortodoxos y convencionales. [Mensaje en un blog]. Recuperado de: <http://katz.lahaine.org/?p=239>

Kerssens, J. y Groenewegen, P. (2005). Consumer Preferences in Social Health Insurance. Published in *European Journal of Health Economics*, 6(1), 8-15.

Kienyke (6 de Septiembre de 2013). El gasto publicitario del Gobierno: la gran verdad desconocida. Recuperado de: <http://www.kienyke.com/politica/saben-los-colombianos-cuanto-gasta-el-gobierno-en-publicidad-oficial/>

Klein, N (2008). La doctrina del shock. El auge del capitalismo del desastre. Buenos Aires, Argentina: Paidós. Primera Edición.

Lipietz, A. (1984). La mundialización de la crisis general del fordismo: 1967-1984. Traducción de Alicia Pérez. Artículo Original en francés: "La mondialisation de la crise générale du fordisme: 1967-1984". CEPREMAP No. 8413, Junio, Paris.

Lister, J. (2007). Health policy reform. Driving the wrong way?. United Kingdom: Middlesex University Press.

Lopez-Casasnovas, B. (2003). El Valor de la Salud. Barcelona, España: Universidad Pompeu Fabra.

Lozano J., Lozano A., y Lozano D. (Marzo de 2003). Caso de estudio. Diferenciación en la prestación de servicios de medicina prepagada y plan obligatorio de salud-pos. Estudios Gerenciales, [S.l.], 99-152. Recuperado de: <https://www.icesi.edu.co/revistas/index.php/estudios_gerenciales/article/view/10>.

Luhmann, N. (2000). La realidad de los medios de masas. Barcelona: Anthropos editorial.

Maibach, E. Weber, D. Massett, H. Hancock, G. y Price, S. (2006). Understanding Consumers' Health Information Preferences: Development and Validation of a Brief Screening Instrument. Journal of Health Communication, 11, 717–736. DOI: 10.1080/10810730600934633.

Martín Barbero, J. (1991). De los medios a las mediaciones. Comunicación, cultura y hegemonía. México: Anthropos

Marín-García, C. (2015). Impacto económico y social de la autorización de medicamento No POS en el sistema de salud (Tesis de especialización). Universidad Militar Nueva Granada. Facultad de Ciencias Económicas. Bogotá.

Márquez, J. (2008). Ciencia, riesgos colectivos y prensa escrita. El caso del sida en Colombia. Medellín, Colombia: Universidad Nacional de Colombia. Primera Edición.

Márquez, J. (2014) Relación médico-paciente y mercado de la salud en Colombia. Interface Comunicação Saúde Educação. 18(50):609-17

Martínez, J. (26 de septiembre de 1998). Las clases sociales y el capital en Pierre Bourdieu un intento de aclaración. Serie Análisis. Documento P/10 98-PB94/1382. Comunicación presentada en el VI Congreso de Sociología de la FES, celebrado en Coruña, España.

Marx, K. [Engels, F.]. (2008). El Capital. Tomo 2. Volumen 3. El proceso de circulación del capital. México: Siglo XXI editores 20^a reimpression.

Marx, K. [Engels, F.]. (2009). El Capital. Tomo 3. Volumen 6. El proceso global de la producción capitalista. México: Siglo XXI editores 17ª reimpresión.

Marx, K. ([1975] 2008). El capital Tomo 1. Volumen 1-4. El carácter fetichista de las mercancías y su secreto. México: Siglo XXI editores. Primera Edición, 28ª reimpresión.

Marx, K. (1987). Introducción general a la crítica de la economía política 1857. México: Ediciones los comuneros.

Marx, K. (1989). Contribución a la crítica de la economía política. México: Editorial Progreso.

Marx, K. (2010). Miseria de la filosofía 1847. Marxism Internet Archive, 2010. Digitalizado por Juan Fajardo. Recuperado de: <http://www.marxists.org/espanol/m-e/1847/miseria/>

Médicos sin fronteras. (17 de noviembre de 2015). MSF lanza una campaña internacional para que GSK y Pfizer reduzcan el precio de la vacuna contra la neumonía. Médicos sin fronteras. Recuperado de: <https://www.msf.es/actualidad/msf-lanza-una-campana-internacional-que-gsk-y-pfizer-reduzcan-precio-la-vacuna-la-0>

Merino-Castello, A. (2003). Eliciting consumers preferences closing stated preferences discrete choice method: contingent ranking versus choice experiment. (PhD Thesis). Universida Pompeu Fabra, Barcelona-España.

Mesa Melgarejo, L., y Romero Ballén, M. (Julio-diciembre de 2010). Profesionales de enfermería y cuidado en las condiciones laborales actuales Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo, 12(2), 55-92. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1452/145217280005.pdf>.

Mesa Melgarejo, L. y Gómez Pulido, C.A. (2007). Vivencias en el cuidado de la salud y la vida en un contexto de precarización del trabajo en enfermería. Biblioteca Lascasas, 3(1). Recuperado de: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0206.php>

Míguez, P. (2003) Del General Intellect a las tesis del “capitalismo cognitivo”: aportes para el estudio del capitalismo del siglo XXI. Bajo el Volcán, vol. 13, núm. 21, pp. 27-57

Ministerio de la Protección Social. (2005) Estudio sobre uso y prescripción de medicamentos en cinco ciudades Colombiana. Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá.

Molina-Marín, G. Vargas-Peña, G. y Shaw, A. (2010). Atención materna en un ambiente de mercado de servicios de salud, Medellín-Colombia, 2008-2009. *Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia)*, 9(19),108-123.

Molina, G. Muñoz, I. y Ramírez, A. (Ed). (2011). Dilemas en las decisiones en la atención en salud en Colombia. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera. *La carreta de la salud*. Medellín, Colombia: La carreta Editores -Universidad de Antioquia.

Moorman, C. (2002). Consumer Health under the scope. *Journal of Consumer Research*, 29(1), 152-158.

Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social. (Junio de 2008). Corrupción en las EPS. Medellín, Colombia: In Memoriam U-235. *Periódico de la Universidad de Antioquia*, 1(2).

Múnera HA. (2011). La calidad de la atención en salud. Más allá de la mirada técnica y normativa. *Invest Educ Enferm*, 29(1), 76 – 86.

Muñoz, O. (Junio de 2003). La propuesta oficial de Política Farmacéutica Nacional. *Periódico El Pulso*, 5(57). Disponible en: <http://www.periodicoelpulso.com/html/jun03/debate/debate-02.htm>

Natella, G. (2008). La creciente medicalización contemporánea: Prácticas que la sostienen, prácticas que la resisten en el campo de la salud mental. En: Cannellotto, Adrián y Luchtenberg, Erwin (Coord.). *Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión*.

Navarro, V. (1978). *La medicina bajo el capitalismo*, Barcelona, Grijalbo.

Ocampo, J.A. (2001). *Un futuro económico para Colombia*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe de las Naciones Unidas (CEPAL).

Organización Panamericana de la Salud y otros. (27 al 29 de febrero de 2008). Acta del simposio subregional de nuevas vacunas: neumococo, rotavirus y VPH. Bogotá. Recuperado de:

<http://www.sabin.org/sites/sabin.org/files/Acta%20del%20Simposio%20Subregional%20de%20Nuevas%20Vacunas-%20Neumococo,%20Rotavirus%20y%20VPH.pdf>

Orospe Hernández M. (Junio de 2016) Fetichismo y antifetichismo en la Filosofía de la Liberación de Enrique Dussel Latinoamérica. Revista de estudios Latinoamericanos, 10(62), 79. Recuperado de: http://ac.els-cdn.com.ezproxy.unal.edu.co/S1665857416300059/1-s2.0-S1665857416300059-main.pdf?_tid=edc44240-41a5-11e7-815d-00000aacb362&acdnat=1495756837_f2b011d6f82dfb6739a00b4de1559e51

Orozco-Díaz, J. (2012). De la farmacovigilancia al monitoreo crítico de los medicamentos. El proceso de registro de medicamentos en Colombia 2006 (Tesis doctoral). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.

Ortiz, O. A. (2017). Decolonizar la investigación en educación. Praxis, 13, No. 1. DOI: <http://dx.doi.org/10.21676/23897856.2112>

Otero García, L. (2011). Aproximación a las representaciones sociales sobre la salud de la población inmigrante en el discurso periodístico en prensa escrita española (2000-2006). Madrid, España: Escuela Nacional de Sanidad (ENS) Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia e Innovación de Madrid.

Páez Pérez, P.N. y Silva Ruiz, J. (Enero/diciembre de 2010). Las teorías de la Regulación y Privatización de los Servicios Públicos. Administración & Desarrollo, 38(52), 39-56.

Pagura, N. (Sin Fecha). El concepto de “subsunción” como clave para la interpretación del lugar del trabajo en el capitalismo actual. Material de clase. Disponible en: <http://www.catedras.fsoc.uba.ar/heler/16.12.08pagura.htm>

Páramo M, D; Ramírez P, E. (Septiembre de 2009). Representaciones mentales de tenderos y consumidores de la tienda tradicional de barrio. ENTORNOS, No. 22. pp. 75-84

Parra Ayala, A. (Enero – junio de 2012). La teoría del valor como teoría de la crisis: un marco teórico para la comprensión de la crisis del capital a través del valor. Revista Espacio crítico, 16, 3-20.

Payer, L. (1995). *Medicine and Culture: Varieties of Treatment in the United States, England, West Germany, and France* (pp. 204). Reviewed edition New York: Henry Holt and Co.

Petrecolla, D (2011). Condiciones de competencia en el sector de medicamentos de Centroamérica. Grupo Centroamericano de Política de Competencia y Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en: <http://www.coprocom.go.cr/documentos/informes/informe-sector-medicamentos-ene2011.pdf>

Petrof, S. (2015). The dialectics of media representation. Je Suis Charlie as fetishization of an image. *ESSACHESS. Journal for Communication Studies*, 8, 2(16), 207-225.

Piñero, MT. (Octubre 2015-marzo 2016). Las transformaciones del discurso político en América Latina en los años 80. *Liberalismo y Democracia*. Raigal, 1, 35-49.

Piñero, FJ. (Junio de 2004). El modo de desarrollo industrial Fordista-Keynesiano: Características, Crisis y reestructuración del capitalismo. *Revista Contribuciones a la economía*, 1(18). Recuperado de: <http://www.eumed.net/ce/2004/fjp-ford.pdf>

Plazas Salamanca, AM. (2015). Marcas discursivas de medicalización en anuncios publicitarios. *Hallazgos*, 12(24), 201-217. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.15332/s1794-3841.2015.0024.11>

Preciado, P.B. (3 de Marzo de 2013). ¿La muerte de la clínica?. Conferencia del Museo Nacional Reina Sofia, España. Material Audiovisual. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=4aRrZZbFmBs>

Priego-Alvarez H. (2000). Comportamiento del consumidor sanitario. Análisis mercadológico en las decisiones de compra de servicios de salud. *Hitos de Ciencias Económico-Administrativas*, 15, 25-30.

Portilla Pinzón, A. (2014). Evaluación de las prescripciones autorizadas por tutelas en tres entidades promotoras de salud de Bogotá durante los años 2010 – 2011. (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias, Departamento de Farmacia, Bogotá, Colombia.

Ramírez, O. (3 de Noviembre de 1987). Se gastan 60 mil millones en drogas que casi no sirven. Diario El Tiempo. Recuperado de:

Redacción Salud. (04-08-2012). Cada cinco minutos hay una tutela en el sector de la salud. Diario El Tiempo. Recuperado de: http://www.eltiempo.com/vida-de-hoy/salud/ARTICULO-WEB-NEW_NOTA_INTERIOR-12096201.html

Redacción Salud. (20-08-2015). Cada 4 minutos se interpone una tutela para buscar atención en salud. Diario El Tiempo. Recuperado de: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-16258176>

Redacción Salud (16 de Octubre de 2005). 18 Empresas reciben el dinero de tutelas por medicamentos. Diario El Tiempo. Recuperado de: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-1800438>

Redacción Salud. (30 de Enero de 2015). Polémica por propuesta para regular relación de médicos y laboratorios. Diario El Tiempo. Recuperado de: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-15168015>

Relman, A. (Oct 23 1980). The new medical-industrial complex. The New England Journal of Medicine. Año 03 Vol. 17(963-70)

Revista Dinero (30 de Septiembre de 2015). El mercado de las clínicas dentales sonríe en Colombia. Revista Dinero. Recuperado de: <http://www.dinero.com/edicion-impres/negocios/articulo/clinicas-dentales-disputan-clientes-colombianos/214152>

Revista Dinero (15 de Agosto de 2008). Nueva EPS, el reto de conservar la institucionalidad pública desde lo privado. Revista Dinero. Recuperado de: <http://www.dinero.com/edicion-impres/entrevista/articulo/nueva-eps-reto-conservar-institucionalidad-publica-desde-privado/66472>

Revista Dinero. (26 de Febrero de 1999). Top of Mind 99. Revista Dinero. Recuperado de: <http://www.dinero.com/caratula/edicion-impres/articulo/top-of-mind-99/14405>

Revista Dinero (27 de Abril de 2007). Competencia feroz. Revista Dinero. Recuperado de: <http://www.dinero.com/caratula/edicion-impres/articulo/competencia-feroz/44312>

Revista Dinero (4 de Noviembre de 2008). EPS, en salud aún hay mucho por hacer. Revista Dinero. Recuperado de: <http://www.dinero.com/caratula/edicion-impresa/articulo/eps-salud-mucho-hacer/60604>

Revista Dinero. (9 de Septiembre de 2014). Las tiendas de barrio siguen en su trono. [Edición en Línea]. Disponible en: <http://www.dinero.com/pais/articulo/preferencias-consumo-bogotanos-2014/200943>

Revista Semana. (5 de Octubre 2014). Así se habrían gastado \$2,3 billones en publicidad y eventos. Revista Semana. Recuperado de: <http://www.semana.com/nacion/articulo/asi-se-habrian-gastado-23-billones-en-publicidad-eventos/405171-3#>

Revista Semana. (9 de Septiembre de 1997). A qué le teme Carlos Wolff. Revista Semana. Recuperado de: <http://www.semana.com/nacion/articulo/quien-le-teme-carlos-wolff/33737-3>

Revista Semana. (25 de Noviembre de 2014). Así controlan las instituciones y empresas de salud a los médicos. Revista Semana, Sección Denuncia. Recuperado de: <http://www.semana.com/nacion/articulo/las-eps-controlan-los-medicos-con-polemicos-metodos/409528-3>

Revista Semana. (6 de Abril de 2016). El temible Dr. Google. Revista Semana Sección Tendencias. Recuperado de: <http://www.semana.com/vida-moderna/articulo/google-internet-resuelve-dudas-de-salud/476337>

Robinson, JC. y Ginsburg, PB. (2009). Consumer-Driven Health Care: Promise And Performance. *Health Affairs*, 28(2), w272-w281.

Robles, M. y Escorcía, R. (Enero de 2017). A 150 años de un proyecto que sigue definiéndose. *Revista Memoria*, 261. Recuperado de: <https://revistamemoria.mx/?p=1400>

Rodríguez, F. (2008) “La ciudadanía desde las prácticas: una indagación a partir de los nuevos derechos de usuarios y consumidores”. Tesis para optar por el Título de Magíster en Investigación en Ciencias Sociales. Facultad de Ciencias Sociales – Universidad de Buenos Aires.

Rodríguez-Cabrero, G. (2002). Economía política de la sociedad del conusmo y del Estado de bienestar. *Política Y Sociedad*, 39(1), 7–25.

Rodríguez, G. (2008). “La ciudadanía desde las prácticas: una indagación a partir de los nuevos derechos de usuarios y consumidores”. Tesis para optar por el Título de Magíster en Investigación en Ciencias Sociales. Facultad de Ciencias Sociales – Universidad de Buenos Aires.

Rodríguez, Ó. (06 de septiembre de 2012). Colombia. La crisis del sistema de salud. *Le Monde Diplomatique Colombia*. No. 115. Recuperado de: <http://www.eldiplo.info/portal/index.php/1851/item/227-colombia-la-crisis-del-sistema-de-salud>

Rodríguez Z., y Paula G. (3 de agosto de 2013). La producción de enfermedad en el paradigma de la salud del siglo XXI. *Anagramas -Rumbos y sentidos de la comunicación*, 11(22), 37-52. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-25222013000100003&lng=en&tlng=es.

Rodríguez Zoya, P.G. (9 y 10 de diciembre de 2010). El cuerpo medicalizado en el discurso de los laboratorios. Un análisis del mecanismo de invención de enfermedades a partir de publicidades audiovisuales. VI Jornadas de Sociología de la UNLP, La Plata, Argentina. En *Memoria Académica*. Recuperado de: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.5672/ev.5672.pdf

Romero, D. y Ramirez, M. (13 de Junio de 2016). Uno de cada cuatro hospitales en el país están en alto riesgo financiero. *La República*. Recuperado de: http://www.larepublica.co/uno-de-cada-cuatro-hospitales-en-el-pa%C3%ADs-est%C3%A1n-en-alto-riesgo-financiero_388276

Rubio, O. Ojeda, J. y Montes, E. (Diciembre de 2003). Deuda externa, inversión y crecimiento en Colombia, 1970 – 2002. Bogotá, Colombia: Banco de la República, Subgerencia de Estudios Económicos, Departamento Técnico y de Información Económica.

Ruiz, C. (2013). Colombianos gastan 30 millones de dólares en acetaminofén. Revista KienyKe. Recuperado de: <http://www.kienyke.com/historias/colombianos-gastan-30-millones-de-dolares-en-acetaminofen/>

Ruiz Gómez, F., Amaya, J. L., Garavito Beltrán, L. y Ramírez, J. (2008). Precios y Contratos en Salud. Resultados estudio indicativo de precios y análisis cualitativo de contratos. Bogotá, Colombia: PARS, DNP, CENDEX.

Ruiz Gómez, F. (Enero de 2013). Mercados y sistema de salud en Colombia. Desarrollo regulatorio y senda de ajuste. Policy paper, 8, 1-21.

Sabaté, J. (17 de enero de 2017). Internet abre una tercera vía en el campo de la salud. Publicación El Diario.es, sección consumoclaro. Recuperado de: http://www.eldiario.es/consumoclaro/cuidarse/contratar-seguro-medico-barato-consultas-privadas_0_602289886.html

Sainfort F, Booske BC. (1996). Role of information in consumer selection of health plans. Health Care Financing Review 18(1):31-54.

Sangl JA, Wolf LF (1996). Role of consumer information in today's health care system. Health Care Financing Review 18(1):1-8.

Sánchez Torres, F. (7 de septiembre de 1991). El Centro Hospitalario Del Sur. Diario El Tiempo. Recuperado de: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-149869>

Sarmiento, MC. (2000). Enfermedades Transmisibles en Colombia: Cambios Ambivalentes. Salud Pública, 2 (1): 82-93.

Serna, O. y Heredia, A. (2012). Crisis financieras sistémicas en Colombia y contraste con el escenario actual. Bogotá, Colombia: Fondo de Garantías de Instituciones Financieras FOGAFIN, 2.

Serrano, A., y Zurdo, A. (2013). Representaciones audiovisuales de las personas sin hogar: entre la espectacularización de la exclusión social extrema y la culpabilización de las víctimas. Revista Española de Sociología, 20(2013), 105–137.

Smith, P., Mossialos, E. y Papanicolas, I. (Ed.). (2010). Performance measurement for health system improvement Experiences, challenges and prospects. Cambridge, United Kingdom: University Press Second edition.

Sloan, F. (2001). Arrow's concept of the health care consumer: a forty years retrospective. *Journal of health politics, policy and law*, 26(5), 899-911.

Streeten, P.; Burki, S.. 1978. "Basic needs : some issues". *World Development*. -- Vol. 6, Issue no. 3 (March 1978), pp. 412-421.
<http://documents.worldbank.org/curated/en/825851468331061912/Basic-needs-some-issues>

Stolkiner, A. (2014). Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental. En: Lerner H (Comp.). *Los sufrimientos; diez psicoanalistas, diez enfoques* (pp. 211-239). Buenos Aires, Argentina: Psicolibro. Colección FUNDEP.

Sztajnszraiberg, D. (6 de Diciembre de 2016). Límites entre ficción y realidad. Argentina: Conferencia para el programa de Escrituras, Flacso. Recuperado de: canal de Flacso en Youtube: <https://www.youtube.com/watch?v=CgDQIM5L9M4>

Tauss, A. (Julio a Diciembre de 2012). Contextualizing the current crisis: post-fordism, neoliberal restructuring, and financialization. *Colombia Internacional*, 76, 51-79.

Torres Carral, G. (Enero de 2013). Armamentismo y sobreconsumo en el capitalismo contemporáneo: La economía política de la guerra. *Economía: teoría y práctica*, (38), 149-181

Twaddle, A. (2002). *International Comparison of Health Care System Reforms*. En Twaddle A. *Health Care Reform Around the World*. USA: Library of Congress Catalogue.

Ugalde, A. y Homedes, N. (2005). Las reformas neoliberales del sector de la salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 17(3), 202-209.

Useche, O. (Mayo de 2012). Reestructuración "bio-económica" del capitalismo y su impacto en la reconfiguración del estado y la ciudadanía. En: González Meyer R., y Richards H. *Hacia otras economías, Crítica al paradigma dominante* (p. 231). Impreso en

los talleres de LOM Ediciones. Recuperado de: http://repensar.cl/wp-content/uploads/2013/12/HACIA_OTRAS_ECONOMIAS.pdf#page=228

Vacca C, Fitzgerald J, y Bermúdez J. (2006). Definición de medicamento genérico ¿un fin o un medio? Análisis de la regulación en 14 países de la Región de las Américas. *Rev Panam Salud Publica*, 20(5), 314–23.

Vacca, C. Niño, C. Reveiz, L. (2011). Restricción de la venta de antibióticos en farmacias de Bogotá, Colombia: estudio descriptivo. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 30(6), 586-591. <https://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892011001200015>

Vargas-Lorenzo, I; Vázquez-Navarrete, M. y Mogollón-Pérez, A. (Octubre 2010). Acceso a la atención en salud en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 12(5), 701-712.

Vega, M. (2010). Transformaciones en la protección social en Colombia. 1946-1993. (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia. Sede Bogotá. Facultad de Ciencias Humanas Departamento de Historia Bogotá.

Vega-Vargas, M., Eslava-Castañeda, J.C., Arrubla-Sánchez D. y Hernández-Álvarez, M. (2012). La reforma sanitaria en la Colombia de finales del siglo XX: aproximación histórica desde el análisis sociopolítico. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 11(23), 58-84.

Veraza, J. (2011) Del reencuentro de Marx con américa latina en la época de la degradación civilizatoria mundial. La subsunción real del consumo bajo el capital, la historia del desarrollo capitalista y la reconstrucción del marxismo hoy (antología de la obra de Jorge Veraza). Vicepresidencia del Estado Plurinacional de Bolivia, La Paz – Bolivia.

Veraza, J. (2010) Crisis económica y crisis de la forma neoliberal de civilización (o de la subordinación real del consumo bajo el capital específicamente neoliberal). *Argumentos*, Año 23, núm. 63, mayo-agosto. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/argu/v23n63/v23n63a6.pdf>

Vianna, C.M.D.M. (2002) Estruturas do Sistema de Saúde: do Complexo Médico-industrial ao Médico-financeiro. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 12(2), 375-390.

Vidal de la Rosa, G. (2008). La Teoría de la Elección Racional en las ciencias sociales. *Sociológica*, 23(67), 221-236.

Vitt L., Siegenthaler J., Siegenthaler L., Lyter D. y Kenet J. (2002). Consumer Health Care Finances and Education: Matters of Values. USA: Intitute for socio-financial studies.

Waitzkin H. (1979). Medicine, superstructure and micropolitics. *Sosc, Sci. & Med*, 13A, 601-609.

Waitzkin, H (2011). *Medicine and public health at the end of the empire*. USA: Paradigm Publishers.

World Health Organization. (2009) *Medicines use in primary health care in developing and transitional countries: fact book summarizing results from studies reported between 1990 and 2006*. Editado por World Health Organization (WHO/ EMP/MAR/2009.3). Geneva.

Zapata, J. Bernal, S. Castillo, J. y Garzón, K. (Febrero de 2012). *Hacia una política integral de medicamentos biotecnológicos en Colombia*. Colombia: Nueva Serie Cuadernos de Fedesarrollo, número treinta y nueve. Fedesarrollo- Primera edición.

Zuazo, N. (2015). *Guerras de internet*. Sello Debate. Argentina: Editorial Penguin Random House.

Zuckerfell, M. (sin año). *Bienes Informacionales y Capitalismo Cognitivo Conocimiento, Información y Acceso en el siglo XXI*. *Revista Razón y Palabra*, 54 Recuperado de: <http://www.bibliotecacts.org/38/1/Bienes-Informacionales-y-Capitalismo-Cognitivo-Conocimiento-Informaci%C3%B3n-y-Acceso-en-el-siglo-XXI-2006-Revista-Raz%C3%B3n-y-palabra-nro.-54.pdf>

Zukerfeld, M. (2008) *Propiedad Intelectual y Capitalismo Cognitivo Breve historia de un matrimonio forzoso*. XXI Jornadas de Historia Económica. Buenos Aires, Argentina.

A. Anexo 1. GUÍA PRELIMINAR DE PREGUNTAS. GRUPO DE DISCUSIÓN

TÍTULO DEL PROYECTO: “Configuración de las prácticas de consumo de atención en salud en la ciudad de Bogotá: cambios y permanencias en el sistema de salud entre 1980 y 2009”

1. OBJETIVOS

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Analizar las prácticas de consumo de la atención en salud en la trayectoria del sistema general de seguridad social en salud.

OBJETIVO DEL GRUPO FOCAL

Exploraran elementos del discurso social que permitan comprender los usos, formas, estructuras, y estrategias (práctica de consumo) de la atención en salud.

PARTICIPANTES

Personas entre los 30 y 60 años de diferentes estratos de la ciudad de Bogotá.

2. IDENTIFICACIÓN DEL MODERADOR

Nombre Moderador

Lorena Mesa Melgarejo.

Enfermera, Mg en Salud Pública y Estudiante de Doctorado en Salud Pública

Teléfono de contacto: 3115368983

3. Introducción

La idea de reunirnos es conversar sobre las prácticas sociales que ustedes conocen, ven, escuchan y realizan en relación con la resolución de problemas o necesidades en salud; la mecánica de nuestra conversación es la siguiente: haremos una serie de preguntas y ustedes me irán comentando lo que consideren al respecto.

Por razones de fidelidad de sus testimonios solicito su autorización para grabar la sesión, les garantizo total anonimato y confidencialidad; ni nombres personales ni tampoco nombres institucionales se darán a conocer por fuera de este espacio. Vale la pena mencionarles que este proyecto de investigación ha sido aprobado por el comité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional. Cuando se finalice el análisis sobre la información, se darán a conocer los resultados a través de un informe escrito enviado por correo electrónico, si lo desean.

4. PREGUNTAS GUÍA

1. Cuando ustedes consideran que tienen un problema de salud, qué hacen? A donde acuden?
2. Si ese primer canal no es efectivo, no responde a sus expectativas, cuál es la siguiente opción?
3. Hacen uso del sistema de salud? (Explorar motivaciones) En qué formas?
4. Es igual consultar a un médico hoy que hace diez años (o más)? En qué ha cambiado?
5. Incluyen algún medicamento como parte de sus compras de rutina? (por ejemplo cuando se hace Mercado...), Recuerdan desde hace cuánto tienen esta práctica?
6. Por alguna circunstancia, alguna vez han recomendado alguna práctica específica (medicamento, laboratorio, terapia) algún familiar o amigo que a ustedes les haya sido útil?, (Casos)
7. En entrevistas algunos médicos nos han comentado que los pacientes se enojan cuando no salen con una formula medica de su consultorio, creen ustedes que un buen médico debe formular en cada consulta al menos un medicamento o un examen de laboratorio? Por qué?
8. Qué han escuchado de los medicamentos genéricos? Qué imagen tienen de estos medicamentos?
9. Hablemos un poco de la publicidad en salud: qué imágenes, qué medios, qué asuntos recuerdan o consideran están muy presentes en el discurso publicitario? (Explorar representaciones, motivaciones)
11. Algún otro comentario que quieran añadir.

Muchas Gracias!!

B. Anexo 2: Dossier de Imágenes

Debido al número de páginas, el dossier se encuentra en formato digital adjunto a este texto.

C. Anexo 3: Análisis de fuentes orales

En archivo adjunto a este texto se encuentran los informes de AtlasTi y las matrices en Excel construidas a partir del análisis de datos de fuentes orales.