

Globethics Repository

The logo for Globethics, featuring the word "Globethics" in white, sans-serif font centered within a solid blue rectangular background.

Salud ciudadana y crisis democrática [Public health and democratic crisis]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see <https://www.globethics.net>. Data and content policy of Globethics Repository see <https://repository.globethics.net/pages/policy>.

Item Type	Article
Authors	Rincón Castellanos, Ximena
Publisher	Instituto de Bioética de la Pontificia Universidad Javeriana
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-07-06 08:41:55
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/215999

SALUD CIUDADANA Y CRISIS DEMOCRÁTICA

Aproximación a una fundamentación de la política de salud en Colombia

Ximena Rincón Castellanos¹

*“A los mayores les gustan las cifras.
Cuando se les habla de un nuevo amigo, jamás preguntan sobre lo esencial del mismo.
Nunca se les ocurre preguntar: “¿Qué tono tiene su voz? ¿Qué juegos prefiere?
¿Le gusta coleccionar mariposas? Pero en cambio preguntan:
¿Qué edad tiene? ¿Cuántos hermanos? ¿Cuánto pesa? ¿Cuánto gana su padre?
Solamente con estos detalles creen conocerle. Si les decimos a las personas mayores:
“He visto una casa preciosa de ladrillo rosa, con geranios en las ventanas
y palomas en el tejado, jamás llegarán a imaginarse cómo es esa casa.
Es preciso decirles: “He visto una casa que vale cien mil pesos”.
Entonces exclaman entusiasmados: “¡Oh, qué preciosa es!”.*

El principito

1 Abogada y Magistra en Política Social. Joven investigadora Colciencias 2011 e investigadora CLACSO 2012 en la modalidad de consolidación académica. Docente seminario Bioética y Derecho de la Maestría en Bioética de la Pontificia Universidad Javeriana y docente de la Facultad de Derecho Universidad Santo Tomás Villavicencio. Correo electrónico: ximenitarincon@gmail.com

Introducción

Este artículo busca explorar un espacio escasamente abordado por la disciplina de las Políticas Públicas: su fundamentación, teniendo en cuenta que en la democracia es cada vez más necesario explicar la validez de una u otra política con argumentos más cercanos a lo ontológico que a lo meramente numérico y financiero. Al respecto, Vernor Muñoz, ex relator del Derecho a la Educación de las Naciones Unidas, afirmó en su informe de 2009 que los recursos no pueden explicar la política pública, pues pese a que hacen posible su materialización, no determinan la esencia o fundamento de la misma.

Debido a que los recursos son necesarios para realizar la política pública, es inconveniente prescindir de la información relacionada con las cifras; sin embargo, estas no están desarticuladas de un fundamento ideológico y político que debe ser evidenciado y puesto en discusión. En esta dirección, se utilizan como insumos datos estadísticos para discutir la política de salud de Álvaro Uribe Vélez en su segundo periodo de Gobierno y construir algunas reflexiones para la Fundamentación de la Política de Salud en Colombia.

Para elaborar este análisis, se estudiaron algunas sentencias en las que la Corte Constitucional ha ejercido control abstracto² sobre normas proferidas durante

2 El control de constitucionalidad abstracto que realiza la Corte Constitucional implica evaluar si una norma se adecua a los principios y valores

el segundo periodo de Álvaro Uribe Vélez (2007-2010). Finalmente, este escrito concluye con una reflexión sobre la política de salud y su relación con la democracia, usando los conceptos desarrollados por Michael Sandel en su texto *Justicia ¿Hacemos lo que debemos?*, con el objeto de preguntarse por la política de salud como lo hace El principito, cuestionando que el conocer no se agota en el cuánto, sino que es fundamental la pregunta por la esencia de las cosas, en este caso, la esencia de la democracia como asociación política y de la ciudadanía para reflexionar en torno a la política de salud.

1. La situación de la satisfacción del derecho a la salud

Con el objeto de hacer una aproximación al estado de cosas en materia de salud en el periodo 2007-2010, desde la perspectiva del goce del derecho, fueron revisados los últimos cuatro informes anuales presentados por la oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los derechos humanos en Colombia, que son complementados y sustancialmente enriquecidos por la información suministrada por la sociedad civil organizada, a través de los informes alternos³.

consagrados en la Constitución, por tanto, no hace un juicio de constitucionalidad de un caso concreto, sino que su análisis procede sobre una norma abstracta, de ahí que estas sentencias tienen un efecto general o *erga omnes*.

3 En el marco del Derecho Internacional de los Derechos Humanos, los Estados partes tienen la obligación de presentar informes sobre sus avances en la garantía de los derechos humanos, ante los organismos creados para hacer

1.1 Informes de la oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas en Colombia

En el año 2007 la oficina del Alto Comisionado resaltó que el coeficiente de Gini para Colombia fue de 58.6, que ubicó al país dentro de los más desiguales de toda América Latina, con un 45% de pobreza y 12% de la población en pobreza extrema. En este mismo año entró en vigencia la Ley 1122 de 2007, que reformó el Sistema General de Seguridad Social en Salud y exoneró a los estratos más bajos de las contribuciones al sistema. El informe resaltó además el acceso inequitativo al sistema de salud por parte de la población desplazada, grupos étnicos, mujeres, adolescentes y adultos mayores. Por su parte, destacó la aprobación del Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010.

El informe del año 2008 reitera que la pobreza extrema y la inequidad siguen siendo preocupantes, pese a los programas gubernamentales dirigidos a su reducción. Para el 2009, el informe advirtió la carencia de infraestructura e información y el impacto del conflicto armado interno en la precariedad de la salud en las zonas rurales.

En contraste con los informes reseñados anteriormente, el correspondiente a 2010 afirmó que los altos índices de desigual-

seguimiento al cumplimiento de los tratados de derechos humanos. Desde hace algunos años y teniendo en cuenta la información deficiente presentada por los gobiernos, la sociedad civil organizada ha venido presentando informes alternativos ante dichos organismos internacionales.

dad en Colombia progresaron en términos de desarrollo humano, dado que el Informe de Desarrollo Humano 2010 ubicó a Colombia como uno de los países latinoamericanos con desarrollo humano alto. No obstante, anota que *“esta clasificación es más baja cuando los índices se ajustan por la desigualdad, que en el país alcanza niveles de extrema preocupación. El coeficiente de Gini alcanzó en 2010 un valor de 0,585, lo que sitúa al país entre los siete más desiguales del planeta”* (ONU, 2010, 18). Agregó que pese a los avances en la cobertura de los servicios de salud, el pleno disfrute de este derecho es limitado.

En conclusión, estos informes caracterizan un panorama que tiene como denominadores comunes: la desigualdad social-pobreza, la discriminación en el acceso a servicios de salud para desplazados, comunidades indígenas, afrodescendientes y campesinos, y la ampliación de cobertura con goce limitado del derecho. Adicionalmente, muestra que en 2007 el gobierno implementó dos reformas profundas en el sector: El Acto Legislativo 4 de 2007 y el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010⁴.

4 Es pertinente señalar que a partir de la revisión sucesiva de estos informes, se evidenció que se caracterizan por profundizar en situaciones de vulneración de derechos civiles y políticos, pues resaltan el contexto causado por el conflicto armado, y ocupan poco espacio para abordar los derechos económicos sociales y culturales (DESC). En ninguno de los informes se hizo mención a los graves escándalos de corrupción en el sistema de salud, tal como se habló de las chuzadas del Departamento Administrativo de Seguridad - DAS, situación que además

1.2 Informes alternos

El informe alterno de la Sociedad Civil⁵ al Quinto Informe del Estado Colombiano destaca la reforma al régimen de transferencias con el Acto Legislativo 01 de 2001 y 011 de 2006, que implicó las siguientes reducciones para inversión en salud, educación y agua potable:

Tabla 1. Reducción de inversión en salud, educación y agua potable

2005	0,6% PIB
2006	1,1% PIB
2007	1,3% PIB
Cálculo para 2008-2016	Entre 66.2 y 76.6 billones de pesos se dejarán de invertir

Cuadro elaborado por Ximena Rincón

Con relación a las barreras en afiliación, el informe identificó dos problemas: el sistema contributivo se basa en el empleo formal, pero con la flexibilización laboral, las personas pueden perder su empleo

sugiere que se mantienen vigentes las viejas concepciones que jerarquizan los derechos y promueven que para una sociedad sea más grave la violación del derecho a la intimidad que la violación del derecho a la salud. De ahí la importancia de complementar esta información con la aportada por los movimientos sociales y que está consignada en los informes alternos.

- 5 Este informe fue realizado por un esfuerzo conjunto de organizaciones sociales, académicas, sindicales y de derechos humanos y aborda el periodo 2001-2006, hace menciones puntuales a decisiones, normatividad y prácticas vigentes a marzo de 2009, como una forma de seguimiento a la obligación de progresividad en materia de DESC.

y no son “suficientemente pobres” para clasificar en el régimen subsidiado. En segundo lugar, debido a que el régimen subsidiado se focaliza en los más pobres, se orienta a los clasificados como más pobres dentro de los más pobres. El sistema de salud tiene énfasis en el aseguramiento individual, con consecuente debilitamiento en salud pública, que se comprueba con el deterioro de la red hospitalaria, pues **desde 1993 más de un 80% de su capacidad instalada ha sido cerrada o reestructurada por su baja viabilidad financiera.**

Estos informes también destacan el fortalecimiento militar y desatención a los problemas de inequidad y pobreza, así como la concentración de riqueza. Los puntos esenciales de estos informes son: 2007 arranca con menos recursos para el sector, producto de las reformas promovidas por el mismo gobierno (Acto Legislativo 011 de 2006), crisis en el régimen contributivo causado por la flexibilización laboral, focalización en los pobres más pobres, lógica de aseguramiento individual y de maximización de ganancias, deterioro de la red hospitalaria pública, prioridad en la guerra y desatención de mujeres en situación de desplazamiento.

2. Rastreado la Política de Salud desde el análisis de constitucionalidad y los CONPES del segundo Gobierno de Uribe

A partir del panorama general ya expuesto sobre la situación del sector, podemos

abordar con mayor profundidad algunas prácticas gubernamentales y de política pública del gobierno Uribe 2007-2010 con relación al sistema de salud, las cuales serán estudiadas a partir de algunas sentencias de constitucionalidad y los documentos CONPES⁶.

Sin duda alguna, la sentencia de constitucionalidad más importante expedida durante el segundo periodo de gobierno de Álvaro Uribe fue la C-252 de 2010, que declaró la inconstitucionalidad del decreto 4975, expedido el 23 de diciembre de 2009 y que declaró el Estado de emergencia social. En consecuencia, los elementos de esa providencia a los cuales hará referencia este escrito, serán los puntos de articulación con los conceptos desarrollados en las otras sentencias de constitucionalidad proferidas en ese periodo y los documentos CONPES.

2.1 El concepto de salud

La jurisprudencia constitucional acoge el concepto de salud desarrollado por el

⁶ Los documentos CONPES son conceptos técnicos que elabora el Consejo Nacional de Política Económica y Social –CONPES–, en materia de desarrollo económico y social. El CONPES opera como órgano asesor del Gobierno Nacional para la formulación de Política Públicas Generales y actúa bajo la dirección del presidente de la República. Los miembros permanentes, con derecho a voz y voto en este Consejo, de acuerdo con el decreto 2148 de 2009, son: El Vicepresidente de la República, los ministros, Director del Departamento Administrativo de la Presidencia de la República, Director del Departamento Nacional de Planeación, y el Director del Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación.

Derecho Internacional de los Derechos Humanos, especialmente lo dicho por el Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales y la Organización Mundial de la Salud. Para el primero, la salud no es solo el derecho a estar sano, sino que contiene un conjunto amplio de libertades y derechos: control sobre la salud y el cuerpo, libertad sexual y genésica, el derecho a no ser torturado y sometido a tratamientos y experimentos médicos no consensuados. Además, tiene en cuenta elementos determinantes como la distribución de recursos, las diferencias basadas en género, etnia, raza, religión y demás criterios sospechosos de discriminación, las violencias, el conflicto armado, el acceso a agua potable, condiciones sanitarias adecuadas, alimentos sanos, nutrición balanceada, vivienda digna, condiciones sanas de trabajo y de medio ambiente, educación en salud, especialmente salud sexual y reproductiva. Destaca además la importancia de la participación en la adopción de decisiones relacionadas con la salud en lo comunitario, nacional e internacional.

Por su parte y en absoluta contraposición con el Derecho Internacional, en los documentos CONPES producidos durante el segundo periodo de Uribe claramente se habla del “negocio de la salud”, así se encuentra claramente en el CONPES 3456 de 2007.

2.2 El mito del declive del Estado y el sistema de salud en Colombia

En los últimos años ha sido recurrente el argumento que apela a la reducción del

Estado como un efecto nocivo del Neoliberalismo, con la consecuente apropiación de los servicios públicos como la salud y educación, por parte de los mercados y empresarios privados, causando un declive del Estado. Sin embargo, esta tesis es rebatida por Susan Strange y resulta plenamente aplicable a lo que ha estado sucediendo en el sector salud.

Susan Strange sostiene que los Estados comparten su autoridad con nuevos actores políticos, tanto en el escenario nacional como internacional, que ha implicado una transferencia de poder, más no su declive, pues los mercados necesitan del Estado para poder desarrollarse, requieren que el Estado les confiera autoridad, *“el Estado ha transferido autoridad a los mercados a través de la implementación de políticas públicas”* (Strange, 2001, 37).

En materia de salud suceden tres fenómenos que evidencian que en la prestación de este servicio público no ha habido un declive del Estado, sino una transformación en la forma en que el Estado administra el sector:

a. El Estado legitima el mercado regulando su vigilancia y control

La intermediación que encarnan las EPS en el sistema de salud y el concepto del aseguramiento que tienen a su cargo, consolida el mercado masificado en la prestación de servicios de salud y de forma correspondiente robustece el aparato burocrático de control. **El Estado pasa**

de preocuparse por la prestación del servicio a la preocupación por su control y vigilancia, cumpliendo además una función de legitimación de la idea de salud como un negocio. **El negocio es justo porque está regulado y controlado por el Estado.**

En Colombia existen actualmente siete (7) instituciones con funciones de inspección y vigilancia sobre el sector salud, presentándose además el control del control, con entidades que se vigilan entre sí, como es el caso de la Superintendencia delegada para la atención en salud que inspecciona y vigila las funciones de inspección y vigilancia de las entidades territoriales.

Adicionalmente, la Procuraduría, Contraloría y Fiscalía, no obstante ser agentes externos del sistema de salud, tienen competencia para vigilar tanto a las entidades que realizan funciones de vigilancia y control, como a los demás actores del sistema y pueden imponer las sanciones que correspondan.

Pese a este robusto engranaje de control ya existente, el decreto Legislativo 126 de 2010, expedido en el marco de la emergencia social, pretendía: i) fortalecer las funciones de la Superintendencia de Salud, ante el panorama de corrupción, dotándola de mayores funciones jurisdiccionales y administrativas para la efectiva protección del usuario. ii) Obligación de Secretarías y Direcciones Territoriales de Salud de cumplir las órdenes de Su-

Tabla 2. El control sobre el sistema de salud

Entidad	Función
Ministerio de Protección Social	Vigila el cumplimiento de políticas, normas e impone sanciones.
Direcciones seccionales y locales del sistema de salud	Coordina y supervisa la prestación del servicio en entidades territoriales.
Comisión de regulación en salud	Define POS y UPC de cada Régimen. Presenta ante las Comisiones Séptimas de Senado y Cámara, un informe anual sobre la evolución del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las recomendaciones para mejorarlo.
Superintendencia Nacional de Salud	Cabeza del sistema de inspección, vigilancia y control. Supervisa la calidad de la atención de la salud, mediante la inspección, vigilancia y control del aseguramiento, la afiliación, la calidad de la prestación de los servicios y la protección de los usuarios. Evitar que se produzca el abuso de posición dominante. Ejerce funciones jurisdiccionales y de conciliación, entre muchas otras.
Superintendencia delegada para la generación y gestión de los recursos económicos para el sector salud	Inspección, vigilancia y control sobre la generación, administración, recaudo y flujo de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Inspección, vigilancia y control sobre la explotación, organización y administración del monopolio de licores y juegos de azar, y el recaudo de IVA cedido al sector salud. Supervisar los fondos de salud de las entidades territoriales.
Superintendencia delegada para la atención en salud	Inspección, vigilancia y control sobre el cumplimiento de las normas que rigen el sistema de salud. Inspección, vigilancia y control sobre las funciones de inspección, vigilancia y control que ejercen las entidades territoriales.
Comisión Nacional de Precios de Medicamentos	Vigila y regula la comercialización de medicamentos.

Cuadro elaborado por Ximena Rincón.

perintendencia y rendir informes, iii) Las EPS deben implementar un sistema de administración del riesgo para la identificación, prevención y reporte de eventos sospechosos de corrupción y fraude al sistema, facultad de intervención forzosa administrativa.

El análisis de constitucionalidad de esta norma se realizó en la sentencia C-302 de 2010, en la cual las intervenciones ciudadanas e institucionales apuntaron a señalar que el Sistema ya contaba con las herramientas de control suficientes, por tanto allí no radicaba la causa de la crisis

del sistema. En resumen, **más control, más burocracia, menos salud.**

Finalmente, en el CONPES 3552 de 2008 se deja en evidencia que pese a la robusta estructura de control con la que cuenta el sistema de salud, el país no dispone de un sistema integral de vigilancia en salud ambiental que permita monitorear las condiciones ambientales y evaluar su impacto en la salud de la población.

b. El Estado regula y asume costos para que pueda existir un mercado de salud rentable

El Estado consolidó el mercado de la salud cuando por medio de la Ley 100 de 1993 estableció el acceso a la salud a través de una póliza de aseguramiento con una EPS. El Estado regula el contenido de la póliza de aseguramiento en salud, a través del Plan Obligatorio de Salud, para asegurar la ganancia de los intermediarios. De este modo el Estado asume el costo de los servicios que es-

tán por fuera de la póliza, a través de la subcuenta de la compensación del FOSYGA. La Corte Constitucional constató, a través del análisis de constitucionalidad del decreto declaratorio de emergencia social, que el aumento progresivo de los recobros⁷ ha sido un asunto **estructural** del sistema.

2.3 ¿Crisis financiera del sistema?

El asunto de la crisis financiera del sistema de salud no se agota en el deficiente flujo de recursos, sino que toca con tres temas fundamentales, adicionales a la gran cantidad de recursos que se quedan en la intermediación y en la corrupción:

a. La centralización de los recursos de la salud

Los municipios han sido encargados de la administración del régimen subsidiado,

⁷ Los recobros son los pagos que debe hacer el Estado a las EPS o aseguradoras por los servicios prestados a los pacientes que se encuentran fuera del POS.

Tabla 3. Comportamiento recobros en regímenes de salud

Rango de años	Variación porcentual de los valores pagados en los regímenes contributivo y subsidiado	
1997 y 2000 - 2001	(\$3.778.272.752 - \$5.202.109.702)	37,68%
2001 - 2002	(\$5.202.109.702 - \$34.547.092.010)	564,09%
2002 - 2003	(\$34.547.092.010 - \$76.419.389.730)	121,20%
2003 - 2004	(\$76.419.389.730 - \$83.840.341.693)	9,71%
2004 - 2005	(\$83.840.341.693 - \$119.179.058.013)	42,15%
2005 - 2006	(\$119.179.058.013 - \$264.236.867.058)	121,71%
2006 - 2007	(\$264.236.867.058 - \$643.702.231.610)	143,60%
2007 - 2008	(\$643.702.231.610 - \$1.285.142.973.916)	99,64%
2008 - 2009*	(\$1.285.142.973.916 - \$1.739.618.950.839)	35,36%

Fuente: Sentencia C-252 de 2010.

es decir, tienen a su cargo el desarrollo de la política de focalización que atiende a la población que no está dentro del mercado o los pobres más pobres. Con este fin, el gobierno gira a los municipios para que contrate la prestación de dichos servicios. Además, los hospitales son responsabilidad de los municipios, los cuales alcanzan a tener un déficit del 126%.

En el año 2008 el Ministerio de la Protección Social expidió la Resolución 5334 con la que encargó a los municipios la función de atender los servicios No POS del régimen subsidiado, ante lo cual la Corte Constitucional acudió a un informe de la Defensoría del Pueblo en el que se asegura que:

la tendencia interponer acciones de tutelas en contra de los entes territoriales se va a incrementar considerablemente con la aplicación de la Resolución 5334 de 2008, que establece la responsabilidad de estas en materia de atención de los servicios en salud NO POS-S, según lo expresado por los departamentos en distintos pronunciamientos, ya que los dineros asignados por el Sistema General de Participaciones para cubrir estos servicios no son suficientes, lo que ocasionaría su negación y en consecuencia la interposición de tutelas (Defensoría del Pueblo, 2008, 178).

Otro ejemplo que da cuenta de la política de salud de Uribe es la sentencia C-978 de 2010, en la que la Corte Constitucional resolvió la demanda de inconstitucionalidad de la ley que pretendía organizar la prestación del servicio de transporte aéreo de pacientes.

La entidad que agremia nacionalmente los municipios colombianos desarrollará, organizará y pondrá en funcionamiento este servicio dentro de los seis meses siguientes a partir de la sanción de la presente Ley. Para ello, elaborará un plan cuatrienal que se presentará a la entidad reguladora en salud y su desarrollo estará bajo la supervisión del Ministerio de la Protección Social y será vigilada por los organismos de control del sector salud y la Aeronáutica Civil en lo de su competencia. Este servicio se financiará mensualmente **con un 2% de la UPC del Régimen Subsidiado y Contributivo que reciben las EPS y las administradoras de regímenes especiales con excepción de Fuerzas Militares.**

Este tipo de reglamentación continúa con la lógica de complejizar el sistema de salud en su dinámica de fragmentación: Consolidación de la intermediación, municipios a cargo del régimen subsidiado, salud pública y hospitales, fondos para cubrir excedentes de póliza, etc. Se trata de un sistema disperso que afecta la calidad del servicio de salud. El Gobierno pretendía entonces sumar a ese escenario gaseoso, una competencia a favor de un privado con la transferencia del 2% de la Unidad de Pago por Capitación.

La Corte Constitucional concluyó que el servicio de transporte aéreo ya estaba incluido en la póliza del régimen contributivo y subsidiado, luego con tal transferencia de recursos iba a generarse la doble financiación de un mismo servicio. Destacó además la existencia de un convenio que vincula a las Fuerzas Militares con la prestación del servicio médico aéreo.

reo, hecho que resulta muy interesante a la hora de pensar en una democracia con una solidaridad real, en tanto vincula a los ciudadanos con diferentes roles sociales, diferente la idea de solidaridad del sistema de salud, que no establece lazos, sino que segrega diferenciando la atención.

b. El endeudamiento con la banca multilateral

En uno de los informes alternos reseñados se mencionó que como consecuencia del Acto Legislativo 04 de 2006, la salud arrancó con menos recursos en 2007. Sin embargo, el sector sí recibió más recursos producto de un préstamo con la banca multilateral en 2006. En el CONPES 3414 de marzo de 2006, se adquirió un préstamo por U\$2.500 millones para financiar apropiaciones presupuestales prioritarias del Gobierno Nacional. Los rubros para financiar salud están en el componente programático social y reforma para la equidad social.

A estos valores, se suman los del documento CONPES 3415, que autoriza un préstamo con la banca multilateral hasta por U\$50 millones, para financiar el programa de reorganización, rediseño y modernización de redes de prestación de servicios de salud para las vigencias 2006-2007. Este préstamo equivale a \$87.500.000.000.

Finalmente, un ejemplo que muestra la función del Estado como dinamizador del mercado, está en el CONPES 3502 de 2007, que autoriza a la Financiera de Desarrollo Territorial FINDETER S.A., para contratar operaciones de crédito público externo con la banca multilateral hasta por U\$200 millones y hasta 10 años, modificables gracias a las bondades de esta modalidad de crédito multilateral. El objeto de este empréstito, de acuerdo con lo presentado en el documento, es fortalecer el proceso de descentralización, financiando en condiciones de mercado proyectos de los entes territoriales para

Tabla 4. Prestamos programáticos estimados a contratar con la Banca Multilateral

Prestamos programáticos estimados a contratar con la Banca Multilateral en próximas vigencias³

Sectores a ser considerados por los préstamos	Monto USD millones
Programático social	200
Apoyo al desarrollo del sector empresarial	300
Políticas para el desarrollo sostenible	300
Mejoramiento de la competitividad	400
Reforma para la equidad social	600
Reformas para la inserción internacional	200
Consolidación de la Reforma Pensional	300
Total	2.300

su desarrollo y competitividad: “La poca profundización del mercado financiero para acceso a recursos de financiamiento de largo plazo por parte de las entidades Prestadoras de Servicios Públicos y la baja capacidad local para incursión en instrumentos distintos al crédito tradicional para apalancamiento de inversiones, justifica la necesidad de seguir buscando mecanismos para acceso a productos ofrecidos por los intermediarios del sector financiero nacional en condiciones de mercado” (Conpes, 2007, 24).

c. La desviación de los recursos

Los recursos recaudados para el sector salud son parafiscales, no son de la EPS, ni de la nación, sino del Sistema. A pesar que se ha consolidado todo un mercado en torno a la salud, la Corte Constitucional rescata que esos recursos tienen una naturaleza pública con destinación específica. La sentencia C-978 de 2010 arguyó:

Por tratarse de un servicio público, la seguridad social en salud requiere contar con un flujo constante de recursos que permita su financiación y por ende la atención adecuada y oportuna de las prestaciones correspondientes. Estos recursos provienen básicamente de las cotizaciones de sus afiliados, las cuales son establecidas por el Estado en ejercicio de su potestad impositiva. Dichas cotizaciones constituyen contribuciones parafiscales, toda vez que se cobran de manera obligatoria a un determinado número de personas cuyas necesidades en salud se satisfacen con los recursos recaudados (29-30).

No obstante, el Gobierno de Uribe no cumplió con tal norma constitucional. La

sentencia C-252 de 2010 hace referencia a una acción popular fallada por el Consejo de Estado en mayo de 2007, en la que el accionante alegó que los recursos de la subcuenta de solidaridad del FOSYGA no estaban siendo usados para la ampliación de la cobertura del régimen subsidiado de salud, sino que estaban siendo invertidos en CDT y títulos de deuda pública TES y TDA, para atender el déficit fiscal de la nación. El gobierno fundamentó su actuación argumentando que tal práctica era para garantizar la continuidad del servicio en tiempos de crisis.

El Consejo de Estado falló la acción constitucional calificando como equivocada la acción del gobierno, en tanto los recursos de la salud son parafiscales y tienen una destinación específica. Posteriormente, señala que los TES son una inversión válida, siempre y cuando sean de carácter transitorio, pero la permanencia indefinida de tales recursos en el portafolio de inversión, está en detrimento del principio de universalidad. Y ordenó la ejecución de la totalidad de los excedentes financieros de la subcuenta de solidaridad del FOSYGA en ampliación de cobertura, dentro del término de un año contado desde la fecha de ejecutoria de la sentencia.

2.4 El principio democrático en las políticas públicas

Un argumento fundamental que usó la Corte Constitucional para sostener la decisión de declaratoria de inconstitucio-

nalidad de los decretos de emergencia social de diciembre de 2009, fue la idea según la cual las políticas de implementación de derechos humanos en un modelo político democrático debe ser producto del debate público.

Una tradición jurisprudencial que se remonta a la Corte Suprema de Justicia ha considerado improcedente el empleo de los estados de excepción para remediar problemas crónicos o estructurales. Además, la simple invocación de un problema estructural no faculta proceder a declarar el estado de emergencia porque el propósito de la democracia, en la cual la participación ciudadana reviste vital importancia, está en abordar, evaluar y remediar los problemas que de tiempo atrás afligen al país, y que por distintas causas han alcanzado el carácter de crónicos por la ausencia de una voluntad y solidaridad mínima que busque ponerles fin.

(...)

La mera invocación de un problema estructural, no autoriza la declaración de un estado de excepción, ni que el país entre a ser gobernado de manera ininterrumpida a través de decretos legislativos. Este sería el fin de la democracia. En esta hora, por el contrario, el sentido de la democracia no es otro distinto que el de resolver en su seno los problemas que de tiempo atrás agobian al país y que, por diversos motivos, han adquirido el signo de crónicos y estructurales, no porque lo sean de manera irredimible, sino por falta de una voluntad y una solidaridad mínima para emprender decididamente la senda que lleve a ponerles término (45-46).

Estos problemas estructurales no están dentro de la esfera de la anormalidad,

sino dentro de la **normalidad**, los hechos tienen que ser sobrevinientes y extraordinarios. Privilegiar hasta donde sea posible el método democrático como vía para debatir los hechos graves que conciernen al país y, a través del mismo conducto, buscar solidariamente su mejor solución.

Conforme al principio democrático le corresponde al Congreso diseñar el sistema de seguridad social en salud, mientras que al Gobierno le corresponde además de la iniciativa legislativa en la materia, la reglamentación de su prestación, la inspección y vigilancia, y la concurrencia en la financiación adecuada del servicio. La reserva legal es sumamente importante pues la salud es un derecho fundamental, lo que no significa que todas las leyes sobre salud sean estatutarias, sino que aún las decisiones sobre la organización del sistema de salud y la configuración de los organismos que la integran, deben ser adoptadas mediante leyes después de un proceso de deliberación democrática y pluralista.

Es muy importante cómo esta sentencia rescata el elemento democrático en la configuración del sistema de salud, reivindicando la idea de democracia como deliberación pública y pluralista, como tal configuración debe ser producto de un proceso político amplio y de encuentro entre las diferentes formas de entender la salud y la enfermedad y todo este proceso como condición necesaria para realizar la solidaridad en el sistema. Pareciera claro cómo siguiendo esta línea es po-

sible pensar que la economía debe estar supeditada a lo político y no lo contrario.

El respeto por el camino democrático de deliberación en la definición del alcance de los servicios de salud involucra distintos actores, ámbitos e intereses, esencialmente a la ciudadanía, lo cual hace necesario su participación activa en la búsqueda de la realización de los fines esenciales del Estado, como la efectividad de los principios, derechos y deberes constitucionales. El artículo 2º de la Constitución trae a colación el facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación. Así mismo, el artículo 95.5 superior, establece que es deber de la persona y del ciudadano participar en la vida política, cívica y comunitaria del país (56-57).

Tras el panorama expuesto y acercándonos a la relación de la democracia como sustancia que debe fundamentar la política de salud, continuamos en este escrito con una propuesta de fundamentación desde la propuesta ética de Michael Sandel.

3. En la democracia todos cuidamos de todos: Sandel y las virtudes públicas

En esta última parte del documento se plantea que en una democracia sustantiva el Estado debe promover la conservación de los vínculos políticos entre los ciudadanos y ciudadanas, para que la asociación no pierda su esencia política y no trascienda a cualquier otro tipo de

asociación. La preservación de dicho vínculo en una democracia es lo que permite considerar que el cuidado de la salud del otro debe ser un asunto público y cívico exento de las reglas del mercado.

La defensa del mercado como instrumento de distribución de recursos se fundamenta en la libertad individual y en una idea de bienestar, porque supone que en el intercambio entre dos personas libres las dos partes resultan beneficiadas, si una de las partes careciera de libertad, la mutua beneficencia estaría en duda. Por su parte, para Michael Sandel cualquier asociación verdaderamente política y democrática debería preguntarse si todos los bienes y servicios que requiere para existir pueden ser provistos por el mercado o si es preciso otro mecanismo de distribución, que apele más bien la discusión en torno a la esencia del bien y a las obligaciones cívicas.

Un ejemplo para discutir este asunto es la obligación que tiene todo ciudadano mayor de edad de ser jurado en algún juicio público, siendo inadmisibles que el Estado o el ciudadano pague a un tercero por cumplir dicha tarea. Todo ciudadano debe participar alguna vez en la administración de justicia, pues no puede convertirse en un asunto de expertos pagados para tal fin, sino que se trata de mantener el vínculo político entre los ciudadanos y los asuntos públicos. Si se pagara por tal servicio, se dejaría a la mayoría de los ciudadanos por fuera de lo que pasa sobre la forma de resolver los conflictos

que tiene la asociación a la que pertenece. En la medida que unos pocos con capacidad de pago, pueden obtener servicios privados, todos los demás quedan por fuera del asunto, y entonces deja de ser público y deja de ser un tema propio de la asociación política y de la consolidación democrática.

Sandel, quien acoge la idea de justicia de Aristóteles, sostiene que bajo esa idea de asociación política se debe mantener a sus ciudadanos incluidos en la resolución de los asuntos públicos, la idea de Estado y justicia no pueden ser neutrales y limitarse a la posibilidad del libre intercambio suponiendo la mutua beneficencia. La justicia tiene que ver con las discusiones en torno a la virtud y la vida buena. Y agregaría, las virtudes ciudadanas, las virtudes públicas, las virtudes que todo sujeto y sujeta debe tener para que la democracia goce de buena salud, en palabras de Martha Nussbaum.

El fin del Estado no es ofrecer una alianza para la mutua defensa (...) o facilitar el intercambio económico y promover los lazos económicos. Para Aristóteles, la política existe para algo superior (...) es nada más y nada menos que posibilitar que las personas desarrollen sus capacidades y virtudes distintivamente humanas: deliberar sobre el bien común, adquirir un buen juicio práctico, participar en el autogobierno, cuidar del destino de la comunidad en su conjunto (...) Aristóteles reconoce la utilidad de otras formas menores de asociación, como los pactos defensivos y los acuerdos de libre comercio. Pero insiste en que las asociaciones de ese

no se las puede tener por verdaderas comunidades políticas. ¿por qué no? Porque sus fines son limitados. Organizaciones como el TLC (el Tratado de Libre Comercio), la OTAN y la OMC se ocupan solo de la seguridad o del intercambio económico: no constituyen una forma compartida de vida que moldee el carácter de los que participan en ella. Y lo mismo se puede decir de una ciudad o de un Estado que se ocupe solo de la seguridad y del comercio, y sea indiferente a la educación moral y cívica de los individuos que lo componen. Si el espíritu de su interrelación sigue siendo tras su unión el mismo que cuando separados, escribe Aristóteles, su asociación no puede ser considerada realmente una polis, o una comunidad política (Nussbaum, 2010, 219-220).

La Corte Constitucional ha hecho aportes valiosísimos que enriquecen significativamente el debate público en torno a la política de salud, tal como lo vimos en los acápites anteriores; sin embargo, la buena salud de la democracia exige que avancemos un poco más, desde la ciudadanía y las virtudes públicas, la idea de la democracia como equidad y cuidado del otro, desde la reflexión sobre la esencia misma del Estado, la ciudadanía, la vida humana y la salud para la vida digna.

¿Qué tiene de democrático el sistema de salud en términos de la asociación política? Hemos estado envueltos en la idea de que la democratización está directamente relacionada con la masificación de un servicio o bien, sin advertir que tal masificación se ha desarrollado en términos de ampliación del mercado y justamente ha puesto en crisis a la democracia. La

democracia tiene que ver con la construcción de posibilidades y escenarios para la realización del bien común en términos de ciudadanía y de la asociación política, es decir, en términos de vínculos políticos y de encuentro entre los sujetos y sujetas que hacen parte de esa comunidad, para que cada quien tenga las condiciones de desarrollar su proyecto de vida deseado.

La democracia tiene que ver con la consolidación de una sociedad política a través del fomento y cultivo de las virtudes cívicas y públicas para que los asuntos que corresponden a la asociación política se resuelvan en clave cívica y de ética pública. Por tanto, ¿quiénes estarían llamados a debatir sobre la salud en tanto bien común? ¿Quiénes estarían llamados a dirigir y orientar el sistema de salud y quiénes están llamados a participar en la realización del mismo?

Indiscutiblemente, todo miembro de la asociación política está llamado a debatir sobre el asunto común de la salud de todos, para decidir el modelo. Por su parte, los llamados a dirigir y orientar el sistema no son las empresas farmacéuticas, tampoco las aseguradoras que actúan como meros vendedores de servicios y están sujetos a la lógica de la rentabilidad individual. ¿Serán acaso los profesionales de la salud, los médicos, enfermeras, enfermeros, camilleros, etc., quienes día a día experimentan la naturaleza pública de su conocimiento y cuyo trabajo tiene que ver con salvar y cuidar del otro por el valor sagrado de la salud y la vida, o

tal vez, las distintas asociaciones que día a día reivindican y defienden el Hospital San Juan de Dios y la Red Hospitalaria Pública?

Para Sandel, los cargos y honores en una asociación política “deben corresponder a quienes, como Pericles, eran más grandes por su virtud cívica y los mejores en descubrir el bien común” (Sandel, 2011, 221). Quienes se mantengan atentos y constantes en la acción política cotidiana, debatiendo los asuntos públicos, rescatándolos del círculo privado y tecnócrata a los que han sido reducidos, serían los llamados a ocupar los cargos públicos más elevados.

La razón de que las personas como Pericles (y Abraham Lincoln) deban ocupar los puestos más elevados no es, simplemente, que vayan a ejecutar las políticas más sabias, con las que saldrán ganando todos. Es también que la comunidad política existe, al menos en parte, para honrar y recompensar las virtudes cívicas. Acordar el reconocimiento público a quienes exhiban excelencia cívica sirve al papel educativo que le corresponde a una ciudad buena (Sandel, 2011, 221).

Teniendo en cuenta lo expuesto por Sandel en cuanto a la distribución de cargos y honores, la propuesta en este artículo es plantear que los llamados a dirigir y participar en la realización del sistema son todos aquellos que por su reconocimiento aportan a la construcción del bien público de la salud, los virtuosos para

dirigir el sistema serían quienes han trabajado por comprender la salud como un bien público, los que han procurado, no solo desde el conocimiento, sino desde la práctica, la consolidación de salud como un bien común. En este sentido, serían los profesionales de la salud, los trabajadores que persisten en salvar el San Juan de Dios, los artistas que reivindican la existencia de la salud para todos, los grupos académicos que se han pensado y formulado ideas para rescatar la salud de la lógica mercantil y financiera y devolverla a los ciudadanos y a la democracia, y así sucesivamente.

No corresponde dirigir el sistema a los tecnócratas y a los economistas, les corresponde a ellos ponerse al servicio de todos aquellos que continúan defendiendo la salud como un bien público. Porque la política pública no es la economía, la política pública debe construir ciudadanía y democracia. En una democracia la economía y la técnica deben estar supeditadas a la política.

La democracia tiene que ver con la equidad y la igualdad de oportunidades. La idea de que la salud sea provista de forma pública, general, sin intermediarios y sin estar sujeta al pago, no es una idea socialista o comunista, es una idea democrática. Los hospitales públicos fortalecen el vínculo entre ciudadanos y la asociación política y en consecuencia fortalece la ciudadanía democrática. “Centrarse en las consecuencias cívicas de la desigualdad, y en las formas de deshacerlas,

podría generar un ímpetu político que los argumentos sobre la distribución de la riqueza en cuanto tal no son capaces de crear” (Sandel, 2011, 303).

Cuando la salud es una experiencia privada, en el que el mal servicio promueve que las personas paguen el servicio privado y la medicina prepagada, se corta el lazo entre los ciudadanos democráticos. Se vuelve una percepción generalizada que la salud es un asunto privado y que deje de ser un sacrificio compartido. En la medida que se cierran hospitales, que el POS subsidiado es tan escaso y el contributivo también, la gente no siente la solidaridad que está consagrada como principio del sistema de seguridad social en salud y que pretende mantener viva la asociación política, “esa exención del sacrificio compartido tiene el precio de que se erosione la necesidad de rendir cuentas políticamente” (Sandel, 2011, 212).

De ahí que la discusión visible en torno al sistema es la interpelación al Estado por su incapacidad de regular y vigilar el mercado de la salud, pero no ha trascendido a exigirle su obligación de asegurar la democracia en salud, y por tanto, en exigirle como garante en la prestación del servicio, por ello, el discurso de solidaridad es eclipsado por la intermediación.

Entonces aparece la pertinencia de la frase del epígrafe de este escrito, hemos estado preguntándonos por la sostenibilidad financiera, la regulación, pero escasamente de la esencia

del sistema de salud y de la democracia en esta materia, como tampoco de las obligaciones cívicas que en el marco democrático tenemos unos con otros en materia de salud.

Finalmente, para los ciudadanos virtuosos que continúan defendiendo la salud como un bien público de la asociación política, haría dos acotaciones finales: La primera es que la defensa de esta idea fundamental para la salud de la democracia, en términos de Nussbaum, debe continuar promoviendo que los espacios en los que los ciudadanos resuelven sus problemas de salud, sean espacios públicos de encuentro con el otro para mantener vivo el lazo político, **No necesariamente estatales, pues todos los recursos de la salud podrían ser administrados por una fiducia, pero sí públicos.** Me refiero particularmente a proponer que el sistema de salud gire en torno a una unidad fundamental: los HOSPITALES PÚBLICOS, que atiendan las necesidades en salud individual y las necesidades que hasta ahora se ha denominado Salud Pública, sin que entonces sea necesaria la intermediación y la póliza de aseguramiento, pues lo esencial de la asociación política no es asegurar el intercambio, sino la ciudadanía, entendida como:

La noción de ciudadanía de Aristóteles es más elevada y exigente que la nuestra. Para él, la política no es la economía por otros medios. Su propósito es más elevado que maximizar la utilidad o proporcionar reglas justas para perse-

guir los intereses individuales. Consiste en una expresión de nuestra naturaleza, en una ocasión para el desenvolvimiento de nuestras capacidades humanas, en un aspecto esencial de la vida buena (270).

En una democracia debe ser posible que el espacio donde se resuelve materialmente la satisfacción de bienes comunes como la salud sea un punto de encuentro y en esa medida sea un sistema equitativo que avanza en la construcción de una sociedad menos desigual. Que sea punto de encuentro entre el hijo del empresario y el hijo de la conserje, entre la hija del político y el hijo del plomero, entre la mujer rural desplazada que apenas llegó al municipio y una de las vendedoras de la calle del mismo lugar, porque en ese espacio se consolida la igualdad en tanto seres humanos y en tanto ciudadanos, es decir, se logra la democracia.

El vaciado de la esfera pública dificulta que se cultive la solidaridad y el sentimiento comunitario de los que depende la ciudadanía democrática (...) Si la erosión de la esfera pública es el problema, ¿cuál es la solución? Una política del bien común tomaría como una de sus primeras metas la reconstrucción de la infraestructura de la vida cívica. En vez de centrarse en la redistribución con la intención de ampliar el acceso al consumo privado, gravaría a las personas de posibles para reconstruir los servicios e instituciones públicos, a fin de que, así, ricos y pobres disfruten de ellas por igual (290-291).

En los hospitales públicos se resuelve la salud como bien público, la experien-

cia no es la de ir a un centro comercial a comprar la salud, sino la experiencia de un ciudadano que recibiendo el bien público de la salud se reencuentra con la naturaleza esencial de la institución social del sistema de salud y de la Asociación Política. “Necesitamos una vida cívica más robusta y comprometida que esta a la que nos hemos acostumbrado”. (Sandel, 2011, 303).

En segundo lugar y para finalizar con lo que podría ser otra propuesta, es absolutamente pertinente que valiéndonos de las artes y la literatura reconstruyamos la historia del sistema de salud en Colombia, desde diversas perspectivas y desde la experiencia de diversos sujetos, para reencontrarnos con la verdadera esencia de la asociación política y de los bienes públicos que ella debe asegurar. Un valioso ejemplo de lo que podría suceder en este tema, es la exposición *San Juan sin Dios*⁸ del artista Nicolás Van Hemelryck. Este trabajo está compuesto de fotografías y relatos de recorren la historia del Hospital San Juan de Dios, reseñando su historia desde el importante servicio que presta desde hace más de un siglo.

Referencias

- Heidegger, M. 2008. *La pobreza*. Madrid. Amorrortu.
- Henao, J. 2010. *Sentencia de constitucionalidad C-302*. Bogotá. Corte Constitucional.
- Monroy, M. 2008. *Sentencia de constitucionalidad C-1158*. Bogotá. Corte Constitucional.
- Muñoz, V. 2007. *Informe sobre el derecho a la educación de las personas privadas de la libertad*. Nueva York. Naciones Unidas.
- Nussbaum, M. 2010. *Sin fines de lucro. Por qué la democracia necesita de las humanidades*. Buenos Aires. Katz Editores.
- Palacio, J. 2010. *Sentencia de constitucionalidad C-252*. Bogotá. Corte Constitucional.
- Roth, A. 2006. *Discurso sin compromiso: la política pública de derechos humanos en Colombia*. Bogotá. Aurora.
- Sandel, M. 2011. *Justicia ¿Hacemos lo que debemos?* Barcelona. Debate.
- Strange, S. 2001. *La retirada del Estado: la difusión del poder en la economía mundial*. Barcelona. Icaria.

8 La exposición *San Juan Sin Dios* obtuvo el Premio Nacional de Fotografía Colombo Suizo en 2011.