

Globethics Repository

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

La justicia sanitaria en Colombia, un proyecto inconcluso [The health justice in Colombia, an unfinished project]

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	Galvis Sánchez, Cristian
Publisher	Universidad El Bosque
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-06-14 07:56:55
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/215231

LA JUSTICIA SANITARIA EN COLOMBIA, UN PROYECTO INCONCLUSO

Cristian Galvis S.¹

INTRODUCCIÓN

La justicia sanitaria, se refiere al problema de cómo una sociedad distribuye las posibilidades de acceso de la población a los diferentes elementos constitutivos de la atención en salud, a la manera de determinar las cargas y beneficios en el propósito de lograr un nivel dado de salud. Este es uno de los temas que día a día adquiere mayor relevancia en el mundo y que implica transformaciones en aspectos tales como la racionalización de los recursos sanitarios, el alcance del derecho a la atención en salud, el impacto del modelo político y económico de la atención en salud, los aspectos de oferta y demanda en el mercado de la salud, las consecuencias sociales y económicas de los cambios en los perfiles epidemiológicos, entre otros.

Las implicaciones económicas y administrativas del tema son evidentes. Se requiere de una importante canalización y organización de recursos humanos, financieros, políticos, gerenciales, para intentar satisfacer genuinamente las demandas en salud de la población.

Hoy en día se impone establecer unos límites a la demanda, en vista de la incapacidad de los estados, para poder cumplir con todas las aspiraciones en atención en salud de la población; producto de factores asociados al desarrollo tecnológico y científico, al carácter de bien meritario que tiene la salud, a la manera de organizar la prestación de los servicios y los costos de salud, así como la presencia de los seguros médicos, se han presentado notorios incrementos del gasto en salud, particularmente en las tres últimas décadas del siglo XX. Con el fin de resolver los dilemas que este escenario plantea, no bastan las propuestas desde el campo económico y gerencial. Es necesaria, en la toma de decisiones, la aproximación de orden ético y filosófico, con el fin de esclarecer los principios y criterios que permitan esta-

1 Médico Cirujano, Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Derechos Humanos, ESAP. Maestría en Bioética, Universidad El Bosque. Profesor Universidad El Bosque y Nueva Granada.

blecer prioridades en materia de salud, respetando los logros de la democracia occidental en este aspecto, sin perjuicio de la equidad entendida como la mayor posibilidad del ejercicio de las libertades instrumentales dentro de las cuales son claves los servicios económicos, las oportunidades sociales y la seguridad protectora (Sen, A. 2000).

SITUACIÓN PREVIA A LA REFORMA (Ley 100 - 1993) INFORMACIÓN A RESALTAR

Contexto Político y económico

La década de los 80 se ha catalogado, para América Latina, como la “década perdida”. Es un dato comprobado que los principales indicadores económicos y sociales se agravaron a partir de mediados de los 70s y con mayor impacto en los 80s. En el contexto internacional, los años 70s estuvieron marcados por la crisis del dólar y el alza de los precios del petróleo y los alimentos, una elevada inflación mundial y fuertes tendencias proteccionistas en los países industrializados.

Durante la década de los 80s, buena parte de los países de América Latina sufrieron contracción económica, disminución de los ingresos de la actividad productiva y mayor inequidad en el reparto de los mismos. La concentración del ingreso en manos de los sectores más ricos resultó mayor en América Latina que en cualquier otra región del mundo. Paralelamente se impusieron una serie de programas de estabilización y ajuste en casi todos los países de la región, centrados con mayor o menor énfasis en tres aspectos: la concentración de la demanda, acentuando la necesidad de achicar el gasto público; la reducción de los salarios reales y control del crédito; la implementación de políticas de control de precios relativos, con énfasis en tasa de cambio y en la devaluación y la aplicación de políticas de apertura del comercio y de reforma financiera a largo plazo.

La transferencia de la crisis de los países industrializados a los países del tercer mundo, en la década de los 80, significó que aquellos decidieran no refinanciar más la deuda, como lo hacían antes, y elevaran unilateralmente los intereses del servicio de la misma por lo que el monto de ésta creció. En 1982, México es el primer país en anunciar que no podrá seguir pagando la deuda. Según la CEPAL (CEPAL, 1994, a), en esta década, el contraste entre bienestar y pobreza se agudizó en América Latina, debido a que el 75% de la población de menores ingresos, registró una mayor reducción en los mismos que el 25% con ingreso superior, en tanto que el 5% más acaudalado mantuvo o aumentó los suyos.

En América Latina, al finalizar la década y a diferencia de otras regiones en desarrollo, la mayor parte de los pobres vivían en áreas urbanas. Así mismo, la presión que la población campesina ejercía sobre tierras marginales y la reducción del rendimiento a esa situación, indujo a una mayor sobreexplotación del suelo, por motivos de simple sobrevivencia, en un círculo vicioso de miseria y deterioro ambiental.

La crisis por tanto, se asoció a un proceso importante e irreversible de crecimiento de la pobreza; según la CEPAL (CEPAL, 1994, a), usando la Medición Integral de Pobreza, en 1986 eran 250 millones de personas las que se encontraban en esta situación, es decir el 61% de la población de la región; hacia 1990, había aumentado a 270 millones, o sea el 62%.

No sobra anotar que la sobreexplotación de los recursos naturales y el aumento desproporcionado de la contaminación del aire y del agua, exacerbado por un proceso de industrialización concentrado en las grandes ciudades, empezaron a tener repercusiones significativas en el medio ambiente, con graves efectos para la salud y el equilibrio ecológico.

A mediados de los 80 se evidenció el viraje histórico en las estrategias de desarrollo y las políticas económicas de los países de la región, ante todo, conducido por la ideología neoliberal. De otro lado el movimiento social, en auge en los 70s disminuyó y se fragmentó, actuando sobre un tejido social erosionado, un desempleo masivo encubierto, con crisis en la mayoría de regímenes políticos, en medio de conflictos armados internos como en Nicaragua, Colombia y Perú. El narcotráfico y la aceleración del proceso de globalización obligó a estos países a reducir su margen de maniobra hacia el desarrollo, para aplicar políticas selectivas propias.

El binomio salud y desarrollo, que se había planteado en los años 60, se desdibujó y giró hacia el neoliberalismo, desarrollándose una política de ajuste estructural, llamada de modernización. En Colombia, Marco Palacios (Palacios, M., 1995), nos advierte cómo 1974 es el parte aguas del crecimiento económico de largo plazo; mientras de 1945 a 1973, el PIB creció alrededor del 5% anual; de 1974 a 1983, cayó por debajo del 4% anual.

La depresión fue más severa en la industria que registró un crecimiento inferior al del PIB; las tasas posteriores, del 84 al 94, continuarán la tendencia decreciente, aunque nadie se imaginaba los exigüos resultados de los últimos años; además, "en todo el período, permanecieron las condiciones básicas del nexo colombiano con la economía mundial, exportación de materias primas, importación de bienes manufacturados, tecnologías medias y servicios modernos, bajo una tendencia de términos de intercambios negativos" (Palacios, M., 1995).

A este panorama se aúna el fin del ciclo de la Colombia cafetera; la participación de la caficultura en el PIB descendió del 10.3% en el 50 al 2.4% en el 88 / 90; en el producto agrícola, del 25% al 11% y en las exportaciones, del 80% al 25%. Concordantemente, emergió el sector energético, petróleo, carbón y fuel oil, cuya participación en las exportaciones totales cayó de un 15% en el período 1960/64, al 4% en la segunda mitad de la década del 70 y se recuperó hasta llegar a un 25% en el 86/90 (Palacios, M., 1995).

A mediados de los 70, hasta comienzos de los 80, se presentó la bonanza cafetera permitiendo la expansión de la producción con unidades tecnificadas, disminuyendo el

peso de importancia local de las fincas familiares y permitiendo la conformación de una especie de burguesía cafetera conformada por profesionales urbanos que vivían en las ciudades y que a través del apoyo del sector financiero invirtieron en fincas modernizadas (Palacios, M., 1995).

Sobre el tema ecológico, la modernización agraria trajo problemas asociados al uso extensivo de fertilizantes y pesticidas, extracción no técnica de aguas subterráneas y de las fuentes superficiales para el riego, a la destrucción de bosques para sembrar y la erosión de suelos, así como la continua expansión urbana hacia territorios y nichos ecológicos importantes, como en Bogotá con los humedales, en el Valle de Aburra y en el mismo Valle del Cauca (Palacios, M., 1995).

El tránsito de la sociedad rural a la urbana es el cambio social más importante de la segunda mitad del siglo XX colombiano. El principal factor de esta transformación fue el fenómeno de la migración; vale destacar que la velocidad y masividad con que se desarrolló el modo de vida urbana, planteó problemas de tipo social y cultural tales como el hacinamiento, la carencia de sistemas adecuados de transporte, el incremento de la inseguridad en las calles, la violencia intrafamiliar y la especulación en torno a la tierra de la ciudad. Las instituciones tradicionales como la familia, la escuela, el vecindario, la iglesia, fueron perdiendo protagonismo e influencia dentro de las relaciones sociales; la población entró en una especie de anomia, al estilo de Durkheim (Luker, y Steven, 1984), en medio de un crecimiento acelerado, mostrando una situación de desequilibrio e inequidad social.

Se generó un clima de violencia social, sobre todo en las ciudades, entre los hombres jóvenes y desempleados o con empleos considerados de bajo estatus social. Tendió a incrementarse la tasa de homicidios y se exacerbó la corrupción. Quizá como en ningún otro país latinoamericano, en Colombia, mientras el poder judicial permanecía en una situación precaria, la criminalidad crecía en proporciones escandalosas.

Se entró entonces en una etapa de privatización de la justicia; gran cantidad de personas armadas, galladas de barrio, escuelas de sicarios y pandillas, que antecedieron a las bandas creadas y financiadas por el narcotráfico. Desde comienzos de los 70, habían aparecido en el eje cafetero y en Medellín, los escuadrones de la muerte, destinados a la limpieza social, con el fin de extirpar las subculturas que la pobreza y la delincuencia fueron generando, tales como los llamados desechables, gamines, pordioseros, prostitutas, jfbaros, drogadictos y homosexuales, dentro de una ideología extremista y aislacionista, con auge incluso en sectores medios de la población. El caldo de cultivo para la criminalidad en una fase organizada, como la del narcotráfico, estaba dado. En estos años también el mercado de la droga creció, particularmente la demanda en los EE.UU., lo que permitió la consolidación de redes criminales con una tecnificación inimaginada; cantidad de especialistas como pilotos, especialistas en telecomunicaciones y seguridad, personal armado y profesionales de las ciencias químicas, formaron verdaderas redes de apoyo al narcotráfico y sus ejércitos

privados. Las mafias se consolidaron a finales de los 70, distribuyéndose el mercado hacia Estados Unidos y luego hacia Europa. Se constituyeron los llamados Carteles de la Droga. Las organizaciones colombianas adquirirían la pasta de la coca en Bolivia y Perú; en Colombia se extraía y refinaba la cocaína que se transporta por múltiples rutas aéreas y marítimas. Después viene el lavado del dinero, soportado con grupos de profesionales como contadores, corredores de bolsa, banqueros, abogados, sobretodo en Panamá, Venezuela, Argentina y Colombia. A esto se ligó el contrabando y la sobrefacturación de exportaciones.

No hay que perder de vista, que la economía colombiana, durante la época perdida comprendida entre los años 80 al 89, decreció mucho menos que la de los demás países latinoamericanos, con excepción de Chile y todos los analistas atribuyen esta situación al efecto económico del narcotráfico.

A partir de 1975, la tasa de homicidios en Colombia creció en forma significativa (Franco, S., 1999), dejando al país como el campeón mundial en homicidios, en un clima de impunidad. A mediados de los 80, la violencia política adquirió mayor dimensión, después del fallido proceso de paz del gobierno de Belisario Betancourt del 82 al 84. Después de esta época se presentó el genocidio de la Unión Patriótica, lo que exacerbó el conflicto armado interno, aparecen los grupos paramilitares como entidad nacional y se cuestionó el papel de las fuerzas armadas en aspectos tales como la desaparición forzada, las ejecuciones extrajudiciales y los crímenes políticos. Se trata de una sociedad enferma a la que corresponde un Estado impotente.

La corrupción ha sido un elemento anexo a la política colombiana y al sistema de justicia, particularmente a partir del Frente Nacional. El conflicto interno y el tema del orden público, se manejó apelando al Estado de Sitio, que ofrecía los instrumentos para realizar los cambios legislativos en aspectos político, penal y cultural, que permitieran el control social.

En síntesis, los años 80, en América Latina son los años de la década perdida, la de la crisis de la deuda, la de estancamiento del crecimiento económico y la ampliación de la brecha social entre ricos y pobres.

En Colombia, la terminación del Frente Nacional, no conllevó a la democratización de las instituciones ni a la apertura política. Persistió el Estado débil y fragmentado; los partidos políticos continuaron padeciendo de una corrupción atávica. La economía en general en los años 80s, no se derrumbó como en otros países latinoamericanos, por el soporte de la economía ilegal, ligada al tráfico de narcóticos, principalmente la cocaína. Fallaron los procesos de paz con las guerrillas en los que participaron prácticamente todos los grupos con excepción del ELN; producto de esto, se exacerbó el conflicto armado interno, con un aumento creciente del número de homicidios y de crímenes políticos. El auge del narcotráfico, la inoperancia de la justicia y la impunidad, permitieron el fortale-

cimiento de los grupos de justicia privada, con la connivencia de algunos sectores de la sociedad y de las fuerzas militares. No se tuvo, por tanto, la plataforma estructural, económica, política y social que permitiera el despegue de políticas incluyentes de justicia sanitaria.

Del Estado Benefactor al Neoliberalismo

La crisis del estado benefactor permitió el auge del modelo neoliberal, (administración Reagan en EE.UU. y Thatcher en Gran Bretaña). En Colombia los gobiernos previos al gobierno de Cesar Gaviria (1990 – 1994), crearon las bases para la implantación del nuevo modelo en el país. Gaviria reformuló las pautas del desarrollo basándose en el achicamiento del Estado, el impulso a la economía de mercado, la apertura económica, la descentralización, las privatizaciones y la participación comunitaria.

El lapso comprendido entre 1990 – 1998, es denominado por Quevedo y Quevedo (Quevedo, E. y Quevedo, M., 2000, a), como período de consolidación del modelo neoliberal. Según estos autores, el contexto internacional, posterior a la guerra fría, que finalizó con la caída del muro de Berlín, se ve modificado gracias a la presión de 5 grandes factores o vectores de cambio:

1. La globalización, entendida como la eliminación de fronteras espaciotemporales, por la revolución informática y las comunicaciones; por la conformación de un a economía de mundo, que genera un consumismo global, y por la emergencia de nuevas culturas y subculturas políticas, con temas de interés global como la religión, el género, la etnicidad, el medio ambiente entre otros.
2. El libre comercio, con la reducción negociada de las barreras arancelarias, todo esto liderado por la organización mundial de comercio, que genera un aumento cada vez mayor de bienes y servicios entre países.
3. Las políticas neoliberales que se imponen aún con la fuerza con que iniciaron a principio de los años 80, y se convierten en una prescripción de ajuste económico, con el fin de mantener los postulados de la inserción internacional.
4. Los procesos de integración supranacionales que permiten acuerdos multilaterales de integración económica y política, en sí como una estrategia de control de los procesos de integración y apertura comercial en el mercado mundial.
5. El concepto de seguridad internacional, sobrepasa las fronteras nacionales para convertirse en un problema global, ya que las condiciones del ambiente, las migraciones masivas, la violación del derecho internacional humanitario, el tráfico de drogas, el terrorismo, las pandemias como el SIDA, la sobrepoblación y el subdesarrollo, son consideradas amenazas que afectan la calidad de vida de la población en el mundo.

Sobre Salud en Colombia, Años 80

En los planes de desarrollo de los gobiernos de Alfonso López Michelsen (1974-1978), *PARA CERRAR LA BRECHA*, de Julio Cesar Turbay (1978-1982), *INTEGRACIÓN NACIONAL* y Belisario Betancourt (1982-1986), *CAMBIO CON EQUIDAD*, la salud se entiende como componente de la nueva política social, con el objeto de ampliar la cobertura, disminuir la brecha entre zonas urbanas y rurales, utilizar al máximo la capacidad hospitalaria y fortalecer el Sistema Nacional de Salud.

El período del Sistema Nacional de Salud, coincidió con las críticas en el mundo desarrollado de occidente al estado benefactor, como producto de la evidente crisis mundial. Este se acompañó de la disminución de espacios de participación social en la vida política y económica, con la reformulación del papel del Estado y la participación de la sociedad civil. También el sector privado aumentó su espectro de acción, a través del esquema de prepago con empresas relacionadas al sector financiero. Por otro lado hubo un importante auge del mercado de equipos médicos y de industria farmacéutica.

En el gobierno de Virgilio Barco, del 86 al 90, se consolida un proceso de descentralización política, administrativa y fiscal, donde se trasfiere la responsabilidad estatal de la salud a los municipios, mediante la Ley 10 de 1990. Entonces se presentan problemas por falta de asignación de recursos y claridad en el flujo de los mismos, lo que genera resistencia por parte de los gobiernos locales, para asumir esta responsabilidad.

En el gobierno de Virgilio Barco se diseñó el programa de salud básica para todos, pretendiendo el acceso universal aún a los niveles más complejos, el desarrollo de una red hospitalaria, la organización institucional, el desarrollo de los recursos humanos y físicos y el ordenamiento financiero, siguiendo la lógica de los planes de salud de los tres gobiernos anteriores; sin embargo, en la práctica se produjo un desfase significativo entre tales planes y la realidad de su ejecución.

Christopher Abel (Abel, C., 1996, Págs. 134-142), postula que en el gobierno de Barco, se presentaron varias limitaciones para la realización de los cambios, debido a la falta de apoyo de los congresistas a la política social, al poco interés de los empresarios por el mejoramiento de los servicios oficiales de salud, y a la ausencia de presión de las grandes organizaciones sindicales, por sentirse cómodas con el Instituto de Seguros Sociales.

EL NEOLIBERALISMO

Discusión Filosófica

Al evaluar la reforma de la salud, es preciso considerar los componentes económico, político, social y cultural del modelo de desarrollo en el ámbito global y su aplicación en Colombia.

Algunos han llamado al auge del neoliberalismo, el final de la utopía, en la medida en que el socialismo que se planteaba como la solución igualitaria en la distribución del ingreso y la riqueza, fracasó. Las fuerzas económicas que determinan la desigualdad son tan fuertes y persistentes que no fue posible doblegarlas con la intervención del Estado. Más bien, esta intervención en el sistema socialista, redundó en la disminución de la riqueza, la cual, en todo caso no se distribuyó de manera igualitaria. Para los liberales, el modelo socialista significó altos costos en vidas humanas, sin la consolidación de la igualdad. De otro lado, según los liberales, en los Estados democráticos liberales, la consolidación del Estado de bienestar implicó desborde del crecimiento del sector público, una sociedad civil atomizada y menos autónoma, administrada por el gobierno y un complejo sistema fiscal, con la aparición de serios problemas económicos como la inflación. El mercado como máximo mecanismo de distribución se erigió como el planteamiento acertado correspondiente con las leyes que rigen la economía. En Friedrich August von Hayek encontramos: “el liberalismo es la única filosofía política verdaderamente moderna y la única compatible con las ciencias exactas, converge con las teorías físicas, químicas, y biológicas más recientes en particular con las ciencias del caos formalizada por Ilya Prigogine (Prigogine I., 1984); en la economía de mercado así como en la naturaleza, el orden nace del caos, la armonización espontánea de millones de decisiones y de informaciones conducen no al desorden, sino a un orden superior” (Sorinan, G., 1991).

Hace más de doscientos años, Adam Smith sugirió que al igual que los cuerpos celestes, se rigen en su movimiento por unas leyes naturales, también la economía lo hace. Si estas leyes se tienen en cuenta, entonces se presenta el crecimiento económico. La intervención de los gobiernos y el control de la economía serían antinaturales y redundarían en lo contrario. En consecuencia, el mercado encuentra por sí mismo los niveles naturales de precio, salario, beneficios y producción.

Las intervenciones serían un costo para la riqueza de las naciones. De acuerdo a Smith (Smith, A., 2000 b), la conducta humana tiene seis motivaciones principales, el egoísmo, la conmiseración, el deseo de ser libre, el sentido de la propiedad, el hábito del trabajo y la tendencia de cambiar una cosa por otra. Si estos son los resortes de la conducta humana, el mejor juez del individuo es su propio ego, su propio interés y debe permitírsele el ejercicio de su libertad. Así, en la medida en que trata de conseguir el provecho propio, contribuye a impulsar el bien común; tal sería una especie de orden natural. A su vez, dicho orden natural obliga a las naciones en tres deberes básicos: la defensa contra la agresión extranjera, una buena administración de justicia y la realización de obras de naturaleza pública, que no son por esto mismo de interés de los particulares, más que todo por que no producen ganancias.

Un representante del liberalismo radical fue Herbert Spencer, quien postuló en su libro “El individuo contra el Estado”, la defensa de la libertad del individuo, sobretodo ante lo que podría representar el estado como amenaza para la misma. Se opuso a la injerencia del Estado en la sociedad y en la vida privada de los individuos, aún en el caso de impuestos para fines filantrópicos. Protestó contra las medidas proteccionistas de grupos vulnerables, que se

dictaron en Inglaterra durante la segunda mitad del siglo XIX: la restricción del trabajo de mujeres y niños, tiempos mínimos para la contratación de jornaleros, compra de semillas para los jornaleros pobres, alojamiento y asistencia para los viajeros pobres, subsidio de transporte para los obreros en el tren, planes de vivienda popular. También, se opuso a las propuestas de reglamentar las jornadas de trabajo, decretar la enseñanza gratuita para todos y organizar un sistema de seguridad social. Spencer era un Darwinista social. En sus escritos, señalaba: "hay que seguir el proceso y aceptar el sufrimiento; ningún poder sobre la tierra, ninguna medida imaginada por legisladores hábiles, ningún proyecto destinado a rectificar el curso de las cosas, ninguna panacea comunista, ninguna reforma, puede disminuir aquel sufrimiento; puede sí aumentarse su intensidad y se le aumenta de hecho; y el filántropo que se proponga remediar este mal, hallará siempre amplia esfera en que ejercitarse; el tema sería ante todo un tema de filántropos, pero el cambio lleva consigo una cantidad enorme de sufrimiento que no puede ser reducida sin atentar a las leyes de la vida" (Spencer, H., 1977). El concepto de selección natural y de supervivencia del más apto influye las doctrinas económicas de Spencer: "la miseria es el resultado fatal de la incongruencia entre la Constitución y las condiciones"; los pobres y desempleados, "no son otra cosa sino que parásitos de la sociedad, que de un modo viven a expensas de los que trabajan; vagos e imbéciles, que son o serán criminales jóvenes". Para Spencer, era un absurdo pensar que el Estado pudiera solucionar los males sociales y garantizar el goce igualitario de todos los bienes: "el mandamiento, comerás con el sudor de tu frente, es sencillamente el enunciado cristiano de una ley de la naturaleza, ley a la que debe su estado actual de progreso la humanidad y por la cual toda criatura, incapaz de bastarse a sí misma, debe perecer...".

"El individuo recibe beneficios proporcionales a su mérito, recompensas equivalentes a sus servicios; por méritos y servicios entendemos, en uno y otro caso, la capacidad de satisfacer las propias necesidades, de procurarse alimento, de asegurarse un abrigo, de escapar de los enemigos, en competencia de los individuos de su propia especie, luchando con los individuos de otras especies, el individuo degenera y sucumbe o prospera y se multiplica, según sus cualidades; evidentemente un régimen contrario, si pudiese ser mantenido, sería con el tiempo funesto a la especie; si los beneficios recibidos por cada individuo, crecen proporcionales a su inferioridad, si por consiguiente se favoreciese la propagación de los individuos inferiores, y se entorpeciera la de los mejores dotados, la especie degeneraría progresivamente y desaparecería bien pronto ante la especie que compitiese y luchase con ella..." (Spencer, H., 1977).

Milton Friedman, se convierte en uno de los más conocidos científicos sociales defensor de la filosofía liberal radical en el siglo XX. Para él, "la sociedad es tal como la hacemos; podemos moldear nuestras instituciones. Las características físicas y humanas limitan las alternativas de las que disponemos. Pero nada nos impide, si queremos, edificar una sociedad que se base esencialmente en la cooperación voluntaria para organizar tanto la actividad económica como las demás actividades; una sociedad que preserve y estimule la libertad humana, que mantenga el Estado en su sitio, haciendo que sea nuestro servidor y no nuestro amo (Friedman, M. y Friedman, R., 1980). Según Friedman, el mercado, como mecanismo

voluntario de intercambio, es el elemento necesario para la prosperidad y la libertad. Es el espacio de encuentro entre los individuos. El sistema de precios permite que los individuos cooperen pacíficamente, durante breves momentos, mientras que el resto del tiempo cada uno se ocupa de sus propios asuntos. Hay una cantidad de factores que escapan al control del individuo y del Estado que son así por naturaleza; el mundo no es justo ni equitativo, lo que cada uno tiene es producto del azar, por nuestra propia elección o por la ajena; ese azar determina nuestros genes, lo que afecta nuestras capacidades mentales o físicas; son azarosos la familia y el contexto cultural en que nacemos y por ende las oportunidades para desarrollar nuestras propias capacidades. El azar hace que heredemos o no; el azar puede ayudar a desarrollar o destruir aquello con lo que contamos, pero también la decisión personal, desempeña un papel muy importante. Friedman afirma que todo el trabajo de los socialistas y los comunistas en el siglo XX, en pro de la igualdad, fracasó ante todo porque iba en contra de los instintos más básicos de todos los seres humanos. El instinto más básico es el esfuerzo individual por mejorar la propia condición. El tema de la igualdad lo entiende Friedman como igualdad de oportunidades, es decir, libertad para que cada cual desarrolle sus potenciales y sus posibilidades; para que alcance sus objetivos, diferente a igualdad de resultados, por que ello implicaría una restricción a la libertad.

Buscar esa igualdad de resultados en los regímenes socialistas, dio origen a un Estado cada vez más poderoso y restrictivo de la libertad individual. Por el contrario, las medidas estatales que apoyan la libertad personal o de oportunidades aumentan la libertad. Dentro de esta concepción, el significado del mercado es muy importante; cada consumidor trata de comprar el mejor conjunto que pueda adquirir, en vista del valor de su dotación inicial y cada productor, trata de maximizar los beneficios a los precios vigentes, si estos precios son tales, que la oferta se iguala a la demanda dentro de los mercados. Este mecanismo determinará una asignación bien definida llamada equilibrio del mercado. No se entiende el mercado únicamente como un medio para el intercambio del producto, sino que se constituye en el principal mecanismo que sostiene la sociedad; en el principal mecanismo de supervivencia, como libre actividad de los hombres en busca de la ganancia. Esta propuesta será impulsada por parte de los principales poderes geoestratégicos mundiales y los organismos económicos, rectores de la economía mundial. Es una propuesta afincada en el mercado como motor de la economía del desarrollo del capital, basada en la competencia, enfocada hacia el exterior, la apertura económica, la reducción del Estado, el desmonte y eliminación de los subsidios sociales y económicos, el fomento del ahorro y la inversión privada, el fortalecimiento del mercado libre y la implantación de leyes laborales ante todo orientadas hacia la regulación del trabajo por la ley de la oferta y la demanda.

Aspectos Económicos

Para los economistas defensores del neoliberalismo, este es un principio de política económica según el cual los precios son el indicador fundamental para el análisis de las

asignaciones de los factores productivos: el capital, el trabajo, la tierra, la tecnología y el conocimiento. En la sociedad capitalista, basada en la compra y venta, el precio denota la preferencia de consumidores, vendedores y productores. Cuando ese valor refleja el costo real de la generación de riqueza, la economía tiende al equilibrio; en cambio, cuando las relaciones políticas, el estado o algún otro ente interventor pervierte la expresión del valor real de los costos, se generan distorsiones que se traducen en un encarecimiento general de los bienes, mercancías y productos, conduciendo a una inestabilidad económica. Desde esta perspectiva, el neoliberalismo no es más que una estrategia que busca la regulación general de la economía mediante su sometimiento al orden de los precios reales de todos los factores productivos (Restrepo, D., 2003).

El neoliberalismo es explicado como un principio de política económica que busca acabar con el proteccionismo en los mercados, es decir con todas las limitantes, como aranceles, impuestos o barreras, que conduzcan a pervertir el precio real de la producción y circulación de las mercancías. También son catalogados como distorsionadores del precio real todos los subsidios concedidos a grupos sociales ya que conducen al aumento de los impuestos, la emisión de moneda o al endeudamiento tanto interno como externo.

El imperativo de comprar a precios reales se justifica para el neoliberalismo, en todos los espacios de la vida social, cabe decir, la educación, la salud, los servicios públicos domiciliarios, la justicia, la vivienda, la seguridad ciudadana, la seguridad social, producción y venta de gasolina, gas, energía, comunicaciones, ropa y en fin, la totalidad de bienes y servicios demandados por la sociedad. Con el argumento de la liberalización comercial y financiera, la lucha contra la inflación y la reducción del déficit fiscal se imponen, las privatizaciones y la flexibilidad de las relaciones laborales.

La indebida intromisión del Estado en la economía conduce a acrecentar el gasto público más allá de las capacidades de recaudar impuestos y del rendimiento financiero de las empresas estatales, creando el consabido déficit fiscal. Por otro lado, las empresas estatales generan competencia desleal con el sector privado y estimulan la generación de la corrupción en el mercado.

Como las luchas sindicales durante el siglo XX, generaron una distorsión en los precios, dando como resultado el establecimiento de costos salariales independientes de la productividad de las empresas; el neoliberalismo propugna por la flexibilización de las relaciones laborales, con el fin de bajar los costos y recuperar la movilidad en el enganche y despido de trabajadores, permitiendo recuperar con esto los costos reales perdidos.

El conjunto de valores que parecen sustentar esta concepción se basa en la creencia de que los individuos emprendedores son el motor del progreso; los individuos, para ser libres, deben ser propietarios de sus bienes; una sociedad que respeta los logros de cada cual y no penaliza a los emprendedores, mediante impuestos o gravámenes, a favor de grupos sociales

parasitarios o protegidos mediante privilegios, puede considerarse una sociedad justa. El neoliberalismo, partiendo de los valores mencionados, desconfía del “bien común”, del interés colectivo y de la justicia social, por considerarlos factores que entran la libertad individual y por ende la generación de riqueza económica. Ante los cuestionamientos sobre la evidente existencia de desigualdades en las capacidades y medios a disposición de las personas, el neoliberalismo afirma que dicha desigualdad es natural y conveniente, dado que cada ser humano es único y la desigualdad se convierte entonces en aliciente a la creatividad y al deseo de superación.

Criticando este esquema ideario, sus detractores afirman que éste genera una visible incapacidad de las mayorías para ejercer su libertad, al quedar sometidas a las libres decisiones e intereses de los “emprendedores”, ante los cuales no les queda otro recurso que someterse a sus pautas.

Para los grupos de población, sumidos en la marginalidad, o víctimas de catástrofes, se acepta por parte de los menos radicales, la intervención estatal, a través del ofrecimiento de subsidios, sin que ello constituya un derecho. El manejo de esos subsidios convierte al pobre o necesitado, en un agente de mercado, con “capacidad de compra”, expresada en el ejercicio de su “soberanía” consumidora.

Hay dos factores claves en el auge neoliberal globalizado: uno, el cambio en las políticas sociales y el otro, la revolución tecnológica.

Iniciando en Chile, en la década de los 70, con la implementación de un conjunto de principios de la política económica bajo la dictadura del General Pinochet, continuando en Inglaterra, donde el gobierno conservador de M. Thatcher inició drásticas transformaciones, complementando con los cambios promulgados por la administración Reagan en los Estados Unidos, el neoliberalismo empezó a mostrarle al mundo la posibilidad de modificar las relaciones de fuerza entre las clases sociales. Los impuestos a los poseedores de renta y capital fueron disminuidos, mientras que aumentó la tributación a los trabajadores y clases medias por la vía de impuesto al consumo. Los derechos sociales y la seguridad social fueron recortados, los sindicatos debilitados, fue impulsada la privatización de empresas estatales y la primacía del sector financiero.

En cuanto al cambio tecnológico, este se ha visto como el motor de las transformaciones a lo largo de la historia y en el proceso de globalización ha tenido importancia relevante: ha modificado las maneras de producir e intercambiar bienes y servicios, ha generado impactos en la organización de las empresas, en la división internacional del trabajo, en la circulación de mercancías y consecuentemente en las políticas económicas de los países. Sin embargo, la tecnología no es una variable neutra en la historia; quien se apropia del conocimiento y cuenta con las posibilidades financieras para promover la investigación y su transformación en bienes y servicios, garantiza una posición dominante en el mercado

internacional. En la actualidad, las empresas que dominan el mercado mundial, controlan la tecnología de punta de cinco sectores económicos considerados medulares en la economía mundial: armas, circuitos financieros, extracción de productos naturales energéticos y biológicos, medios de comunicación y canales de movilización.

Ejemplos de esto observamos en la circulación de dinero entre países, generando una total liberalización financiera; en la ampliación de cobertura de las industrias de alcance multinacional, con capacidad productiva para satisfacer la demanda global y que obtienen facilidades para exportar sus mercancías, sin disminuir sus ganancias o incrementar los precios; en las empresas informáticas, que aumentan su radio de acción, forzando la apertura de mercados en los demás países; sus posibilidades permiten ofrecer programas académicos sin la presencia física de maestros y alumnos, superando esquemas y regulaciones nacionales, a cambio de patrones globales de calidad, acreditación de programas y sistemas de evaluación; en la apertura de canales de comunicación, por ejemplo la televisión, como arma de control político, a través de satélites, que permiten la unificación del mundo en períodos de tiempo antes impensables; en el desarrollo tecnológico en el transporte que hace el mundo más pequeño y abrevia el tiempo de circulación de mercancías y dinero; en cuanto a la genética y la biología molecular, ya no se requieren sino de pequeñas muestras para que se procese la investigación y se generen desarrollos en medicamentos, vacunas, semillas, armas biológicas, fertilizantes y toda clase de productos de laboratorio que dominan el área de la salud, la defensa nacional y la alimentación en el ámbito mundial.

La flexibilidad laboral disminuye el precio del trabajo y permite disponer de él sin restricciones, apoyándose en procesos productivos descentralizados, que aprovechan las ventajas comparativas de cada zona o región. Expresión de esto son el empleo temporal y las maquilas, creando una verdadera red de centros de trabajo para la producción, circulación, consumo y financiación de bienes y servicios.

Desde el neoliberalismo nada debe oponerse a la libertad en la producción y circulación del dinero. Sin embargo, este precepto se aplica de manera selectiva; se propugna la liberalización financiera y comercial, mas no la de las personas que viven y trabajan; se propugna por la liberalización de la ciencia y la investigación, pero se limita la reproducción de dichos avances en un mercado regido por precios reales; se penaliza la plena utilización del conocimiento, mediante el cobro de regalías o con la imposición de penas y multas a la llamada "piratería".

La dominación de la política neoliberal ha permitido la generación de un beneficio inmenso a las empresas transnacionales, con la mayor concentración de la propiedad y la riqueza de la que se tenga conocimiento y consecuentemente, la mayor pérdida de libertad de los individuos y soberanía de los Estados. Actuando en beneficio del mercado y la acumulación privada, los países más desarrollados y las clases capitalistas, han limitado el derecho de las personas, promulgado el retroceso de las conquistas sociales, la masificación de la pobreza y la marginalidad.

Las políticas neoliberales pretendieron generar altas tasas de crecimiento económico y el resultado real son tasas inferiores a las obtenidas en la década del 70 en el mundo; prometieron generar más empleos y lograron altas tasas de desempleo y precarización de los nuevos trabajos; buscaron cerrar la brecha entre ingreso y bienestar y a cambio han promocionado la concentración de la propiedad y de los ingresos, acrecentando la desigualdad y la pobreza. Promovieron la consecución del equilibrio macroeconómico, logrando todo lo contrario: persistencia y crecimiento de la deuda interna y externa de los países, en medio de un proceso de desindustrialización y desagrarización; supusieron que sus políticas conseguirían la disminución de la intervención del Estado y el resultado ha sido el aumento del gasto público. Abogaron por la reducción de la corrupción, generando al contrario su fortalecimiento y afianzamiento desde lo privado, afectando a grandes firmas de reconocimiento mundial.

El logro más prominente hasta ahora ha sido la reducción de la inflación, pero en muchos casos a costa del crecimiento económico.

El Neoliberalismo en América Latina

El credo neoliberal pierde de vista que el desarrollo económico en América Latina, se logró a expensas del Estado, particularmente durante los años 30 al 70 del siglo XX, en lo que se llama desarrollo hacia adentro. Fue el Estado el que creó las condiciones a través de un modelo de proteccionismo, de sustitución de importaciones, para la industrialización propia; de obras de infraestructura, de expansión de servicios públicos, dentro de un modelo al principio Keynesiano y posteriormente desarrollista Cepalino (CEPAL, 1994, a). No obstante, en los 70s, este modelo entró en crisis, porque el proteccionismo distorsionó la competitividad, el gasto fiscal se disparó desbordando los ingresos tributarios; desde entonces, se mantiene un déficit fiscal cada vez más acentuado. El gasto fiscal no se dirige propiamente hacia los sectores más vulnerables sino hacia los sectores medios; una gran burocratización ineficaz se interpone en los esfuerzos de innovación y ampliación de coberturas sociales. La expansión de la iniciativa política, no respeta la racionalidad propia del proceso económico, y por consiguiente destruye la dinámica del mercado y la instrumentalización de la economía incrementa la polarización del sistema político y destruye su capacidad reguladora. En respuesta, se plantea entonces el neoliberalismo como crítica al estatismo.

Con el neoliberalismo, el Estado se debilita por que debe asumir el costo financiero generado por factores como la deuda externa, el saneamiento de empresas públicas para su privatización y el sector social queda restringido a medidas de asistencia focalizadas hacia los más pobres, sin contrarrestar efectivamente el avance de la descomposición social que genera el nuevo modelo. Si por un lado la reducción del aparato estatal genera ventajas como la disminución de la corrupción y de la ineficacia burocrática, por otro lado supone una fuerte intervención del Estado para contener la explosión social e imponer la liberali-

zación de las leyes del mercado y de las regulaciones laborales; Llama mucho la atención cómo esta política se llevó a cabo más eficazmente bajo dictaduras (pe. Chile) o bajo regímenes presidencialistas con rasgos autoritarios.

El Neoliberalismo, implica un proceso acelerado de globalización económica, lo que genera radicales transformaciones del mercado, de los circuitos productivos, comerciales, financieros y tecnológicos. En una red planetaria se globalizan las pautas y expectativas del consumo y se configura un consenso global sobre el marco normativo de la acción política.

Los países latinoamericanos, se enfrentan a un dilema; por una parte, su desarrollo socioeconómico depende de una inserción competitiva en los campos más dinámicos del mercado mundial, independientemente de las crisis inevitables, se han vuelto totalmente ilusorias las pretensiones de una vida de desarrollo autónomo, al margen del sistema capitalista mundial; ya no basta exportar, sino que resulta indispensable incrementar el factor tecnológico de los bienes y servicios exportados; por otra parte la apertura, profundiza aún más las ya graves desigualdades sociales en Latinoamérica; hoy podría hablarse que la mitad de la población latinoamericana está excluida del desarrollo y relegada a situaciones de pobreza.

El modelo mercantilista significa "el abandono del más débil"; las fuerzas del mercado terminan arrollando a los que por falta de fortuna, de capacidades, de habilidades, y en algunos aspectos, por obras del azar, no han podido acceder a oportunidades que les permitan desplegar sus proyectos de vida. Frente a esto, los postulados de los radicales libertarios proponen como inmoral la intervención regulada; solo sería justificable moralmente la intervención filantrópica, a iniciativa de los individuos, pero jamás la obligación estatal redistributiva. En la práctica, el llamado paquete social del neoliberalismo se basa en la focalización (identificación), de los menos pudientes, con el fin de otorgar subsidios derivados de los impuestos o la financiación social del gasto.

Uno de los aspectos claves del modelo se constituye en la modernización del Estado con la consecuente reformulación de políticas sociales en una especie de reingeniería social, que incluye un esquema expedito de financiamiento social, la privatización de los servicios y bienes sociales que el Estado garantizaba a la comunidad y una racionalidad operativa de la acción estatal. Tal reingeniería introduce en el sector social los principios económicos de privatización, iniciativa privada, competencia y regulación mercantil, lo que significa el desmonte de organismos ejecutores, el traslado de funciones, recursos y competencias del nivel central hacia las entidades locales, y la prestación de los servicios básicos por parte del sector privado. Se aplican las estrategias e instrumentos como la ya nombrada focalización del gasto hacia los sectores de menores ingresos; la preferencia por subsidios a la demanda sobre aquellos canalizados a través de la oferta; la creación de fondos y programas paraestatales, por fuera de las instituciones tradicionales y el retorno a la concepción asistencialista del gasto social.

Particularmente en América Latina el Estado fomentó el desarrollo; por ejemplo en Colombia, en la década del 30, se aplicó una política de redistribución del ingreso y de combate a la miseria. Se fortalecieron patrones de intervención estatal, y así el resultado no haya sido el mejor, esto permitió, que la sociedad viera al Estado como un elemento activo al cual se debía recurrir para satisfacer los intereses de cada uno de los sectores que la conforman. Se conformó entonces un Estado, que además de cumplir las funciones de control, regulación y arbitraje, tenía las funciones de organización de la sociedad. En América Latina se trató de construir un sistema institucional de prestación de bienes y servicios, dentro de la concepción del Estado Benefactor. Sin embargo, debido a problemas estructurales, derivados principalmente de la situación de dependencia, este objetivo fue conseguido muy parcialmente.

Con las crisis de los 80, este modelo hizo agua, debido sobretodo a los recortes financieros forzados principalmente por el servicio de la deuda externa. En Colombia, La Revolución Pacífica, plan de desarrollo económico y social del período 90 - 94, del gobierno del presidente César Gaviria, concretó el viraje hacia el neoliberalismo.

El Estado, en vez de ser displicente con el mercado, contribuye a fortalecerlo, promoviendo la competencia externa e interna. Se plantea la descentralización y focalización de los servicios sociales para lo cual, se crea el COMPES SOCIAL. En junio de 1992; se reestructuran los Ministerios del área social: de Trabajo y Seguridad Social, Salud, Educación y el Subsidio Familiar, buscando ante todo la descentralización, el desarrollo institucional de las entidades regionales y la concurrencia de las entidades no gubernamentales, privadas y comunitarias en la prestación de los servicios. Los principios de la reforma político social, entonces son el fortalecimiento de la descentralización, la modernización y reducción del ámbito de competencias y funciones del Estado, la privatización y la asignación de subsidios directos a la demanda.

Cabe resaltar que en el país, desde más o menos la mitad de los 80, se observa una pérdida de participación del gasto social, aumento de los índices de pobreza crítica y aumento del llamado sector informal.

Aunque de entrada, el modelo reconoce la inequidad y la naturaleza del mercado, la dinámica capitalista, del libre mercado del dejar hacer, se erige como la única posible para el desarrollo y la distribución de los bienes; se reconoce el bien público, en la medida que hay una cultura de derecho universal a la salud, pero se entiende que dentro del modelo ya propuesto, ese bien público no puede ser distribuido en forma igualitaria.

Hay una serie de factores estructurales, que codifican la inequidad y por otro lado, hay una serie de factores macroeconómicos globales y de política económica internacional que determinan un modelo que perpetúa las inequidades y que plantea progresivamente la inclusión de mayores sectores de población dentro de la política social, en este caso, dentro

de la política de salud, según el comportamiento de variables como el crecimiento económico, el empleo y la inflación.

En esa dinámica se establece la discriminación entre los servicios esenciales de salud y otros que podrían llamarse discrecionales. Los primeros integran un paquete básico de atención en salud y los segundos las opciones de mercado a ser usados a discreción de las personas, de acuerdo a su capacidad de pago (Laurel, A.C., 2000).

El tema de la focalización no se excluye de la concepción general del mercado ya que en realidad lo que se busca al focalizar y al subsidiar la demanda, es dotar de capacidad de compra a la población más vulnerable.

No se trata simplemente de un problema técnico y pragmático, sino de una ideología que corresponde a un modelo económico de globalización que privilegia los intereses del capital financiero internacional, que a través de compañías aseguradoras, entra a participar en el negocio de la salud.

El neoliberalismo busca el reordenamiento económico internacional, argumentando la estabilización y sostenibilidad de las economías nacionales como prerequisites hacia la consolidación de las democracias y el logro de un mayor bienestar. Por ello es conveniente la liberalización y expansión de los mercados, puesto que se considera que el libre movimiento de bienes, servicios y capitales, induce a una mejor asignación de recursos y por tanto a un mayor bienestar. Sin embargo, esta perspectiva se distorsiona dando como resultante una mayor distancia y desigualdad entre países que aumenta las asimetrías en la asignación de recursos y en los índices de calidad de vida. Después de la aplicación del modelo, la brecha entre los países desarrollados y los del tercer mundo se ha ampliado. En América Latina se ha registrado un incremento significativo en el número de pobres, desempleados y subempleados, aumentando la desigualdad, la desintegración social y los indicadores conexos de violencia y delito.

En lo referente al crecimiento económico, se replantea la tendencia de acumulación de capital, propiciando un mayor crecimiento, basado en la libre competencia del mercado, y así generar una mayor equidad y justicia social; sin embargo, luego de más de una década, las cuestiones del desarrollo, atinentes a la democracia real, mediante la búsqueda de mayor equidad, la erradicación de la pobreza y la construcción de ciudadanía, se encuentran lejos de ser resueltas. Los logros sociales están subordinados al crecimiento y son subsidiarios de otros aspectos de la política. Existe la falsa creencia de que el mayor crecimiento, por sí mismo, generara mayor desarrollo y equidad social. No obstante, los resultados no son halagüeños, tanto en el orden social, como en materia de crecimiento. El crecimiento ha sido lento e inestable, con retraso en productividad, empleo y desarrollo tecnológico. Esto mirando la diferencia con los países desarrollados. La libertad del mercado, por lo tanto, no garantiza la equidad.

Estado, Política y Democracia en el Neoliberalismo.

La aparición del neoliberalismo data de la década de 1940 - 1950, como movimiento intelectual relacionado con la defensa de la libertad individual y la propiedad privada y en contra de cualquier forma de intervención por parte del estado o de la colectividad, basada en la igualdad o en la justicia distributiva (léase Estado interventor o de bienestar). Su constitución formal se protocolizó en 1944 con el libro de Friedrich August Von Hayek, "*The road to serfdom*", que estructuró un ataque contra toda regulación por parte del Estado del libre funcionamiento de los mecanismos de mercado, lo que lo que considero como una amenaza contra las libertades económicas y políticas.

En 1947, F. A. Von Hayek, convocó a quienes compartían su orientación, conformándose la sociedad de Mont-Pelerin, una especie de legión neoliberal, organizada y consagrada a la divulgación de sus tesis. Las principales críticas planteadas por dichos pioneros del neoliberalismo, estaban dirigidas contra los estados socialistas de Europa del Este, por considerarlos un peligro y una influencia negativa para las democracias liberales de occidente. A partir de ese grupo y de sus planteamientos, se dio origen a una multiplicidad de ideas y propuestas tendientes a reorganizar la sociedad.

En la segunda mitad del siglo XX, el neoliberalismo es la corriente de pensamiento estructurada alrededor de las reivindicaciones del individualismo, la propiedad privada y el mercado. Los liberales argumentan su propuesta en la disfuncionalidad del capitalismo en los procesos de producción, distribución y consumo, generados según su criterio por la intervención estatal en la oferta y ampliación de la demanda; juzga esta fase de acumulación económica del capitalismo como agotada y propone un nuevo esquema donde el capital tenga las menores restricciones posibles.

En cuanto al concepto del Estado, los liberales no han elaborado una teoría única y estructurada. Su posición crítica sobre el estado interventor, conduce a propuestas sobre la limitación, minimización o desaparición del estado. Se encuentran una heterogeneidad de posiciones que defienden esta línea del pensamiento. Algunas propuestas promueven la extinción del estado, expuestas por los llamados anarco-capitalistas, cuyo principal expositor es David Friedman (Friedman, D., 1973), quien opina que la libertad y el goce de la propiedad privada pueden ser garantizados con la extinción del estado y su sustitución por un conjunto de instituciones sociales a partir de tratativas voluntarias acordes con la lógica del mercado.

Por otro lado, Nozick (Nozick, R., 1988), plantea un estado mínimo, con el fin de garantizar condiciones de seguridad y justicia dentro del marco incuestionable de la libertad individual y la propiedad privada.

Para Von Mises (Von Mises, L., 1996), el estado es un mal necesario, imprescindible para la convivencia social, defendiéndola de quienes no respeten la democracia liberal. Su papel esta dirigido a mantener la cohesión social, asegurar el monopolio de la fuerza y garantizar la seguridad individual y la propiedad privada. El estado se plantea como un aparato u organismo de coerción.

En resumen, el credo neoliberal postula frente al estado:

1. La crítica al Estado interventor, por afectar el tránsito de la economía y menoscabar los derechos inalienables de los individuos. El individualismo, el mercado, la competencia y la propiedad privada son los principios básicos de la sociedad, en torno a los que debe erigirse la organización jurídica o política.
2. La justificación del Estado está orientada a la protección de las libertades individuales y la seguridad institucional, de manera que se garanticen las transacciones voluntarias entre los individuos y se ofrezca una justicia retributiva, acorde con el esfuerzo particular de cada cual, dando por hecho la desigualdad natural y social, como consecuencia de la disposición genética, la apropiación legal, la herencia económica, el acceso a la propiedad y la fortuna.
3. La comprensión de la sociedad como la suma de las cualidades individuales y como la estructura encargada de permitir la libre expansión de las mismas.

Es imprescindible esta revisión general sobre el neoliberalismo para entender el fundamento ideológico que dio origen a la Reforma en Salud y Seguridad Social en Colombia. Si bien esta no respondió totalmente al credo neoliberal, si adoptó, de allí, elementos claves. También para motivar la reflexión sobre si, desde tales postulados, es posible construir las realizaciones de una verdadera Justicia Sanitaria.

LA REFORMA

La nueva constitución colombiana

El gobierno de Virgilio Barco, en sus etapas finales, promueve la transformación radical del Estado. Para ello da paso a la necesidad de acoger la propuesta del plebiscito, en las elecciones ordinarias, planteada por el movimiento de la 7° papeleta, producto de la presión por parte de importantes sectores de la población, sobretodo estudiantes, ante la situación de violencia generalizada. Esto deriva en la elección de la Asamblea Nacional Constituyente en 1990. Tal suceso se constituye en un punto importante de bifurcación en la política nacional; se erigen como objetivos la transformación del Estado, de la Constitución y del gobierno dentro de una estrategia de modernización y democratización en miras a hacer posible la esquivia paz y la inclusión del país en el carrusel del crecimiento internacional.

Se percibía que el sistema político y social estaba erosionándose desde sus cimientos; algunas Universidades especialmente privadas, a través del movimiento llamado “de la séptima papeleta”, echaron a andar la propuesta de la Asamblea Constituyente. En el período comprendido entre 1989 y 1991 se conjugaban varios factores en la profunda crisis nacional: desde el poder algunos sectores estaban convencidos de la necesidad de transformar el entorno político nacional, en una especie de reedificación de la tesis de Rafael Núñez, algo más de 100 años atrás, “regeneración o catástrofe”. La violencia, asociada al narcotráfico y a los paramilitares, había adquirido dimensiones tales, que además del genocidio y las masacres y el terrorismo cotidiano indiscriminado, se llevó a cabo el asesinato por sicarios, de tres candidatos presidenciales. Algunas fuerzas insurgentes (EPL, M - 19, Quintín Lame), iniciaron procesos de reinserción negociada en el objetivo de las posibilidades de participación en la Asamblea Nacional Constituyente. De hecho, la Alianza democrática M - 19, se constituyó como fuerza mayoritaria en las elecciones del 9 de diciembre de 1990, cuando se eligieron los representantes a la misma. Según Palacios, “el sustrato era más profundo y podía explicarse por esa combinación de urbanización acelerada, capitalismo salvaje, corrupción y la gravitación de la violencia en la cultura política”; llama la atención sobre cómo la constituyente fue elegida con una abstención del 74%, lo cual no fue muy tenido en cuenta y en cambio, se resaltó la pluralidad y calidad de los elegidos, en donde no solamente tenían representación los partidos políticos tradicionales, sino un grupo importante de indígenas y sindicalistas, representantes de los diversos sectores políticos, económicos, religiosos y sociales del país. Según su opinión, ésta Asamblea Constituyente no reformó la constitución sino que produjo una nueva, lo que califica como desbordamiento de su mandato (Palacios, M., 1995, p. 338).

La nueva Constitución (julio 1991), tiene un total de 380 artículos, de los cuales 60 fueron de carácter transitorio. Sus logros principales se centraron en la ampliación de los derechos individuales y políticos de los individuos, el fortalecimiento de la autonomía municipal y regional, el mejoramiento del poder judicial y la creación de una circunscripción nacional para el senado. Los indígenas por primera vez en toda la historia del país acceden al Congreso, mediante una circunscripción electoral propia, conformando formalmente unidades territoriales indígenas. Posteriormente una ley de negritudes, creó una circunscripción especial para los negros. También se creó la Corte Constitucional como máximo tribunal de control constitucional y de desarrollo jurisprudencial. En el tema del estatuto militar y de policía y sus relaciones con el poder civil, prácticamente no hubo mayores cambios, ya que se consideró imprudente debatir a fondo las relaciones entre el poder civil y los militares, de modo que el fuero militar no fue modificado.

La Carta del 91 es explícita y pródiga en el reconocimiento de los Derechos Humanos, incluidos los novísimos de tercera generación. De esto siempre surge la pregunta sobre si dicha formulación corresponde a la realidad nacional; si el hermoso traje de la constitución, corresponde al cuerpo de la sociedad en que vivimos.

Todavía es temprano para medir a fondo la incidencia de la nueva constitución en la transformación del país, en el nacimiento de una nueva república, en la remoción de instituciones caducas, de una clase política en su mayoría clientelista y corrupta, en la participación comunitaria, en la reducción de la violencia política o en la originada en el narcotráfico, y en la misma legitimidad política.

Por ejemplo, se preservó el régimen presidencial, manteniendo atribuciones claves, como la de dirigir las fuerzas armadas, las relaciones internacionales, la política económica y la posibilidad de los poderes extraordinarios. El gobierno de Gaviria, en medio del entusiasmo de las élites políticas, no tan extendido a la población en general, se centró en la reestructuración económica. El perfil de su gestión se caracterizó por el impulso a la liberalización económica, el comercio exterior, la reducción de aranceles, el impulso de la inversión extranjera, la internacionalización del sector financiero, las privatizaciones de empresas, bancos estatales y servicios de salud y la descentralización fiscal.

Su actuar se supeditó al manejo de la política económica como aspecto medular (véase como ejemplo la negociación con los narcotraficantes que tuvo como fin eliminar factores perturbadores de la inversión). El terrorismo urbano indiscriminado no fue óbice para la negociación de entrega de Pablo Escobar, la que a la postre fracasó con la fuga de Escobar de la cárcel de la Catedral; donde tenía condiciones y servicios de élite.

Si bien, el proceso básico de la Constituyente, previo al gobierno de Gaviria, llevó a la desmovilización del M-19, un sector del EPL y el Quintín Lame, fracasaron las negociaciones con un sector del EPL, las FARC y el ELN, que se constituyeron como la Coordinadora Guerrillera Simón Bolívar. El día que se eligió la constituyente, las fuerzas militares bombardearon el santuario de las FARC en La Uribe (Meta); Las FARC, a partir de allí, comienzan a consolidarse desde el punto de vista militar y económico, logrando establecer una especie de bases de apoyo en territorios tradicionalmente ajenos a la acción estatal mediante el desarrollo de mecanismos de financiación ligados al cultivo de narcóticos, como el gramaje o impuesto para el cultivo de la cocaína y la heroína, el apoderamiento de las regalías petroleras y las acciones de secuestro.

Como consecuencia de esto, las guerrillas desarrollaron mayor capacidad de enfrentamiento y ampliaron su cobertura territorial abriendo nuevos frentes. Paradójicamente su desarrollo se ve acompañado del rechazo cada vez mayoritario de la población a sus acciones que se perciben incongruentes con el discurso ideológico. La guerrilla empieza a vislumbrarse como una forma de vida organizada de carácter militar, una especie de clase política armada y subversiva, no ajena al clientelismo y a la manipulación del poder con significativos réditos económicos. En cuanto a su accionar, se elude la confrontación directa con las fuerzas militares del estado, aunque durante el gobierno Samper, atacaron algunas bases militares; su actividad militar se enfoca en una estrategia consistente en la toma de pueblos, de manera indiscriminada, involucrando cada vez más a los civiles.

La esperanza derivada de la Constituyente en lo referente a la consolidación de la garantía del derecho a la salud debió trasegar por la negociación previa a la ley de reforma estructural, en la cual participaron diversos sectores y se evidenció la fuerza del Gobierno.

La Ley 100

El gobierno de Cesar Gaviria fue clave en la conformación y consolidación del modelo de salud en el país. En 1993, promulgó la Ley 60, donde se establecen nuevos criterios para la asignación del situado fiscal y se definen las responsabilidades de los entes territoriales. En realidad se trató de un desarrollo legislativo de la Ley 10 de 1990, que municipalizó la salud, entregando responsabilidades de la nación a los municipios, ante todo, el primer nivel de atención, afectando los hospitales locales, los centros y puestos de salud, los cuales pasaron a los municipios y departamentos.

La gran reforma se abrió paso al final de 1993 (23 de diciembre) con la Ley 100 o Ley de Seguridad Social, que creó el Sistema General de Seguridad Social. Esta Ley fue el producto de un proceso derivado de la Asamblea Nacional Constituyente.

La nueva Constitución, en uno de sus artículos transitorios, el 57, ordenó específicamente la reforma en salud; "El gobierno formará una comisión integrada por representantes del gobierno, los sindicatos, los gremios económicos, los movimientos políticos y sociales, los campesinos y los trabajadores informales para que en un plazo de 180 días a partir de la entrada en vigencia de esta constitución, elabore una propuesta que desarrolle las normas sobre seguridad social, esta propuesta servirá de base al gobierno para la preparación de los proyectos de ley que sobre la materia deberá presentar a consideración del congreso" (Constitución Política de Colombia, 1991).

El debate se centró en aspectos como la limitada cobertura, más de una tercera parte de la población carecía absolutamente de protección en salud, incluida la atención básica; la falta de universalidad, independientemente de que la Ley 10 hubiera declarado la salud como un servicio público y la dispersión excesiva de los servicios de salud en subsistemas que funcionaban con profundas diferencias en cuanto a calidad, eficiencia y financiación. Mientras el ISS y las Cajas de Previsión Social beneficiaban a aproximadamente el 24% de la población del país, contaban con un 70% de los recursos oficiales disponibles de la salud, 8 veces más que los destinados al Sistema Nacional de Salud, el cual tenía asignada el 70% de la población, pero solamente lograba cubrir alrededor del 36%.

Para entender un poco más la situación de los 90's en Colombia, vale la pena comentar algunas conclusiones de Consuelo Ahumada, quien muestra cómo a finales de los 80 y comienzo de los 90, en los países Latinoamericanos se impusieron programas de estabilización y ajuste estructural prescritos por el Fondo Monetario Internacional. Las políticas

se basaron en una serie de reformas económicas, propias del modelo neoliberal, tales como la apertura completa de las economías y los mercados al capital internacional, el recorte al gasto público, la eliminación de subsidios estatales, la privatización de las empresas públicas y los servicios sociales y en general el establecimiento de un clima más propicio para la inversión extranjera (Ahumada, C., 1998, a).

La nueva política social y la reforma de la salud y seguridad social en Colombia, buscó afianzar y legitimar tal modelo neoliberal, inscrito en un contexto de crisis social aguda y generalizada. La culminación de la guerra fría y la debacle del llamado campo socialista, significó mejores condiciones para el desarrollo de las políticas aperturistas, principalmente en los países del tercer mundo y también una mayor supeditación en América Latina a los designios de los Estados Unidos. La crisis de la deuda externa y la marginación en América Latina con respecto a la economía y al comercio mundial en los 80's, condujo al Consenso de Washington, que planteó aplicar a los países deudores, acciones tendientes a promover la disciplina fiscal, el recorte al gasto público, la reforma tributaria (creación de impuestos indirectos y ampliación de la base tributaria), la liberalización financiera, el establecimiento de un tipo de cambio competitivo, la liberalización del comercio, la inversión extranjera directa, privatización de las empresas estatales y la regulación de los derechos de la sociedad.

Para Ahumada, las reformas resultantes del Consenso de Washington, han deteriorado y retrasado el desarrollo social, han reducido la función económica y social del Estado en beneficio del sector privado y los intereses de las grandes multinacionales.

Sobre su impacto precisa cómo el número de personas que vivían en la miseria en la región, pasó de 135.9 millones en 1980 a 209 millones en 1996 (CEPAL, 1996, b); proyectando una tendencia para el año 2000, que significaría que 7 de cada 10 latinoamericanos no estarían en capacidad de satisfacer sus necesidades básicas, en contraste con la presencia de unos pocos multimillonarios, beneficiarios mayores de dichas reformas.

Por ende, ante tal escenario, se trata de mitigar los efectos en los sectores más empobrecidos, con el llamado componente social de la política neoliberal. Para la autora se trata de amainar las tensiones y prevenir los estallidos sociales, por lo que se apela a las llamadas agendas sociales de carácter asistencialista, a los fondos de acción social. Más que combatir la pobreza, el propósito es administrarla o más bien, gerenciarla mediante programas de empleo de emergencia, subsidios para los de menor estrato en la distribución de bienes y servicios; en lugar de mejorar las condiciones de vida y de trabajo de los grupos más pobres, de lo que se trata es de mitigar los efectos más graves de la pobreza.

Esta política social plantea tres estrategias fundamentales; focalización, descentralización y privatización.

La focalización concentra los recursos disponibles en una población de beneficiarios potenciales claramente identificada, y luego se diseña un programa que atiende un problema o necesidad insatisfecha, esto es una estrategia subsidiaria del cubrimiento universal por parte del Estado y que ante todo es eficientista en el sentido de la asignación de recursos escasos; es decir se reconoce la desigualdad y la inequidad resultante del modelo económico, y se espera que ulteriormente el mercado privado, la liberalización económica, el Estado mínimo y el ejercicio de la libertad del individuo van a jalonar el desarrollo económico, permitiendo la superación de la pobreza en forma global; mientras tanto se hace necesario un ajuste estructural doloroso: “¡Sudor y lágrimas hoy, por que así habrá futuro!”.

Hay importantes sectores que empeoran su situación; buena parte de las clases medias, se empobrecen, se impone un criterio eficientista en la asignación de los recursos, para sacarles el máximo provecho, utilizándolos de la mejor manera posible. Esto opera como verdad incuestionable en lo referente a la atención en salud. Es un modelo libertario, económico y social, matizado por propuestas de protección social hacia los sectores más vulnerables.

La construcción de redes de seguridad social para los marginados, forma parte de la política neoliberal de la descentralización y la participación desde la base, en el sentido de trasladar las responsabilidades a los niveles regional y local, liberando al estado central de sus obligaciones en materia social y trasladarlo a los municipios y a las organizaciones comunitarias.

Por último, la privatización de los servicios sociales, salud, educación, servicios públicos, etc., completa la tríada estratégica del modelo, con el argumento de la eficiencia, la rentabilidad y la calidad. Se presupone que las empresas estatales generan burocracia, sobrecostos e ineficiencia, lo que no permite el pleno funcionamiento de las mismas.

Para la autora mencionada, esto significa el abandono del criterio de servicio público y la introducción del criterio motor de la empresa privada en el sector social, es decir, la maximización de ganancias. De un modelo de servicios sociales básicos, se pasa a uno que se centra en el cliente, en su capacidad de pagar, y en la salud y la seguridad social como negocios.

La ley 100 y sus efectos. Evaluación

La Academia Nacional de Medicina (Patiño, J. F., 1999), hizo un análisis la reforma y la crisis de la salud; planteo que los principios de la Ley 100 son incontrovertibles e inobjetables y que la reforma ha significado un importante aumento de los recursos disponibles para el sistema, pero que sin embargo, su implementación exhibe grandes fallas y ha resultado en una crisis de enormes proporciones, tal vez sin antecedentes en la historia del país;

ve paradójico que mientras la reforma abre un vasto panorama de equidad social, lleva al consumo de nuevos y cuantiosos recursos, por un costoso mecanismo de intermediación y generación de utilidades corporativas, lo que ha contribuido a la quiebra del sistema; los costos en burocracia para realizar auditorias, vigilancia y control, para la garantía del sistema, han resultado considerables y esto han menguado buena parte del presupuesto, disminuyendo los recursos para usuarios y proveedores del sistema.

Plantea el tema de la quiebra de los hospitales públicos, cuestiona seriamente la calidad en la prestación de los servicios y llama la atención sobre lo que llama una reconceptualización de la moral social, en la medida que la salud pasa de ser un servicio público a convertirse en "un negocio". Se preocupa por el desplazamiento del imperativo hipocrático, del imperativo científico y del profesionalismo, hacia una racionalidad economicista, que somete el acto médico a la infraestructura de la industria y al poder del mercado, que convierte al médico en un operario medianamente calificado para el cubrimiento de una jornada laboral. Advierte sobre el peligro de desaparición de la medicina como profesión, contradiciéndole su carácter humanista, con todo lo que ello significa.

Acusa a la Ley 100 de olvidar las notables diferencias entre los niveles de desarrollo regional en Colombia. Señala la ausencia de mecanismos efectivos de control y de infraestructura informática segura y confiable. Pone de manifiesto la incapacidad administrativa y falta de seguimiento gerencial del sistema y cuestiona la figura del intermediario asegurador con fines de lucro.

Concluye sobre, cómo la ley, ha conducido a un deterioro en la capacidad profesional y consecuentemente en la calidad de la prestación del servicio de salud y resalta la inexistencia de mecanismos y acciones que busquen el fortalecimiento de la calidad del sistema. Denuncia cómo una buena cantidad de recursos son consumidos por la burocracia administrativa y las utilidades de la intermediación; cómo estos no fluyen en forma rápida por la existencia de un sistema burocrático y de trabas administrativas con múltiples oportunidades de corrupción; como no hay transparencia ni actualidad en la información, se presentan casos de afiliación múltiple, de pagos indebidos y un alto nivel de improvisación en muchas de las acciones que se desarrollan para salir al paso de los problemas.

José Félix Patiño, presidente de la Academia Nacional de Medicina en ese entonces, expuso a manera de conclusión, (Patiño, J. F., 1999), que la ética hipocrática ha sido olvidada para dar paso a una ética corporativa que implica la desprofesionalización la burocratización, la corporatización y la proletarización de la medicina, corriendo ésta el peligro de perder su estatus profesional.

La Academia Nacional de Medicina (Patiño, J. F., 1999), ha instado al gobierno a cumplir con la contribución al sistema, el famoso PARIPASSU, a suspender la afiliación al régimen subsidiado hasta que no se hayan corregido los defectos, a crear un sistema único de

registro, a crear un fondo de educación médica de postgrado, con énfasis en investigación y con recursos del Fosyga, a establecer mecanismos orientados al fortalecimiento de la medicina como profesión y como ciencia, a crear instrumentos que aseguren el crecimiento y la actualización del conocimiento biomédico, a racionalizar la creación de nuevas facultades de medicina, a innovar el currículo médico, a definir claramente los derechos de los pacientes que ingresan al sistema, a través de las entidades intermediarias y otorgarles veeduría de su operación, a implementar sistemas de auditoría a las IPS y EPS, a eliminar las administradoras del régimen subsidiado, excepto las cajas de compensación que han demostrado buen resultado, a considerar la viabilidad de convertir las EPS en entidades sin ánimo de lucro, a fortalecer los mecanismos de control y fiscalización del Ministerio, a retornar al Ministerio y a las Secretarías de Salud, los recursos y las acciones en salud pública referidas a la previsión y promoción y vigilancia epidemiológica, sustrayéndola de los planes obligatorios de salud, a establecer un mecanismo único de facturación y presentación de cuentas, a elaborar un reglamento administrativo que integre, facilite y agilice la profusa y compleja legislación existente y a implementar un plan de contingencia para dar solución inmediata a la crítica situación financiera de los hospitales (Patiño, J. F., 1999).

Juan Luis Londoño (Londoño, J. L., 1999, a), argumenta que se han experimentado cambios profundos en el Sistema de Salud en Colombia desde 1993. Antes, la atención en salud obedecía a un modelo segmentado desde el punto de vista de la integración de funciones institucionales, donde actuaban aisladamente el Ministerio de Salud, el Seguro Social, las Cajas de Previsión de carácter nacional, departamental e institucional y los servicios médicos privados. Con la reforma, el aseguramiento se generalizó, pasando en cobertura del 13.4% en 1993 al 58.1% en el 2002 (Londoño, J. L., 2003, b).

Para Londoño, con la ley, la extensión de la cobertura de la seguridad social en salud fue notable, especialmente entre 1993 y 1997. El sistema pasó de cubrir, 5 millones a 22.8 millones de personas. El contributivo se triplicó, el ISS y las cajas públicas, particularmente las grandes que sobrevivieron hasta entonces, CAJANAL Y CAPRECOM, duplicaron su cobertura y las EPS, en 4 años afiliaron 4 millones de personas.

Además, el régimen subsidiado se expandió hasta casi 8 millones de personas del sector económicamente más desfavorecido. Tal salto en cobertura constituyó un hito no solamente nacional sino internacional.

En el año 1993, primero, la Ley 60, sienta las bases financieras e institucionales para modernizar y transferir el manejo de los Hospitales a los departamentos y los municipios, y para dar un tratamiento privilegiado a los problemas de salud pública. Luego, la Ley 100 crea un sistema mixto para universalizar el aseguramiento de salud a toda la población, en la medida que hace obligatoria la afiliación de las familias y crea la competencia y libertad de elección entre las EPS; a su vez, reorienta los recursos públicos destinados a la afiliación de la población de menores recursos al sistema.

De otro lado enfatiza que para 1997, el grado de satisfacción de la población con la reforma de la salud era alto. Según el DANE, el 84.9% de los 23 millones de afiliados, consideraba que la atención era oportuna; el 82.5% consideraba que la calidad era buena; el 4.1% que era regular y sólo el 3% que era mala.

Destaca como los logros en salud son tres veces superiores en las clases bajas con respecto a las clases altas. Además, la inyección de recursos públicos al sector salud fue monumental; entre el 94 y el 97, las familias cotizaron 5.000 millones de dólares adicionales para el régimen contributivo y el presupuesto público adicionó \$4.600 millones de dólares para subsidiar la cobertura de los sectores más pobres. Con estos resultados, se declara convención de la reducción de la inequidad, teniendo en cuenta el aumento de la afiliación, la ampliación de los servicios, y la comparación con otros sistemas o modelos internacionales.

Insistiendo en estas ideas, en otro momento, (Londoño, J. L., 2003, b), piensa, no obstante, que la transición institucional y financiera ha sido muy prolongada y ambigua, lo que ha sido el problema principal, por tanto en ese momento, principios del 2002, el país estaba listo para universalizar el aseguramiento en salud y para extender el modelo del aseguramiento más allá de la salud. Evalúa la Ley 100, desde el punto de vista de la aplicación de los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia, y de las estrategias de socialización del financiamiento, la integración funcional de los servicios y el empoderamiento de la demanda. Muestra cómo se han desarrollado una serie de instrumentos que han permitido ampliar la cobertura, con ejemplos claves, cómo la atención médica del parto que pasó del 73% en el 90 al 85% en el 2000, el control natal que pasó del 70% en el 90 a superar el 85 % en el 2000, el índice de utilización de los servicios, en cuanto a hospitalización que se elevaron en cerca del 30% del 93 al 97, mientras las consultas se multiplicaron en 2.5 veces y los servicios totales se duplicaron.

Desde la perspectiva macroeconómica, argumenta la reducción de la inequidad, considerando que en 1993 el 40% de la población más pobre recibía un subsidio equivalente al 8% de sus ingresos; la clase media el equivalente al 4% y la clase alta al 2%. En cambio en 1999, el subsidio de la clase baja pasó al 24%, de la clase media al 5% y la clase alta pasó de recibir un subsidio a pagar un impuesto neto. Esto generó un aumento del ingreso real efectivo del 40% más sobre la población, incrementando 1/7 la capacidad efectiva de consumo y generando una disminución del coeficiente Gini de la desigualdad en 3 puntos. Resalta además que Colombia presentó para el año 2000 el mejor índice de América Latina en equidad financiera del sistema de salud, medida como la capacidad de aseguramiento cuando hay altos costos.

Sobre la eficiencia resalta cómo la Organización Mundial de la Salud considera que Colombia, a pesar de su crisis, tiene el sistema de salud que está produciendo más resultados con base en los insumos que genera.

Afirma que históricamente no se trata de un modelo neoliberal, por que resultó como un modelo de centro, producto de un difícil equilibrio de fuerzas en el congreso, en el proceso de creación de las bases de la reforma entre 1991 y 1993.

Ante las dificultades, opina que el problema está en que las responsabilidades se dispersaron, en que falló el proceso de descentralización, por que las autoridades locales no fueron capaces de llevar a cabo la reforma y no se hicieron los correctivos necesarios.

En cuanto a los Hospitales, en el primer quinquenio posterior a la Ley, dice que los ingresos de los Hospitales se duplicaron, pero en 1998 sufrieron un déficit presupuestal, por la falta de política hospitalaria del gobierno y la recurrencia de problemas sin solución. Para entonces, el modelo político aplicado y la corrupción fueron los principales responsables de la crisis.

No duda en afirmar que la salud en la economía determina la salud de la salud y el crecimiento económico con su consiguiente generación de empleo, van a jalonar el aseguramiento en salud, tal como está planteado en el modelo original, enfocándose en la política de protección social, relacionada con combatir la inseguridad económica.

Plantea la nueva concepción de protección social, plasmada en el entonces proyecto del Ministerio de Protección Social, lo que tiene que ver con ampliar el aseguramiento más allá de la salud, al desempleo y al seguro educativo y de capacitación.

En conclusión, Juan Luis Londoño, no cree que el problema esté en los principios, ni en las estrategias de socialización del financiamiento, integración funcional y empoderamiento de la demanda; cree por el contrario que está en las tácticas hasta entonces utilizadas. No se trata de cambiar la Ley 100 sino de desarrollarla, aplicarla y disfrutarla. Ampliar la visión, hacia la biotecnología, la investigación tropical y la salud pública, donde debe haber una obsesión consistente en eliminar las rentas y pensar en los pobres. Debe darse un cambio en el modelo político, donde haya un ministro con una estrategia a largo plazo, capaz de construir liderazgo y consensos amplios, ya que en salud buena parte de lo público están secuestrados por la corrupción, la politiquería y los mezquinos intereses. Hay que acelerar la transición en el sistema de salud, para universalizarlo y hay que extender el modelo más allá de la salud, a la seguridad económica.

Otro panorama expone Consuelo Ahumada (Ahumada, C., 1998, b), quien cuestiona la descentralización en la medida en que la municipalización (Ley 10 y Ley 60), se orienta a la conformación de pequeños y exclusivos sistemas de salud locales con el consecuente traslado de la responsabilidad de la nación al municipio. Refiere cómo el mismo Banco Mundial ha cuestionado los resultados del proceso de descentralización en Colombia (1992); al señalar la delegación de las responsabilidades de los servicios sanitarios, en un período de tiempo breve, sin los recursos financieros ni la capacidad institucional necesaria en los

niveles inferiores de la administración, lo que ha comprobado que la descentralización puede ser contraproducente y agravar la ineficiencia y la falta de equidad del sistema de atención en salud.

Para Ahumada, esta claro que el sistema previo de seguridad social era profundamente inequitativo y de baja cobertura, pero las causas de esta situación deben buscarse no propiamente en el modelo, sino en las condiciones de subdesarrollo y en el desinterés que históricamente el Estado ha tenido frente a la solución de las necesidades básicas de la mayoría de población. No se debe a una estructural incompetencia del sector público para suministrar servicios sociales, como tampoco a falta de gestión o aplicación de criterios gerenciales. También plantea cómo la privatización de la salud y la seguridad social, hace que los servicios se vuelvan más inaccesibles para los sectores marginales. Nos muestra el incumplimiento del Estado en las obligaciones financieras, por ejemplo en 1973, cuando mediante el Decreto 1935, el gobierno central se liberó a sí mismo de la obligación legal de contribuir con el 25% del presupuesto del ISS, tal como se había estipulado en la creación de dicha entidad y además rehusó pagar una deuda que hasta ese año ascendía a \$ 9.000 millones. También nos recuerda cómo muchos empleadores evadieron lo correspondiente a los aportes al sistema y la oportunidad en el envío de los recursos; según el Banco Mundial, esta cantidad ascendió a cerca de \$305 millones de dólares en 1985.

La negligencia oficial, frente a los problemas descritos ha sido generalizada y no solamente es un problema en Colombia sino en América Latina. A mediados de los 80's, el Estado era el deudor más importante del sistema de seguridad social y por ende el principal responsable de su crisis en un número creciente de países.

El continuo recorte del gasto público, producto de la imposición de los organismos multilaterales de crédito, ha afectado directamente al SISBEN. Así, la Ley 344 del 96 o de racionalización del gasto público, derogó el artículo 221 de la Ley 100 que establecía el aporte del Estado al régimen subsidiado, el PARIPASSU, donde por cada punto de la subcuenta de solidaridad del FOSYGA, proveniente de las cotizaciones individuales del régimen contributivo, el Estado debía aportar otro punto equivalente.

En esa misma dirección, en el 97, el Ministerio de Hacienda redujo en un 50% los recursos que debía asignar del presupuesto nacional al Sistema de Salud y del 98 en adelante se contemplaron recortes equivalentes al 75%.

Adicionalmente, en la mayoría de Municipios no se realizó la apropiación presupuestal para adelantar el proceso de identificación de los beneficiarios potenciales, sin contar los recortes continuos que se han dado en las transferencias del gobierno central.

En 2002, Ahumada (Ahumada, C., 1998, c), plantea cómo el ajuste fiscal impuesto en Colombia por el FMI ha tenido un impacto neto en el campo de la seguridad social y la

salud, manifestándose índices preocupantes de deserción en estos sectores, por que cuando un trabajador pierde el empleo, deja de cotizar a la AFP, al ISS, a la Caja de Compensación o a la EPS, quedando completamente desprotegido. Tomando como fuentes al Ministerio de Salud y a la Superintendencia Nacional de Salud, refiere una disminución relativa del porcentaje de afiliación en el régimen subsidiado del 35% de la población en 1992, al 20.9% en el 2000, con un aumento de la población no cubierta (vinculados), del 37.4% en el 92 al 46.3% en el 2000.

En cuanto a la situación de la red pública hospitalaria, refiere que se encuentra en condicione deplorables, en buena medida por la intermediación financiera desarrolladas por la EPS y ARS, ya que la reforma ha permitido consumir nuevos y jugosos recursos en mecanismos costosos de intermediación, basados en el afán de utilidades corporativas. Esto ha llevado a la quiebra de las IPS, en especial, los Hospitales públicos. Trae a colación un estudio de FEDESARROLLO del año 2001 que indicaba que 27.052 IPS corrían el riesgo de desaparecer por el atraso de pago de cuentas de los afiliados por parte de las EPS, en un monto de 600.000 millones de pesos para 1999. Además refiere cómo el Sindicato Nacional de la Salud y la Seguridad Social, denuncia que la crisis financiera de los Hospitales responde básicamente a que las administradoras se quedan con más del 60% de los recaudos del régimen subsidiado, a que las transferencias nacionales a los municipios no llegan a los hospitales, a la reducción del aporte del situado fiscal (aportes para educación y salud del presupuesto nacional) y a que el gobierno no cancela las facturas por atención a los llamados vinculados. Frente a tal penuria, las ganancias del sector privado, representado en las EPS, fueron de 35.883 millones de pesos para 1999. Como anotación adicional, con relación a la vacunación, denota una caída de la cobertura prevalente en todas las vacunas a partir de 1997.

María Esperanza Echeverri López (Echeverri, M., 2003), expone que el concepto de equidad en salud abarca un amplio campo: la justicia social y los derechos, con su expresión en el ámbito sanitario, los resultados en salud, el financiamiento y el acceso a los servicios. Frente a la equidad en el acceso a los servicios de salud, entendida como la utilización efectiva de servicios, con base en la necesidad de atención, independientemente de la capacidad de pago, los impulsores de la reforma, planteaban que la estrategia de aseguramiento, removerían los obstáculos de acceso a los servicios, especialmente aquellos de carácter económico que históricamente han caracterizado el sistema de salud en Colombia. Sin embargo, una revisión de investigaciones realizadas en el país sobre los resultados de la Ley 100 en este campo, muestran que la utilización efectiva de servicios no se ha modificado sustancialmente, las barreras económicas siguen siendo el mayor obstáculo para obtener servicios, y han aparecido nuevas barreras generadas tanto por usuarios como por los prestadores. Antes, los estudios nacionales más representativos, coincidían que la razón más importante para no utilizar servicios era la económica. En el 86 y el 89, los motivos para no consultar al médico eran el costo, la demora en la atención, la inestabilidad geográfica, (Encuesta Nacional de Hogares). Después de la reforma, las

evidencias sugieren que las barreras económicas se mantienen en primer lugar. Cerca de la mitad de la población de estratos 1 y 2 en 9 ciudades colombianas, no utiliza servicios, aduciendo en un 66% razones económicas (Ministerio de Educación - Universidad Javeriana, 1995). Céspedes y colaboradores (Céspedes, J., 2000), sugirieron que los copagos y las cuotas moderadoras podrían restringir el acceso, y la encuesta nacional de salud de PROFAMILIA del año 2000, afirmó que la falta de dinero es la razón principal del uso restringido de los servicios, con el 51% de los casos.

Los testimonios de los usuarios, apuntan a lo mismo. En el régimen subsidiado, se denuncian negaciones y trabas para recibir atención, especialmente para los niveles de alto costo y de mayor complejidad. Es frecuente la utilización parcial de servicios por la falta de dinero para copagos y cuotas moderadoras. Además, los aseguradores desestimulan la utilización de servicios con la exigencia de trámites o con la ubicación de los prestadores en zonas alejadas para el usuario.

Señala la situación de los vinculados como crítica, quienes deben asumir altos costos para obtener atención. La utilización que ellos hacen de la consulta médica y odontológica, disminuyó entre el 97 y el 2000, mientras su gasto de bolsillo se incrementó, ante la inobjetable necesidad.

Mario Hernández opina (Hernández, 2003, b), que las reformas en el sistema de salud son el resultado de la lógica de la globalización contemporánea. La crisis del petróleo de mediados de los 70s fue tan importante para el capitalismo mundial como la gran depresión de 1929. Esto dinamizó la búsqueda de otras fuentes de energía, el desarrollo tecnológico consecuente y un proceso donde los sectores de comunicaciones y financiero entraron a ser protagónicos. A su vez, se revitalizaron en general las críticas al estado de bienestar y a su viabilidad económica.

De otro lado, en Colombia se dio fin al Frente Nacional en medio del auge de los movimientos sociales y armados que pugnaban por una transformación del estado, el régimen económico y el tipo de sociedad. En medio de una gran crisis de gobernabilidad, Colombia profundizó reformas como la descentralización y se dio paso a la negociación de un nuevo pacto social que tuvo su máxima expresión en la Asamblea Nacional Constituyente elegida a finales de 1990.

Tanto las políticas globales internacionales como los procesos internos referidos se conjugaron para originar la Ley 100 de 1993. El Banco Mundial enfatizó la preocupación por la viabilidad financiera de los servicios de salud desde mediados de los 70s. Se trató de hacer congruente la política social con la reducción del gasto público y el tamaño del estado. Esto determinó la aplicación de una agenda para la reforma del financiamiento y estructuración de los servicios de salud. (Hernández, 2003, d). En Colombia el modelo resultante (Ley 100) adoptó la concepción neoclásica de los bienes, considerando la atención

médica como un bien privado sometida a la dinámica de agentes racionales de mercado. El autor denomina a este modelo: “modelo regulado de aseguramiento individual”, donde la regulación está dada por la existencia de mecanismos como la afiliación obligatoria ligada al empleo, la existencia de un fondo público único, de la Unidad de pago por capitación, del POS y de entidades articuladoras responsables del recaudo, la operación del financiamiento y la prestación.

Como balance de la aplicación de la ley 100, Hernández resalta el fracaso en el logro de la universalidad ya que “el porcentaje de excluidos o parcialmente excluidos puede superar fácilmente el 25% del sistema anterior”, Esto, reconociendo las claras falencias en cobertura de ese sistema anterior como producto de la fragmentación y la inequidad.

También en el logro de la eficiencia los resultados son cuestionables, evidenciando el aumento del gasto en salud (10%, frente a 7% en 1990) a expensas de un mayor gasto privado, sin un impacto significativo en la cobertura, la calidad y los servicios de salud pública. En cambio las entidades intermediarias (EPS, ARS) aumentaron en forma importante, el patrimonio y las inversiones en infraestructura y capital.

Sobre el logro de la equidad plantea la dificultad de su evaluación, teniendo en cuenta la calificación de la OMS en el año 2000, cuando Colombia ocupó el primer lugar en el mundo en equidad financiera de su sistema de salud. Esto se refiere más a que un rico paga más que un pobre en atención médica, sin embargo, si se analiza la situación de equidad desde la máxima de dar a cada cual según su necesidad y pedir de cada cual según su capacidad, encontramos persistencia de la fragmentación de los servicios de salud, diferenciación de los servicios individuales y colectivos, discriminación entre el plan de beneficios para cotizantes y plan de beneficio para subsidiados y existencia de un importante número de vinculados, en todo caso, pagadores de bolsillo según su posibilidad de pago. Para el autor, el actual sistema legitima y consolida las inequidades propias del mercado en salud. Esto en contravía del carácter universal e indivisible del derecho a la salud proclamado en la Declaración Universal de derechos Humanos de 1948.

Después de revisar estas evaluaciones sobre la reforma a la salud en Colombia parece claro que el modelo en sí plantea dificultades estructurales para el alcance de la cobertura universal y la equidad en salud. Resalta el énfasis en la ganancia del agente privado, en el enfoque de la salud más como una mercancía que como derecho humano fundamental de carácter público.

Se observa la persistencia y profundización de odiosas inequidades, sin superación de la corrupción, la burocratización y los desfases técnico-organizativos. Las notas de la sinfonía inconclusa se escuchan, tras las evaluaciones de expertos, académicos, políticos y gestores.

PRINCIPIO DE JUSTICIA. CRITERIOS Y TEORÍAS DE LA JUSTICIA. LA JUSTICIA EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD

Enfoque igualitarista

Fundamentándose en los principios morales de igualdad y dignidad humanas, se reclama el derecho a la salud como una necesidad vital y básica de todo ser humano. Se considera como común a la naturaleza de los seres humanos, el deseo a la igualdad. Por el contrario la desigualdad es reprochable desde el punto de vista moral (Bobio, N., 1993).

De conformidad con la vigencia y reconocimiento internacional de los Derechos Humanos, muchos países proclaman nominalmente como principio constitucional, el derecho a la salud como parte de los "bienes sociales primarios considerados de vital importancia para todo ser humano, que concretan en cada época histórica las demandas de libertad y de dignidad" (Papacchini, A. 1997).

Es decir, se parte de afirmar el derecho fundamental de todo ser humano a la atención en salud. Conviene aquí aclarar que el derecho a la salud no debe entenderse como el derecho a no enfermar, ya que como sabemos la enfermedad, es inherente al proceso vital, a la manera de andar por la vida, con todo lo que ello significa no exclusivamente desde el punto de vista antropológico sino también ecológico, de modo que nadie, ni mucho menos alguna institución puede garantizar plenamente la condición de salud de los individuos como tales.

Entonces cuando se habla del derecho universal a la salud, de lo que se trata es de que la gente cuente con un sistema de recursos diversos y dinámicos, esenciales, universales, eficientes y de calidad, ante situaciones que menoscaben su salud y esto redunde por consiguiente en el estado de salud de la sociedad como un todo.

Ahora bien, dicho estado de salud de la sociedad como un todo, considerando los aspectos biopsicosociales debe entenderse ligado a condiciones mínimas de vida que lo hagan posible, referidas a la alimentación, la vivienda, la protección de la seguridad personal, las libertades, el salario digno, la recreación, la educación, la cultura, etc.; condiciones todas estas de la justicia social en sí, en donde las responsabilidades se ubican ajenas al propio sistema de salud pero en estrecha interrelación.

En el planteamiento igualitarista está implícito un concepto de justicia que presupone la igualdad de los seres humanos en el acceso a la salud y otros bienes relacionados con la misma. Por tanto la salud es un bien fundamental y el acceso a los cuidados médicos debe ser universal y debe comprender a todos y cada uno de los individuos en condiciones de igualdad, sin discriminación de ninguna especie (Escobar, J., 1999).

Enfoque Libertario, Neoliberal o de Libre Mercado

Este enfoque refiere a los principios económicos liberales, con base en la preponderancia del mercado en los ámbitos económico y social y la supremacía de lo privado sobre lo público, con la consecuente minimización del Estado.

Considera el efecto positivo de la desigualdad generada al sobreponer la libertad individual a la justicia social. La desigualdad se justifica en la medida que contrarresta la intromisión del poder político central y promueve la libertad civil e individual, como pilar de la libre empresa y el ejercicio del comercio. El problema de la se resuelve a través del libre mercado, que por si mismo, generaría una distribución justa.

Esto conlleva a la eliminación o reducción del papel social del estado y las políticas redistributivas. El Estado en sí mismo no produce valor y su papel debe limitarse a garantizar el orden y funcionamiento armónico de los mecanismos que regulan la producción de bienes y servicios.

El mercado adquiere categoría preponderante como regulador espontáneo, tanto a nivel del desarrollo económico como social. La imprescindibilidad del mercado justifica la desigualdad económica y social. A su vez se valida el subjetivismo como criterio de verdad, lo que rescata la experiencia privada para conocer e interactuar en el mundo.

El criterio de justicia brota del concepto de estado mínimo que según Nozick (Nozick, 1988), "... es el estado más extenso que se pueda justificar. Cualquier estado mas extenso viola los derechos de las personas". Para Nozick, un criterio de justicia basado en la redistribución de la riqueza se basa en un esquema distributivo nugaratorio de las libertades individuales, arraigado en una concepción estatista. Propone alternativamente un criterio de justicia como titulación (teoría de las titularidades), es decir, afirma que las persona tiene derecho a una pertenencia sólo cuando la adquiere en forma justa, bien por apropiación (no pertenecía previamente a alguien), compra, herencia o por reparación de una injusticia (justa transferencia). En este marco, la acción de atención de personas sin titularidades es más una acción de compasión que de justicia.

Entonces, la apropiación y el intercambio de los bienes surgen sin coacción, de la dinámica del libre mercado. Esto es lo justo; lo que además basta para explicar las desigualdades existentes. Sería perverso e inmoral buscar transformar esta situación con la intervención estatal ya que se violaría el principio fundamental de la libertad. El acceso a la propiedad, estaría determinado por el juego libre del mercado, el cual repartiría, con su mano invisible las cargas y oportunidades, en la libre competencia de oferta y demanda. Frente a esta realidad lo que, a lo sumo, se podrían ofrecer como compensación para aquellos menos favorecidos serían actividades de naturaleza caritativa.

Así, la realidad derivada de la defensa radical de la libertad legítima de apropiación, es una realidad donde hay quienes pueden tener acceso a todas las posibilidades y oportunidades de atención en salud porque pueden pagarlo y por el contrario, hay quienes no pueden hacerlo, debiendo conformarse con lo que el juego del libre mercado les permita. Sería atentatorio contra la libertad y por tanto inmoral, obligar a los primeros o incluso a toda la sociedad a subsidiar a los segundos. Lo único admisible moralmente sería darles lo que desde la solidaridad y la conmiseración quisieran aportar los más afortunados.

Carlos Santiago Nino califica esta posición de liberal-conservadora y la resume así: *“Dejen que la autonomía se distribuya espontáneamente, es decir según hechos no dirigidos deliberadamente a efectuar esa distribución (la mano invisible) y que no violan los derechos de nadie, cualquier intento de intervenir deliberadamente en esa distribución es inaceptable, puesto que no hay ninguna forma legítima de redistribuir esa autonomía sin usar a ciertos hombres como meros medios en beneficio de otros”* (Nino, C., 1984).

Neoliberalismo y recursos para la salud

Un importante representante de el enfoque libertario neoliberal en Bioética es Tristram Engelhardt quien cree que *“nadie puede cargar con la responsabilidad de reestablecer la salud de quienes pierden en la lotería natural y social...las personas acaudaladas siempre son moral y seguramente libres de adquirir más y mejor asistencia sanitaria”*.

Así entonces, la salud sería consecuencia de la carga genética, obra del azar y la evolución, de las condiciones materiales y espirituales de vida, de la organización social y comunitaria y del mismo sistema de atención en salud. No sería moralmente objeto de acciones estatales y particulares en pos de la igualdad, ya que ello constituiría una falacia moral. La condición de salud sería producto de las diferentes titularidades, poderes, elecciones, fortunas y visiones de las personas (Engelhardt, H. T., 1995). No habría pues la posibilidad de exigir un derecho a la salud, garantizado por el Estado por ser la enfermedad y la malformación algo que escapa a su control. Por el contrario, una posición en tal sentido, conllevaría al agotamiento de los recursos por los excesivos costos. Lo permisible, en cambio, sería actuar beneficentemente, según la simpatía y solidaridad capaz de ser desarrollada por cada individuo o institución, frente a aquellos que la lotería natural del mercado han colocado en situación de desventaja.

Mario Hernández plantea (Hernández, 2003, d), cómo el estado mínimo preconizado por Nozick no se ha hecho realidad en ninguna parte del mundo. En cambio, los impulsores del enfoque neoliberal han materializado sus propuestas a través de los organismos financieros multilaterales concretándose en la disminución del gasto de los servicios sociales estatales. Cita el estudio del Banco Mundial (Banco Mundial, 1987), publicitado como *“una agenda para la reforma”*. Dicho estudio, presenta cuatro problemas financieros de los sistemas públicos de salud y educación, en los países en desarrollo:

1. El gasto público es siempre insuficiente e ineficaz ante las crecientes demandas.
2. Hay ineficiencia interna en los programas públicos de servicios, expresada en el alto costo, comparándolos con servicios privados.
3. Hay desigualdad en la distribución de los beneficios y también subsidios cruzados a sectores pudientes de la población.
4. No es posible aumentar el gasto público en salud y educación, por el déficit fiscal crónico.

Como salida a estos problemas plantea cuatro grandes estrategias.

1. Cobro de aranceles a los usuarios de los servicios estatales, según capacidad de pago.
2. Provisión de seguro u otra protección, frente a los riesgos económicos de la atención en salud.
3. Empleo eficiente de recursos no gubernamentales, a través de agentes de mercado con y sin ánimo de lucro.
4. Descentralización de los servicios gubernamentales para disminuir la carga de los gastos nacionales y aumentar la inversión local.

Según Hernández se está apelando a la teoría neoclásica sobre los bienes aplicados a los servicios de salud y educación, la cual discrimina entre bien privado y bien público, siendo el primero el que se agota en el consumo y satisface necesidades individuales, estando el individuo en disposición a pagar por este y siendo el segundo el que no se agota en el consumo individual, teniendo externalidades positivas o negativas percibibles, estando las personas en poca disposición a pagarlo. En tal caso, los bienes privados en salud serían los de la atención médica individual, y los públicos, los servicios colectivos de control de epidemias y atención de desastres. Desde esta teoría, la mencionada Agenda para la reforma, justifica moralmente un Estado Mínimo en materia de salud y educación.

Enfoque del Bienestar Común

En suma, los dos criterios de justicia hasta ahora esbozados, por un lado el igualitarista y por el otro, el libertario, configuran los polos centrales del debate actual sobre la justicia sanitaria. A nadie escapa que libertad e igualdad son dos valores que atraviesan la historia de las épocas moderna y contemporánea. A nombre de una y otra se han generado los grandes movimientos sociales, las guerras y las recomposiciones geopolíticas de los últimos siglos. La libertad ha dejado su huella en la primera generación de Derechos Humanos, mientras la igualdad ha hecho lo propio con los de segunda generación.

Podría hablarse de un tercer criterio que trata de dar salida a la discusión planteada, asumiendo como fundamento de resolución de la tensión entre igualdad y libertad.

La opción del bienestar colectivo, considera la satisfacción de las necesidades básicas de todos los seres humanos como presupuesto para el ejercicio real de la libertad. Esas

necesidades se identifican con los derechos humanos de segunda generación, herencia del igualitarismo, pero no bastarían para alcanzar el bienestar si a nombre de estos se cercena la libertad. Entonces, el espacio del verdadero bienestar se da en el ejercicio de la libertad individual (derechos humanos de primera generación), compatible con un sistema amplio y radical de libertades para todos. Con este planteamiento la congruencia entre igualdad y libertad es posible.

En la teoría de la justicia de Rawls, se asume la tradición contractualista, como la mas adecuada para concebir una tradición de justicia como equidad, capaz de satisfacer por consenso las expectativas de igual libertad y justicia. Para ello concibe un procedimiento de consensualización del que se derivan unos principios de justicia que orientan la construcción de la estructura básica de la sociedad a nivel político, económico y social. Su teoría busca superar el concepto clásico de contrato social, esbozados por Locke y Rousseau, dando un contenido moral al contrato social y carácter contractual a los imperativos morales (Rawls, J. 1979, a).

La formulación de los principios de justicia y las normas de prioridad las enuncia en dos principios fundamentales:

Principio de la igual libertad: cada persona ha de tener un derecho igual al mas amplio sistema total de libertades básicas, compatible con un sistema similar de libertad para todos.

Principio de la justa igualdad de oportunidades: las desigualdades económicas y sociales han de estar estructuradas de manera que sean para mayor beneficio de los menos aventajados (principio de la diferencia), y que los cargos y las funciones sean asequibles a todos, bajo condiciones de justa igualdad de oportunidades (principio de la justa igualdad de oportunidades).

Todos los bienes sociales: libertad, igualdad, renta, riqueza, han de ser distribuidos de un modo igual, al menos que su distribución desigual redunde en el beneficio de los menos aventajados.

Según Rawls, el Estado debe hacer frente a las grandes desigualdades, y establecer los mecanismos necesarios de redistribución a favor de los menos afortunados, de modo que estos accedan también al mínimo vital necesario humano, constituido por el acceso a los bienes primarios dentro de los cuales está la salud.

Para establecer la lista de los bienes primarios, Rawls acude a una estratagema que llama la *posición original*. Según ésta, todos los seres humanos antes de saber como les va a ir en la vida, se ponen de acuerdo entre sí, sobre aquellos bienes esenciales que les son necesarios para vivir dignamente. Por supuesto, no conocen si tendrán o no fortuna, si

tendrán o no inteligencia, si tendrán o no capacidad física. Es decir, desde la ignorancia sobre lo que le sucederá a cada uno, lo que denomina *velo de la ignorancia*, motiva a cada cual, para ponerse de acuerdo con todos los demás en una lista básica y primaria de bienes que permita el bienestar colectivo.

Una vez hecho esto quedan claras las condiciones de vida digna y por tanto, cuando las desigualdades aparecen, se deben beneficiar especialmente a los menos afortunados para aspirar a realizar la igualdad. Para Rawls, el papel del Estado en pos de tal objetivo es determinante, entendiéndose éste como la representación máxima de la sociedad.

La salud tendría la condición de bien primario, ha de ser distribuida universal y equitativamente a menos que su distribución desigual redunde en beneficios de los menos aventajados sin vulnerar las libertades de los más privilegiados. Ahora bien, los límites a la prestación de los servicios de salud estarían dados por las peticiones y servicios que excedan la utilización razonable de los recursos disponibles. Lo razonable podría estar determinado por el mínimo saludable humano (funcionamiento típico de la especie, entendido este como elemento fundamental para el desarrollo óptimo de la libertad humana en consonancia con el respeto a las diversas formas de vida existentes). Así encuentran sustento los criterios de priorización y racionalización de los recursos escasos, de manera que el abuso de los mismos no amenace la estabilidad financiera del sector y de la economía en general.

En verdad el punto de vista de funcionamiento típico de la especie ha sido desarrollado por Norman Daniels (Daniels, N., 1985), quien considera que en determinadas situaciones la enfermedad y discapacidad secundaria a la misma, restringen el acceso de los afectados en igualdad de condiciones al mundo de las oportunidades vitales y por lo tanto es justo suplir sus necesidades asistenciales. En esta óptica sería justo realizar una cirugía abdominal por apendicitis, porque se afecta el funcionamiento típico de la especie, pero igual consideración no sería aplicable para un caso de cirugía estética.

Diego Gracia (Gracia, 1998), ve importante adicionar a este enfoque la dimensión ética de dos momentos: el momento deontológico o principalista (del deber ser) y el momento teleológico o utilitarista (de las consecuencias). El primero, suficientemente sustentado en las Declaraciones de Derechos Humanos y los pronunciamientos sobre el Derecho a la salud, materializados incluso en los ordenamientos jurídicos internacionales y de diferentes Estados. El segundo, sustentado en la necesidad de optimizar la utilidad pública de los recursos disponibles. Todo dentro de una misión integral de bienestar colectivo. En combinar adecuadamente estos dos momentos, según la situación concreta, estaría la razón moral adecuada para solucionar los conflictos de justicia sanitaria.

Enfoque de la libertad y el desarrollo como la expansión de las capacidades

Por su parte, Sen (Sen, A., 2000), al abordar el desarrollo como libertad, considera que la expansión de las libertades reales de que disfrutaban los individuos, es el objetivo primordial del desarrollo. Su énfasis en las libertades humanas contrasta con las visiones del desarrollo, entendidas como crecimiento del producto nacional bruto, aumento de las rentas personales, industrialización, avances tecnológicos o modernización social. Esto no quiere decir que dichos elementos no sean un medio muy importante para expandir las libertades de las personas, pero estas libertades también dependen de otros determinantes como las instituciones sociales y económicas (servicios de atención médica y educación) y los derechos humanos (participación política y comunitaria).

La libertad es fundamental para el desarrollo por dos razones:

1. La razón de la evaluación, donde el progreso ha de evaluarse principalmente en función del aumento que hayan experimentado o no las libertades de los individuos.
2. La razón de la eficacia, el desarrollo depende totalmente de la libre agencia de los individuos.

Para analizar la segunda razón, deben considerarse las interconexiones entre los diferente tipos de libertad que se refuerzan mutuamente: De modo que la relación entre libertad individual y desarrollo social va más allá de su conexión constitutiva, ya que lo que los individuos pueden realizar positivamente depende de las oportunidades económicas, las libertades políticas, las fuerzas sociales y las posibilidades que brindan la salud, la educación básica y el fomento y cultivo de las iniciativas. A su vez, dichas oportunidades y posibilidades dependen del ejercicio de las libertades de los individuos, en la medida que estas conlleven a su participación en las decisiones sociales y en la elaboración de las decisiones públicas. De tal manera que existe una intrincada red de conexiones entre los objetivos del desarrollo y la libertad (entendidos estos a sí mismos, como objetivos y medios), las instituciones, los valores y las costumbres.

Ahora bien, en esta perspectiva, cobra definitiva importancia el rol instrumental de las instituciones, valores y libertades, en la medida que permitan la expansión de las capacidades de las personas, en el sentido de llevar el tipo de vida que tienen razones para valorar, en otras palabras, en la medida que permitan la expansión de su capacidad de libre agencia.

Sen, al ocuparse de la justicia, (Sen, A., 2000, Cap. 3), resalta en su análisis dos cosas:

1. La importancia de la base de información para la realización de los juicios de valor.
2. Las cuestiones concretas de si es suficiente la información en la que se basan algunas teorías convencionales de la ética y la justicia social, en particular el utilitarismo, el pensamiento libertario y la teoría rawlsiana de la justicia.

Para Sen, cada una de las mencionadas teorías de la justicia, se basa en una información que es incluida como fundamental para el respectivo enfoque, pero también cada una excluye otra información que se constituye en un importante elemento a la hora de evaluar.

Así, el utilitarismo clásico tiene en cuenta la información sobre la utilidad como base correcta para evaluar una situación o para evaluar actos o normas. En este caso, la utilidad es el placer, la felicidad o la satisfacción (ante todo, logros mentales), dejando de lado aspectos trascendentes como la libertad individual y los derechos fundamentales. También, en la medida que tiene en cuenta la ordenación basada en la suma total de las utilidades, al modelo agregado del utilitarismo, no le interesa, ni es sensible a la distribución real de las utilidades ya que solo se fija en la utilidad total de todas las personas consideradas en su conjunto. En la teoría utilitarista, la injusticia consiste en la pérdida agregada de utilidad, comparada con la que podría haberse conseguido, de modo que una sociedad injusta es aquella cuyos miembros, considerados en su conjunto, son significativamente menos felices de lo que podrían ser.

Según Sen, el enfoque utilitarista tiene básicamente dos virtudes:

1. La importancia de tener en cuenta los resultados de la instituciones sociales a la hora de juzgarlas (consecuencias).
2. La necesidad de prestar atención al bienestar de las personas afectadas, cuando se juzgan las instituciones sociales y sus resultados.

Pero también, tendría básicamente tres defectos:

1. Indiferencia hacia la distribución. El cálculo utilitarista tiende a no tener en cuenta las desigualdades de la distribución de la felicidad, ya que reporta la suma total, la agregación, independientemente de lo desigualmente o no que esté distribuida.
2. Desinterés por los derechos, las libertades y otras cuestiones, en la medida que no reportan utilidad. Solo son valorados si influyen en las mismas utilidades.
3. Adaptación y condicionamiento mental. Estos dependen de aspectos subjetivos y actitudes individuales de adaptación.

Sobre la teoría de la justicia de Rawls, cuestiona la prioridad absoluta que éste da a la libertad, sin tener en cuenta la fuerza de otras consideraciones, incluidas las necesidades económicas. “¿Porqué van a ser menos importantes las necesidades económicas vitales, que pueden ser cuestiones de vida o muerte, que las libertades personales?”. Según Sen, debe matizarse el contenido de la prioridad de la libertad, de modo que sea flexible ante aspectos como las necesidades económicas. Su tesis es que la importancia política de los derechos puede ser muy superior al grado de que el hecho de tener estos derechos aumenta la ventaja personal de los que los tienen.

Sobre la teoría de Nozick, piensa que los “*derechos económicos*” que tienen los individuos como producto del ejercicio de la prioridad absoluta de los derechos de propiedad, no deben desligarse de sus resultados, que en ocasiones pueden ser bastante terribles. En particular, existe la posibilidad de violar la libertad fundamental de los individuos, para conseguir las cosas a las que no tienen razones para conceder gran importancia, como evitar la muerte evitable, estar bien nutridos y sanos, saber leer, escribir y contar, etc. Estas

también son condiciones de libertad que no pueden ser oscurecidas, en aras del principio de la prioridad de la libertad de la propiedad. Dicha prioridad adolece de una considerable indiferencia hacia las libertades fundamentales que acaban teniendo los individuos.

Considerando la base de información del pensamiento de Nozick, éste deja de lado variables importantes del enfoque utilitarista, como también variables ligadas a las libertades básicas, que tenemos razones para valorar y exigir.

Para Sen, un elemento fundamental para hacer frente a los retos del mundo contemporáneo es nuestra idea de lo que es una sociedad aceptable. Defiende la primacía de las libertades fundamentales, no propiamente de una u otra en particular, en la evaluación de las ventajas individuales y de los logros y fracasos sociales. Por tanto, no se refiere meramente a los procedimientos (participación política, deliberación) sino a todo aquello conducente a expandir nuestra capacidad para llevar el tipo de vida que tenemos razones para valorar.

Su enfoque pone distinto énfasis a la importancia relativa atribuida a la eficiencia y a la equidad, ya que puede haber conflictos entre el propósito de reducir la desigualdad de las libertades y el propósito de conseguir la mayor libertad posible independientemente de las desigualdades. Piensa que no hay una fórmula específica para resolver estos conflictos, pero concentra su esfuerzo en reconocer la fuerza y la legitimidad tanto de las consideraciones agregadas (eficiencia), como de las consideraciones distributivas (equidad). Esto lo lleva a centrar la atención en la importancia de algunas cuestiones de la política económica y social, básica pero desatendida, que están relacionadas con la pobreza, la desigualdad y los resultados desde la perspectiva de la libertad y el desarrollo.

Por ejemplo, una sociedad que permita que haya hambrunas cuando es posible evitarlas, es muy injusta, pero ese diagnóstico no tiene que basarse en la creencia de que hay una única pauta de distribución de los alimentos, de la renta o de los derechos económicos entre los miembros del país, que es la más justa. Para Sen, la clave de las ideas sobre la justicia, es que permiten identificar la injusticia patente, sobre lo que es posible llegar a un acuerdo razonado, más que elaborar una fórmula precisa sobre la manera en que debe gobernarse el mundo. Además, dicha injusticia debe discutirse abiertamente en debates públicos.

Otro aspecto del enfoque de Sen sobre la justicia y el desarrollo, centra la atención en la agencia y el criterio de los individuos a partir de las libertades fundamentales. Los individuos no pueden verse sólo como pacientes a los que el proceso de desarrollo dispensa prestaciones. Los adultos responsables deben encargarse de su propio bienestar; son ellos los que deben decidir cómo utilizar sus capacidades. Sin embargo, las capacidades que tiene realmente una persona, dependen de la naturaleza de las instituciones sociales, de los valores y las costumbres, los cuales pueden ser fundamentales para las libertades individuales. Al respecto el estado y la sociedad no pueden eludir la responsabilidad, en el

sentido del rol instrumental de las instituciones y las libertades, básicamente enfocado en cinco aspectos. Uno, libertades políticas; dos servicios económicos; tres, oportunidades sociales; cuatro, seguridad protectora y cinco, garantía de transparencia. Ahora bien, cada uno de estos ítems, se retroalimentan positivamente entre si, en el horizonte de la expansión de las libertades y capacidades.

Al analizar la justicia de las instituciones sociales, relaciona básicamente tres conceptos, los bienes, las realizaciones y las capacidades. Sen argumenta que los bienes son valiosos simplemente como medio para otros fines, y lo importante entonces no es lo que uno posea sino el estilo de vida que se lleva. En su terminología, lo que importa para pensar en bienestar, no es lo que uno tiene sino lo que uno consigue realizar con lo que tiene, los distintos tipos de cosas que uno logra con sus posesiones es lo que llama Sen, realizaciones y es el conjunto de realizaciones que uno logra, lo que nos indica el modo en que se está, en el sentido de la riqueza y de la pobreza. El centrarse en las realizaciones hace aparecer un cuadro de relaciones entre posesión de bienes, utilidad y bienestar bastante más sensible a las cuestiones distributivas, en la medida en que permite detectar en que y porqué una persona no ha logrado lo que otra, dentro de lo que una sociedad considera normal. Un elemento esencial en el análisis de Sen, se trata de la sensibilidad de su enfoque, al hecho de que la misma cantidad de un bien con sus características normales, puede ser convertida en realizaciones diversas, dependiendo de la elección o falta de elección de las personas, por ejemplo, en el caso de unas realizaciones nutritivas, dos personas pueden lograr distintos niveles con una misma cantidad de alimento, debido a diferencias personales como edad, sexo, educación sobre la preparación de alimentos y sus cualidades nutritivas. Teniendo en cuenta todos estos factores, se puede determinar en que y por que las personas son diferentes en su capacidad de lograr la conversión de bienes en realizaciones. Además, vivir en una sociedad que da derechos de acceso a recursos sociales como seguro de desempleo, atención sanitaria, educación, hace que las personas tengan a su disposición un conjunto mayor de bienes para expandir sus capacidades y libertades, sin olvidar la conexidad con la posibilidad de agenciar libre y autónomamente el "uso" de dichos bienes.

La simple posesión de bienes, la opulencia, no puede ser entonces el indicador real de bienestar, por que los bienes son solo medios para lograr el bienestar; decir que se poseen bienes no significa automáticamente la posesión de realizaciones. Entre los bienes y lo que se puede conseguir con ellos, intermedia una cantidad de factores interpersonales y sociales, que hacen que el resultado final, o sea lo que una persona puede lograr con ellos, varíe mucho de persona a persona.

La valoración del bienestar que tiene alguien, incluye un elemento esencial que escapa a otros enfoques, la propia valoración que hace esa persona del tipo de vida que ha alcanzado, de tal modo que el juicio sobre su calidad de vida consiste en un juicio sobre la capacidad de conseguir realizaciones que ella considera valiosas.

Vemos como hay una íntima relación entre la economía y la valoración individual y colectiva. Entre la economía y la ética. De hecho, lo que propone Sen es evaluar las realizaciones alcanzadas por una persona, en términos de su conjunto de capacidades de realización, o lo que él llama, su libertad de bienestar. Si se aplica este concepto a la salud, cabe preguntarse cuales serían las realizaciones alcanzadas por una persona en términos de su capacidad de salud y cómo contribuye esta capacidad a su libertad de bienestar. Una persona puede tener una gama muy amplia de posibilidades en salud, pero no tener la capacidad para lograrla, mientras otra persona con una gama menor, puede tener la máxima capacidad para lograrla y superar la anterior persona.

Al mirar la situación social, habría que evaluar cual es la libertad real de las personas de los diferentes sectores sociales, cuales son las capacidades de realización de esas personas. Obviamente esto tendría que ver con la salud y con el sistema de salud, pero inmersos en una complejidad de relaciones donde otros aspectos son también determinantes.

Entonces el criterio de justicia ha de ser el de la igualdad de capacidades, puesto que solo estas representan la libertad real de elegir el modo de vida que las personas tienen razones para valorar.

En cuanto la aplicación de este enfoque en la atención en salud, es bueno detenerse en la visión de Bertomeu y Vidella (Bertomeu, M. y Vidella, G., 1996), quienes creen que la salud no es un bien especial, en el sentido de los bienes primarios, sino que es un proceso que reconoce determinaciones complejas y que no necesariamente puede medirse con el parámetro del bienestar, esto al notar las implicaciones bio-psico-sociales y culturales que integran el proceso salud enfermedad. La salud no puede aislarse de la educación, el medio ambiente, las condiciones socioeconómicas y laborales, los hábitos de vida, la alimentación; esto revela lo impropio de otorgarle un estatus especial, hacerlo así no solo diluye la posibilidad de realizar un abordaje más integral de las necesidades humanas, sino que se proporcionan argumentos favorables para la perpetuación del modelo médico, sostenido por una concepción biologista o unicausal de la salud enfermedad.

Para las autoras, lo que permite medir el grado de justicia existente en una sociedad, no es la posesión de bienes (Rawls), ni tampoco la satisfacción de ciertas necesidades, sino el grado de desarrollo de las capacidades de los individuos. Mientras hay quienes tienen un alto despliegue de sus propias capacidades, hay otros que ni siquiera alcanzan las mínimas, como alimentarse o vestirse. Los bienes no dan cuenta de la estatura moral del sujeto, como agente activo, en cambio, las capacidades se conectan con la libertad positiva, pues permiten conocer realmente las oportunidades que tienen las personas de llevar a cabo sus proyectos. Cuantas más capacidades desarrolle alguien, más posibilidades tendrá de conquistar una libertad genuina. Para esto, se sustentan en la ampliación de la base informativa de las teorías de la justicia propuestas por Sen, considerando no solamente el bienestar de la persona, sino también su libertad de agencia, su conexión con las capa-

ciudades que alcanzan verdaderamente los individuos, por estar por ejemplo, alfabetizados, nutridos, libres de enfermedades evitables, etc.

Desde este enfoque, proponen unos principios de justicia en salud, que son la Universalidad, la Igualdad, la Equidad y la Solidaridad, como principios éticos, que han de guiar la estructuración del sistema de salud. A su vez, la salud sería un derecho fundamental conformante del bloque integral que hace posible la adquisición de capacidades básicas requeridas para el ejercicio de la personalidad moral y por ende, sería un derecho universal que cobijaría todos los miembros de la sociedad, sin discriminación de ninguna especie.

RELACIÓN ÉTICA Y ECONOMÍA. DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS ESCASOS EN SALUD

Racionamiento

La ética es un saber práctico referido a la acción humana. La ética como filosofía moral busca responder a la pregunta sobre que es lo bueno. Desde la ética establecemos los comportamientos y normas que consideramos validos.

En virtud de esta estimamos como buenas unas cosas y deseamos otras por lo contrario. De modo que la ética prescribe el que hacer, y lo que debemos hacer se juega en las acciones, en la praxis, lo que sucede en el ámbito de las relaciones humanas, en el de la vida que transcurre entre humanos.

La ética habida en la historia de la humanidad, más que un ejercicio solipsista, una rumiación individual sobre la moral, ha sido construida, hecha posible, en la vida social, en los colectivos, dándole significación a las relaciones entre los seres humanos.

Para los griegos, la política como preocupación por lo colectivo, por el destino de la Polis (entendida como congregación de los ciudadanos) era expresión refinada de la ética.

No en vano consideraban idiotas a aquellos que no se metían en política. «La razón de que el hombre sea o ser social, más que cualquier abeja y que cualquier animal gregario es clara. Pues la naturaleza, como decimos, no hace nada en vano, sólo el hombre entre los animales, posee la palabra. La voz es una indicación del dolor y del placer por eso también la tienen otros animales (pues su naturaleza alcanza hasta tener sensación de dolor y placer e indicarse esas sensaciones unos a otros). En cambio, la palabra existe para manifestar lo conveniente y lo dañino así como lo justo y lo injusto. Y esto es lo propio de los humanos frente a los demás animales: poseer de modo exclusivo el sentido de lo bueno y lo malo, lo justo y lo injusto y las demás valoraciones. La participación comunitaria en estas, forma la casa familiar y la ciudad» (Aristóteles, 1950, a).

Un buen trecho de la respuesta a la pregunta sobre que es lo bueno, esta dado por la respuesta a la pregunta sobre que es lo justo, el juicio de valor sobre lo justo, permite dilucidar en parte sustancial la preocupación por realizar las mejores y más buenas acciones.

¿Pero cómo surgió la ética Ha sido un añadido, un adorno de la conducta humana para esgrimir en situaciones más ideales que prácticas?

Con frecuencia oímos decir que el ser una persona ética perjudica, que es algo muy ajeno al mundo real. Veamos: el ser humano siendo aún un homínido en un momento dado de su evolución invento códigos extrasomáticos de conducta que le permitieron proyectarse hacia nuevos estadios cualitativos. Esto más que un agregado a la evolución biológica fue condición de posibilidad de la misma: «los humanos primitivos cazaban los animales con hachas y lanzas con puntas de piedra, se daban festines con su carne al rededor de los hogueras de sus cavernas y utilizaban sus pieles para protegerse del intenso frío, al cazar juntos, compartían también el fruto de la cacería y este reparto de alimento se convirtió en otro catalizador para la civilización y la cultura humanas dando origen en su momento a las dimensiones míticas espirituales y artísticas de conciencia humana» (Capra, F., 1995).

Los códigos extrasomáticos de conducta se constituyeron gradualmente como una red compleja, una telaraña de significados, un entramado simbólico compuesto por sistemas que como un todo, conjuntamente componen la cultura. Uno de dichos sistemas culturales es la ética. Sin la cultura, sin esa red sistemática entrelazada, el ser humano conviviendo con la gran megafauna depredadora y un medio de un ambiente hostil, talvez hubiera fracasado en la aventura de sobrevivir en el planeta.

El horizonte de la extinción estuvo y ha estado siempre presente como posibilidad en el devenir del ser humano, más definido en algunos periodos históricos, sobre todo al considerar los primeros homínidos.

El animal humano depende plenamente de dichos contextos extrasomáticos para poder vivir su vida, para poder realizarla (Geertz, C. 1997).

No es concebible por tanto un ser humano que no este suspendido en esa telaraña sistemática de códigos de conducta.

De modo que los seres humanos somos constitucionalmente culturales y por ende constitucionalmente éticos. No podemos renunciar al sentido moral que nos determina.

En ocasiones creemos que la ética es algo prescindible que nos podemos quitar de encima como un vestido, algo útil, atractivo para ciertos eventos y circunstancias. En tal caso a mi entender nos equivocamos, al contrario, todos los días nos asalta la pregunta sobre que es lo bueno cuando tenemos que decidir el sentido de nuestras acciones en pequeña o gran escala.

«La moral y la ética, no son un invento de los filósofos, sino que acompañan a la vida de los hombres desde el comienzo, porque todas las civilizaciones se han preguntado como llevar una vida buena y como ser justos aunque las respuestas hayan sido distintas» (Cortina, A., 1996).

No se trató pues del *homo sapiens* quien culminado biológicamente apeló a la cultura y en esta a la ética, en una visión estratificada de su condición. No, todo lo contrario, la apuesta por la cultura, y en esta por la ética, se fue trazando en una dinámica de complejidad creciente, donde lo biológico, lo psíquico, lo social y lo cultural se entrelaza desde el principio.

Ahora bien, la economía como campo de actividad social relativo a producción de bienes y su reparto, fue también un sistema cultural surgido de manera similar en la aventura evolutiva. Es más, la economía emanó de la ética, más específicamente de la preocupación por la justicia. Surgió de la pregunta por la mejor utilización y distribución de los recursos.

Para Aristóteles (Aristóteles, 1950, b) como se señaló, la naturaleza no hace nada en vano. Todas las cosas tienden hacia un fin. El fin del hombre es la eudaimonía (traducida por algunos como felicidad). Para llegar a ella el hombre debe ser virtuoso. El ejercicio de las virtudes conduce a la eudaimonía. Las virtudes éticas son las virtudes prácticas por excelencia y las que nos permiten tomar decisiones correctas y prudentes. Dichas virtudes se afianzan en las costumbres, en el hábito, y terminan configurando un modo de ser. Son potencialidades que al devenir en actos hacen nicho en las obras cotidianas. Para Aristóteles la virtud perfecta era la justicia. Por eso se ocupó detalladamente de esta «la justicia es la virtud perfecta, pero no en absoluto sino relativamente a nuestro prójimo por eso se cree con frecuencia que la justicia es la mayor de las virtudes sin que haya - ninguna estrella matutina ni vespertina que sea tan maravillosa -, diciendo el proverbio: la justicia comprende en sí las demás virtudes y es la virtud perfecta en su más lato sentido, por ser la práctica actual de la virtud perfecta. Es perfecta porque el que la posee puede practicar su virtud no solo en sí mismo sino también respecto al prójimo» (Aristóteles, 1950, b).

Según Aristóteles hay dos clases de justicia, la distributiva y la conmutativa, la primer aplicable a la distribución de honores riqueza y todo lo demás susceptible de repartirse entre los miembros de un estado perteneciente por ende al régimen público y regulable según proporción equitativa.

En la edad moderna, Kant (Kant, M., 1996, a), máximo representante de la Ilustración Alemana, con su ética emanada de la buena voluntad, de la correcta intención racional, dio respuesta a la pregunta sobre que es lo bueno basándose en imperativos universales de la conducta, teniendo como referente fundamental a la dignidad humana: «Obra solo según una máxima tal que puedas querer al mismo tiempo que se torne ley universal ... La moralidad es la condición bajo la cual un ser racional puede ser fin en sí mismo, porque solo por

ella es posible ser miembro legislador en el reino de los fines. Así pues, la moralidad y la humanidad, en cuanto esta es capaz de moralidad es lo único que posee dignidad». También Kant, en *La Paz Perpetua* (Kant, M., 1996, b), recordó: «reine la justicia aunque se hundan todos los bribones que hay en el mundo».

La universalización moral de Kant redimensionó el derecho, otro sistema cultural, conformante de la red extrasomática de la conducta.

Más contemporáneamente la Declaración Universal de los Derechos Humanos, de 1948, catálogo moral, político y de justicia social y económica, hito de uno de los constructos de mayor validez en la historia de la humanidad aun vigente y en desarrollo: el fenómeno de los derechos humanos, dice en el artículo 25: «toda persona tiene derecho a un nivel adecuado que le asegure a sí mismo como a su familia la salud y el bienestar...la asistencia medica y los servicios sociales necesarios».

Desde entonces para cualquier persona en el orbe, el derecho a la salud es un derecho universal por ética, por justicia, como mandato económico. Es un bien meritorio irrenunciable, inalienable, esencial en conexión directa con la vida correspondiente a la dignidad del ser humano. Desde entonces los estados deben garantizarlo y se ha constituido en una obligación para los mismos. De ahí surgen cosas como salud para todos en el año 2000 y otras similares.

Todo el marco sucintamente expuesto hasta aquí no puede olvidarse al tratar de la distribución de recursos escasos en salud. Debe tenerse en cuenta al establecer criterios o pautas de racionamiento de servicios de salud.

Diego Gracia, (Gracia, 1998), señala la relación existente entre ética y economía, en la medida en que la economía, como creación humana, posibilita la vida. La ética, ante todo, tiene que ver con la creación de posibilidades para la vida. Por tanto, para el ser humano la economía es un deber moral. Es equivocado desligar la economía de la ética.

La eficiencia busca optimizar resultados, y se consigue cuando no hay posibilidad de operativizar ningún curso alternativo de acción que resulte menos costoso para alcanzar los beneficios o lograr la satisfacción de las demandas de las personas. De esta manera, la eficiencia es una estricta obligación moral; todos tenemos la obligación de optimizar los recursos, sacando de ellos el máximo beneficio posible. La eficiencia es también una obligación del principio de justicia, dado que los recursos son siempre y por definición, limitados. No utilizar los recursos eficientemente, significa beneficiar a algunos en perjuicio de otros, y esto es injusto.

La eficiencia no define cuanto debe darse a cada individuo, sino cuando una distribución es óptima desde el punto de vista económico, por tanto, no es suficiente para superar

la injusticia o la inequidad. No determina cual de las posibles distribuciones es la equitativa. De modo que es necesario tener en cuenta además, el principio de justicia. Para que la eficiencia sea moralmente aceptable, debe ir más allá del beneficio de la mayoría y alcanzar el de todos y cada uno.

Para Gracia, el principio de universalización no es éticamente discutible. No son negociables los bienes sociales primarios (Rawls), ya que es un deber proporcionar a todos en condiciones de igualdad.

En la eficiencia sanitaria, deben distinguirse dos tipos de asistencia; la pública y la privada. La privada regida en general por las leyes del mercado, y la pública, que debe buscar la maximización de las utilidades para todos y cada uno. En el plano de lo público, la eficiencia tiene que ir unida a la justicia, como equidad (Rawls), muy diferente de lo que sucede en el orden de lo privado.

Cuando se impone el racionamiento en función de lo público, para cualquier sociedad, es necesaria la eficiencia en condiciones reales y justas, garantizada a través del estado, para no caer en la injusticia, ya que el criterio de equidad también está ligado a dicha eficiencia.

Jesús Conill (Conill, 1999) propugna por lograr la mayor eficiencia del gasto sanitario, manteniendo un nivel adecuado de equidad y calidad. Llama la atención sobre el problema de cómo las estrategias de gestión de administración que logran solo eficiencia en reducción del costo y rentabilidad económica, pueden ir en contra de la calidad necesaria y por ende de la justicia.

La mercantilización de la medicina es negativa. La búsqueda de la eficiencia no ha de convertir la sanidad en un puro negocio, ni al profesional sanitario primordialmente en un gestor de recursos, sino que es necesario diseñar con mucho cuidado el tipo de medicina gestionada a implantar. Lo más conveniente sería promocionar aquel tipo de medicina gestionada que armonice las exigencias económicas, las gestoras y las éticas: son claves la mejora del servicio sanitario, la excelencia profesional y la superación de la burocratización y el despilfarro. De este modo, los profesionales, además de sanadores, que deben atenerse a las exigencias clínicas, también son gestores, que han de guiarse por principios éticos de justicia y equidad en el uso de los recursos. Hoy, el principio de universalidad es innegociable, pero igual sucede con el principio de eficiencia.

Sobre este difícil tema, Escobar Triana (Escobar, 1999) señala la necesidad de pasar de un mayor bien para el mayor número, a un adecuado nivel de asistencia para todos, por ser la salud un bien tan especial que debe redundar en un bien de todos, y no de la mayoría. Recuerda las obligaciones éticas recomendadas por la President's Commission del Presidente Carter (President's Commission, 1981):

1. Acceso equitativo como obligación moral.
2. Obligación social y obligación individual de cuidar la salud.
3. Acceso equitativo a un nivel adecuado de asistencia.
4. Subsidiaridad; consecución de la equidad como responsabilidad del individuo, las fuerzas sociales y el gobierno.
5. El costo debe repartirse equitativamente.
6. Contención del costo sin acrecentar desigualdades.

Ramón Abel Castaño, (Castaño, R. A., 1999), plantea cómo la crisis en la financiación de los servicios de salud en el mundo, se ha visto acelerada por la necesidad de reducir el tamaño de los Estados, el espiral ascendente de la tecnología médica y las exigencias a los gobiernos para que garanticen los derechos sociales, económicos y no simplemente los derechos civiles. Esto ha puesto a la profesión médica en una encrucijada hasta hace unas pocas décadas insospechada.

Los países que establecieron un estado de bienestar, después de la crisis de los años dorados del capitalismo, a mediados de los años 70 del siglo XX, empezaron a preocuparse cada vez más por los costos de salud. En dichos países, la adopción de tecnología de punta, el desarrollo de nuevos equipos, técnicas y procedimientos, con los costos que ello implica, comprometen inmensos recursos en intervenciones en ocasiones costo inefectivas, en detrimento de intervenciones altamente costo efectivas, en el mejoramiento de la situación de salud de la población. Desde entonces el problema de los costos de salud es un problema político de todas las naciones del mundo, y esto impone unos desafíos al modelo tradicional de práctica médica. Otro de los factores que inciden en el aumento de los costos, es el tipo de relación entre aseguramiento o presencia de terceros pagadores. En suma, con la medicina hospitalaria de alto nivel, a mediados del siglo XX, se inició una carrera inflacionista de los costos de atención en salud, impulsada obviamente por la tecnología de alto costo, y en respuesta a ello, las personas empezaron a buscar mecanismos de protección financiera contra el riesgo de enfermedad o accidente, surgiendo el aseguramiento en salud.

En los Estados Unidos, los seguros eran del tipo indemnización, prácticamente un cheque en blanco a los hospitales, los cuales pudieron incrementar sus costos de producción, adquiriendo tecnología, puesto que los costos excesivos adicionales, eran trasladados al valor de las pólizas, y de éstas a los clientes, especialmente empleadores e individuos más pudientes. En los sistemas centralizados de salud europeos, también se presentó este fenómeno pero no en forma tan evidente. La presencia de terceros pagadores, bien sea gobiernos o aseguradores, generó el fenómeno llamado riesgo moral, según el cual, el individuo demandante tiende a consumir más cuando tiene un seguro y a su vez, el prestador de servicios médicos se siente con mayor maniobrabilidad y permiso en el uso de tecnologías diagnósticas, y en sus decisiones de intervención, por cuanto allí no hay limitación de la capacidad de pago del paciente por la presencia del tercer pagador. De otro lado, los que producen tecnología y estimulan la investigación y el desarrollo, saben que dentro de este

esquema sus productos serán rápidamente acogidos por los hospitales y demandados por los profesionales de la salud, especialmente los médicos. Así se cierra un círculo vicioso, *tecnología – seguros – demanda – cliente – proveedor*, y así sucesivamente.

Tal círculo vicioso es típico del sistema de pago retrospectivo, que ha sido reemplazado progresivamente, por el sistema de pago prospectivo o prepago, donde el monto de lo aceptable a pagar está de alguna manera previamente determinado.

El aumento de costos tiene además otras causas:

- La transición demográfica epidemiológica, que hace que cada vez haya más personas ancianas con enfermedades crónicas y degenerativas.
- Elasticidad - ingreso de los servicios de salud, debido al aumento de los ingresos de los hogares, lo que se refleja en el aumento en mayor proporción del gasto en salud.
- Dado el carácter meritorio que la sociedad da a la salud, esto hace que los gobiernos inviertan sumas grandes en tecnologías de rescate, en particular frente a situaciones dolorosas para la sociedad.
- La situación de privilegio del profesional de la salud, quien es el representante del paciente y dentro del principio de beneficencia, no tiene ningún reparo en la autorización de acciones de prestación, sin consideración del costo.
- El Ejercicio de la medicina defensiva, donde el médico en ocasiones se excede en los procesos diagnósticos, teniendo en cuenta que puede enfrentar la posibilidad de una demanda de tipo civil o penal.

Según Castaño, el incremento de los costos se transfiere a los consumidores, primero aumentando los valores que los usuarios deben pagar para poder acceder a los servicios, lo que afecta proporcionalmente a los sectores más pobres, yendo en detrimento de un criterio de equidad; segundo, aumentando los impuestos parafiscales lo cual puede generar desempleo y/o informalización del empleo por el aumento de los costos de mano de obra o afectar al proveedor por el incremento de los precios en aquellos productos de demanda inelástica; y tercero, aumentando los impuestos generales para tener más disponibilidad de recursos lo que haría reducir el ingreso disponible y la capacidad de ahorro privado.

Como la sociedad no está dispuesta a pagar más y en cambio exige la prestación de los servicios de salud como un derecho fundamental, ante todo, por su conexión al derecho a la vida, es necesario entonces racionalizar el gasto, específicamente el gasto médico, por que es el profesional de la medicina quien en últimas decide cómo se gastan alrededor del 80% de los recursos para la salud. Para lograr el control del gasto, existen varias estrategias; primero, recurrir al autocontrol de la profesión, lo que no ha tenido mucho éxito, debido a que el profesional se mueve dentro del principio de beneficencia, que representa el mayor interés de su paciente, y además teme a la amenaza de los procesos judiciales, es decir, ejerce la medicina defensiva.

Una segunda estrategia, es el autocontrol social, que tiene que ver con concienciar a los usuarios sobre la racionalidad en el uso de la tecnología y sobre los límites de la ciencia médica en la lucha contra la muerte y el sufrimiento, la cual también ha fracasado, por cuanto hay un incentivo comercial, una especie de potente necesidad de consumo alrededor de las tecnologías de punta, que son las más costosas. A propósito, Norman Daniels, sugiere que no es que se tenga un concepto equivocado sobre la importancia de la prevención y la promoción, versus la curación y rehabilitación, sino que los incentivos económicos y el mercado, ha llevado a que lo segundo tenga prelación sobre los primero. Aunque la sociedad en general tuviera intuiciones racionales sobre la justicia distributiva, cuando es el individuo el que enfrenta la eventualidad de morir o quedar discapacitado, sus intuiciones se esfuman y por ende va a demandar que se le haga absolutamente todo lo necesario para recuperar su salud (Daniels, N., 1985).

Una tercera estrategia para controlar el gasto médico, sería la intromisión de un tercero articulante, sometido a unas reglas de juego financiero y con la necesidad de protegerse frente a un detrimento económico ó catástrofe financiera. Estos intermediarios enfrentarán una restricción presupuestal evidente, determinada por las pólizas que reciben de sus afiliados, o por los presupuestos de los gobiernos para el sector salud; sometidos básicamente a tres tipos de controles: el retrospectivo, después que el servicio se ha prestado, el concurrente, a medida que se va dando la atención y el prospectivo, en el cual se paga por anticipado pero se controla la calidad del servicio prestado. Cualquiera de estas tres modalidades de control, requieren de auditoría, lo que implica la intromisión en la confidencialidad del acto médico, y por ende en la autonomía profesional.

Es claro pues que el médico, por ser el experto que toma las decisiones por su paciente, esta en el centro de una gran contradicción social, un choque entre dos intereses legítimos, el bien común y el bien individual. Pero el médico esta formado bajo los preceptos de la ética hipocrática, la cual no considera la adecuada utilización de los recursos; al fin y al cabo Hipócrates nunca se imaginó que su práctica médica, que no tenia ningún impacto sobre los recursos de la sociedad de entonces, se convertiría 25 siglos después en el complejo médico industrial de fin de milenio, que parece no tener límites en su capacidad de absorber recursos de la economía. El juramento hipocrático, como el de todos los códigos de ética profesional, surge, en realidad, de la necesidad de garantizarle a la sociedad que los miembros de la profesión no van a abusar de la asimetría de la información y el conocimiento para su provecho personal, en detrimento de la dignidad del paciente.

Sin embargo queda el gran vacío. Si el modelo hipocrático no es sostenible por que perpetua el crecimiento de los costos de la sociedad, y la sociedad no está dispuesta a pagar por ello. Si la profesión no tiene incentivos suficientes para el uso racional de los recursos, y en cambio si los tiene hacia la sobre utilización. Si la economía se ha valido de mecanismos para controlar el gasto que ponen más de cerca las contradicciones entre las intuiciones sobre justicia distributiva y las reclamaciones de derechos de atención en salud

en el ámbito individual, vale decir, sistemas de aseguramiento o introducción de terceros pagadores. Si todos estos factores crean una encrucijada que pone en peligro los cimientos mismos de la profesión, ¿no será tiempo de que la profesión tome conciencia de los nuevos condicionantes estructurales de su relación con la sociedad y en consecuencia asuma una nueva posición que le permita redefinir su papel?

A propósito, es pertinente insistir en la visión de Ronald Dworkin (Dworkin, 1993), quien toma el modelo rawlsiano aplicado directamente a la distribución de recursos para la salud. Se pregunta, cuantos recursos debe una sociedad dedicar al cuidado de la salud y una vez decidido esto, cómo deben ser distribuidos los mismos. Para Dworkin hace unas décadas, la salud se consideraba un bien superior a todos los demás bienes y en esto influía que los costos de los servicios en salud no eran exagerados y consecuentemente el impacto sobre la economía no era tan alto. Es lo que llama el modelo del aislamiento. No obstante, por el elevado y acelerado encarecimiento de los servicios de salud en las últimas décadas, este modelo de aislamiento se ha cambiado por el modelo de integración, sustentado en la consideración de que en la medida en que se gasta más en salud, el beneficio no es significativo para la economía considerada integralmente. Entonces se impone entender la salud como un bien que compite por los recursos disponibles con los demás bienes de la economía, específicamente en el sector social. Hay que tener en cuenta que el bienestar no depende exclusivamente del nivel de salud, aunque éste sea uno de los bienes primarios, sino, predominantemente de otros bienes como la educación, el empleo, etc., que no pueden verse afectados por la hipertrofia relativa del sector salud.

EL DERECHO A LA SALUD

En el siglo XX, la conciencia de los Derechos Humanos se hizo más fuerte y se consolidó la pretensión de su realización a través de normas jurídicas.

Específicamente el derecho a la salud forma parte de los derechos humanos de segunda generación o derechos económicos, sociales y culturales que a diferencia de los de primera generación o derechos civiles y políticos, son de más reciente aparición (finales del siglo XIX y siglo XX).

La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 fue el primer documento de características globales, donde ambos tipos de derechos se resaltaron como necesarios para hacer posible la dignidad humana. Esto coincidió con el auge en el mundo de los programas estatales de seguridad social, paradigma de los cuales, fue el conocido informe de William Beveridge que dio origen al Sistema de Salud Británico.

Desde finales del siglo XIX en Alemania se había originado el concepto de Seguros sociales durante el gobierno del canciller Bismark. Luego, el triunfo de modelos socialistas

en la Rusia y México planteó la necesidad del acceso universal de todos los habitantes a los servicios de salud, de acuerdo a su necesidad.

Los Derechos Humanos tendieron progresivamente a internacionalizarse, institucionalizarse y por tanto a constitucionalizarse. Esto, ligado a la concepción de Estado Social de Derecho, obligado a garantizar la integridad de los derechos humanos en beneficio del estatuto moral de la persona.

Desde la Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Viena en 1993 se ha proclamado la interdependencia, indivisibilidad e integridad de los Derechos Humanos como conjunto.

Hoy, el Derecho a la salud contiene un mandato al Estado en el sentido de garantizar la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la atención de las contingencias patológicas en condiciones de universalidad, equidad, eficiencia y solidaridad. Lo que es más categórico cuando el incumplimiento de dicho derecho compromete la vida y la calidad de vida de las personas en el sentido de ver afectada su capacidad de realizarse como sujetos morales.

Sobre las características del derecho humano a la salud, Natalia Paredes resalta (Paredes, H., 2003) primero la universalidad, que significa, la garantía del mismo para todas las personas, sin ningún tipo de distinción. Esto implica eliminación de barreras de orden económico, social, político o cultural, que impidan el acceso universal al derecho a la salud. También, considerando en muchas situaciones su carácter económico, la garantía del mismo ha de ampliarse progresivamente con eficiencia y calidad, y en ningún caso se admite su restricción, a no ser que medie una situación claramente catalogada como de fuerza mayor.

Segundo, la característica de interdependencia e indivisibilidad del derecho a la salud, en referencia a las conexiones existentes entre el goce de posibilidades de mayor salud y la provisión de servicios como el de saneamiento ambiental, la provisión de agua potable, la educación, etc.

Tercero, la característica de ser tanto individual como social, en el sentido de corresponder a la satisfacción de las necesidades, la atención de riesgos y contingencias individuales y además, a los aspectos relacionados con la salud pública, como el control de las enfermedades endémicas y epidémicas, y las actividades de promoción y prevención.

Cuarto, la característica de progresividad e irreversibilidad, en relación al compromiso de los estados de avanzar cada vez más en la materialización del derecho a la salud a través de logros claramente cuantificables evidenciados por los indicadores de morbimortalidad, control de enfermedades endémicas y epidémicas y acceso a los servicios de salud, entre otros.

Quinto, la característica de irrenunciabilidad del derecho a la salud, en relación a la imposibilidad de su enajenación por parte del Estado, cualquier otro poder, o aún por la misma persona.

Carlos Gaviria (Gaviria, C., 2003), liga el derecho a la salud al paradigma del Estado social de derecho. En una reflexión histórica nos habla de dos momentos claves en la construcción de la dignidad humana. Un primer momento (siglo XVIII, revoluciones democrático liberales), correspondiente a la libertad, entendida como no intervención arbitraria del poder del estado, y un segundo momento (siglos XIX y XX, revoluciones socialistas), correspondiente a la libertad, entendida no únicamente como no intervención arbitraria del poder del Estado, sino también, como garantía de condiciones materiales de vida que permitan ejercerla.

El Estado social de derecho busca la conjunción de estos dos momentos de construcción de la dignidad humana. En virtud de esto, es que puede ser afirmado el derecho a la salud como Derecho, como parte de la satisfacción de necesidades imprescindibles para la vida y el bienestar. Resalta la sabiduría del constituyente de 1991 en Colombia, al configurar un estado de bienestar, un estado más democrático que el anterior, un Estado Social de derecho, comprometido con la satisfacción de las necesidades básicas de las personas. Por tal motivo, en determinadas circunstancias, el derecho a la salud tiene carácter fundamental, tutelable, cuando se conecta con el derecho a la vida.

En su reflexión sobre el derecho a la salud de Rodrigo Uprimny (Uprimny, R. 2003), resalta la multidimensionalidad del derecho a la salud, que para el Comité de derechos económicos, sociales y culturales de las Naciones Unidas (ECOSOC), entraña “desde el derecho al propio cuerpo, que incluye la libertad sexual y eugenésica, hasta el derecho a una atención médica y asistencial adecuada y oportuna”.

Define varias dimensiones del derecho a la salud. Una primera relativa a la protección del cuerpo y la salud de la persona, contra ingerencias ajenas, resumido en la siguiente máxima: “*nadie puede atentar contra la salud de otro*”. Llama la atención sobre la intersección de esta dimensión con el derecho a la integridad física o psíquica.

Una segunda dimensión, relativa a los problemas de salud colectiva, de salubridad pública; se trata de asuntos como “el tratamiento de aguas residuales, suministro de agua potable, recolección de basuras, contaminación ambiental”.

Una tercera dimensión, relativa a “las tensiones que pueden surgir entre los deberes estatales de protección a la salud y el reconocimiento de la autonomía individual, que en este campo implica lo que podría llamarse un derecho de la persona sobre su propio cuerpo” Es el caso del conflicto entre lo que quiere y desea auténticamente la persona y lo que el estado o la profesión médica considera pertinente para la misma.

Una cuarta dimensión, relativa al ejercicio de los derechos de los usuarios del sistema de salud, en el propio acto médico. En otras palabras, los derechos del paciente frente a los profesionales y el personal sanitario. Se trata de casos en muchas ocasiones con difíciles dilemas, como cuando un paciente le cuenta a su médico sobre la realización de un acto ilegal, debiendo éste respetar la confidencialidad.

Una quinta dimensión, relativa a la participación de los beneficiarios del servicio de salud y la comunidad en el control y gestión de las políticas de salud. Esto conectado con el reconocimiento del pluralismo y la multiculturalidad, donde surgen diversidad de enfoques sobre el proceso salud – enfermedad, y la manera de abordar los problemas sanitarios.

Finalmente, una sexta dimensión, relativa al derecho al acceso a los servicios sanitarios, a recibir actividades, intervenciones, procedimientos, medicamentos, etc., en situación de enfermedad.

El Derecho a la Salud en la Constitución Política de 1991

Para Jaramillo (Jaramillo, I., 1995), la Constitución Política fue el resultado de una conciliación entre conceptos de diverso origen, que encarnaban intereses diferentes.

En la Constitución, en lo concerniente a la seguridad social y la salud, se estableció una salida intermedia que consideró por un lado los principios de solidaridad y universalidad bismarkianos y por el otro lado los principios de eficiencia y competitividad neoliberales.

La Constituyente de 1991, se realizó en medio del avance en los Estados capitalistas del modelo de libre mercado, caracterizado por globalización y apertura económica. En el plano nacional, se desarrolló en medio del desencanto generalizado por las políticas vigentes, particularmente en salud, donde imperaba un clima de agitación de amplios sectores organizados de la sociedad que buscaban reivindicaciones sociales representados en movimientos cívicos, regionales, locales, protestas sindicales, movimientos étnicos, etc. También había demandas de transformación alrededor de la coyuntura de desmovilización del M-19, del EPL y el Quintín Lame. Todos estos elementos confluyeron en la discusión que se dio en el seno de la Asamblea Nacional Constituyente.

Nos cuenta Mario Hernández (Hernández, M., 1992, c), cómo a la Asamblea Nacional Constituyente llegaron 116 documentos relacionados con el tema de la salud, de los cuales 95 fueron enviados por ciudadanos a título personal, 6 por instituciones (3 públicas y 3 privadas) y 12 por organizaciones comunitarias o pequeños movimientos sociales. Las 95 propuestas de los individuos tuvieron muy poco peso. Fueron más relevantes las propuestas entroncadas institucionalmente así no llegaron directamente por los mecanismos de participación establecidos por la Asamblea. Llama la atención sobre la ausencia de las Universi-

dades y de las entidades prestadoras de salud en la elaboración de propuestas. Esquematiza los conceptos de las propuestas en seis ítems, uno, servicio de atención de enfermedades; dos, servicio público, con enunciación explícita y relacionada con los servicios de atención de enfermedades; tres, derecho inalienable de todo ciudadano; cuatro, asistencia pública; cinco, salud relacionada con seguridad social y seis, salud como mercancía.

Resalta como en ningún caso se presentó la salud como bienestar, aunque tal enfoque se proponía como alternativo desde espacios académicos de reconocido prestigio. El 50% de las propuestas plantearon la gratuidad de los servicios, entendida como la eliminación de obstáculos económicos para el acceso a cualquier tipo de atención.

La Comisión 5ª de la Asamblea Constituyente, planteó el siguiente artículo: “la salud es un derecho de los ciudadanos, se garantiza el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación”....”la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud a los habitantes, y el saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, también establecer las políticas para la prestación de los servicios de salud, de entidades privadas y ejercer su vigilancia y control; así mismo, establecer las competencias de la nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señaladas en la ley; los servicios de salud se organizaran en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La Ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad.” (Constitución Política de Colombia, 1991).

El planteamiento constitucional definitivo quedó así: (Art. 49 C. P.), hay dos aspectos notorios: uno, la responsabilidad estatal en el control, la vigilancia, la coordinación y la aplicación de los principios de universalidad, eficiencia, solidaridad, eficacia, calidad, obligatoriedad, y el otro, referido a los deberes de los ciudadanos, en el sentido de su responsabilidad en el tema de la salud, entendida como participación comunitaria y deber individual.

De otro lado, como servicio público, la atención en salud adquiere dimensión de derecho universal. También se incluye la atención en salud en lo que los economistas llamarían el sector de bienes y servicios y por ende su prestación puede estar a cargo del Estado y de los particulares, de modo que los servicios de salud se consolidan como mercancía, regidos por la ley de oferta y demanda, donde opera el complejo necesidad – capacidad de compra y condiciones de accesibilidad y oportunidad. También se observa la estrategia de focalización de la atención gratuita hacia determinados grupos que están en particular situación de vulnerabilidad.

Hernández comenta que el modelo resultante de la constituyente recogió elementos del debate internacional con la convicción de disminuir progresivamente la prestación directa de servicios de salud por parte del Estado, y de permitir la concurrencia de actores privados en el mercado, tanto en la prestación como en el aseguramiento; perdurando las diferencias producidas por la desigualdad de pago.

Más allá de nuestra Constitución, hoy en día el presupuesto de la justicia sanitaria esta determinado principalmente por el reconocimiento del derecho a la salud como derecho humano fundamental sin desconocer las limitaciones al mismo y razones económicas ojalá consensuadas, pero reiterando su carácter progresivo. Esto quiere decir que el retroceso en los logros de este derecho es una calamidad en la justicia social, en cualquier latitud.

CONCLUSIONES

1. Las evidencias históricas muestran precariedad institucional en el desarrollo de las políticas en salud. Hasta finales del siglo XIX, la salud fue algo ajeno al estado, solamente activo entorno a situaciones de calamidad pública relevantes, particularmente las epidemias. En la penúltima década del siglo XIX se adoptó la visión de la higiene pública basada en una concepción asistencialista estrecha y conectada a los intereses económicos de las élites. Aún en tales circunstancias, la eficacia de las políticas en salud fue bastante limitada. El Estado ajeno a los derechos sociales, desarrolló acciones, en la medida que las enfermedades pudieran alterar el orden público, social y la productividad en renglones de explotación principalmente agrícola como el café, el tabaco y el añil. En los inicios del siglo XX, la política de asistencia social, y en salud, se orientó, a través de entes filantrópicos, hacia la creación de condiciones que favorecieron la presencia y el auge de las grandes multinacionales norteamericanas, principalmente las compañías petroleras, las explotadoras de productos agrícolas como café y banano y las compañías del sector minero. También hacia el sustento del incipiente desarrollo industrial en la perspectiva del despegue capitalista del país.

La pobreza, se conectó a la escasa salud comunitaria, y desde entonces la salud pública empezó a ser una especialidad reconocida como tal. Todo esto tuvo su influjo en Colombia con las reformas de la revolución en marcha de López Pumajero, la creación del Instituto de Seguros Sociales y la Caja Nacional de Previsión. También la Fundación Rockefeller ayudó a fundar la Escuela Nacional de Salud Pública en Medellín.

En la década de los sesenta del siglo pasado, en Colombia, el enfoque de planeación estratégica (salud y desarrollo), vinculó definitivamente la salud al desarrollo económico y social, pero dentro de una concepción utilitarista y continuando la tendencia cada vez más consolidada de satisfacer los mandatos norteamericanos.

Luego, el enfoque sistémico adicionó el esfuerzo por la articulación y la eficacia del sector salud. No obstante lo logrado, esto no permitió la cobertura universal, dejando por fuera a los más pobres y vulnerables, ni superó las fragmentaciones e inequidades previamente existentes en materia de salud en el país.

Con la crisis del modelo de bienestar, los gastos en seguridad social y salud se hacen más visibles. Los problemas fiscales emergen y el gasto sanitario empieza a señalarse por «comerse una tajada cada vez más grande del ponqué presupuestal» del sector social. Algunos atribuyen esto al envejecimiento de la población, al mejoramiento del estado de salud, a la demanda inducida por el desarrollo tecnológico, a la medicalización de la sociedad, al carácter de bien meritario de la salud y a la medicina defensiva (Castaño, R., 1999).

Quevedo y Quevedo (Quevedo, E. y Quevedo, M., 2000, a), nos muestran como esa crisis tuvo impacto en el campo de la salud en Colombia, al darse el aumento de los costos de la atención médica tecnificada y organizada con niveles más altos de complejidad. Esto condujo a una mayor privatización y elitización de la atención médica. Así, el desarrollo tecnológico se realizó principalmente en la medicina privada, para aquellos con capacidad de pago. De otro lado el Estado, debió soportar la presión por una atención médica cada vez más costosa para las clases de menos recursos. De modo que la medicina privada fue cada vez más compleja pero cada vez con menos clientes y el Estado se «reventó» al no poder asumir la mayor demanda con garantía de nivel técnico-especializado. Entonces, la crisis de la salud, fue más evidente. Los pacientes sintiéndose mal tratados, comenzaron la búsqueda de alternativas menos costosas, aprovechando la proliferación en el país de opciones de medicina alternativa, y se empezó a generalizar una imagen de incapacidad estatal para cubrir la protección social en salud.

Luego vino la descentralización, obstaculizada por los escollos, no sólo técnicos sino también políticos, relacionados con las viejas prácticas clientelitas, con la simple y franca corrupción y el conflicto armado, cada vez más extendido. Así las cosas, el Sistema Nacional de Salud, lo único que hizo, fue legalizar y por esa vía, legitimar la inequidad acumulada en el terreno de la asistencia sanitaria, esto es, diferenciar la atención para ricos, sectores medios y para pobres. Los cálculos más optimistas sobre la cobertura del sistema a finales de los 80, hablaban del 40% en el subsector oficial, 18% en la seguridad social, 17% en la práctica privada, especialmente de prepago y 25% de la población totalmente desprotegida. Además de diferencias en cobertura, era claro que estos tres subsectores tenían diferencias en calidad, oportunidad y eficiencia, además de las reconocidas desigualdades geográficas en el acceso. (Ministerio de Salud, 1994, a).

En consecuencia, a pesar de que el Estado colombiano suscribió formalmente el pacto de derechos económicos, sociales y culturales, ratificándolo por la Ley 74 del 3 de enero de 1976, no puede decirse con rigor, que estos derechos entraron realmente en vigor en esa fecha. Básicamente las limitaciones históricas y estructurales, la dependencia y el mismo modelo económico lo hicieron imposible.

No olvidemos que la salud se vincula al desarrollo de otras áreas sociales. También, aspectos como la ecología y los derechos humanos, se relacionan con ésta. La posibilidad de ejercer las capacidades y expandir las libertades, redundan en el nivel social e individual de salud; y a su vez, las condiciones de salud inciden en el desarrollo y la libertad entendidos como posibilidades de vida (la vida que cada cual estima como valiosa para vivir).

2. Al hacer el balance de la reforma de la salud en Colombia, merecen resaltarse algunos aspectos. No se trató de una reforma neoliberal pura, en la medida que fue producto del acuerdo entre fuerzas políticas y sociales de diversa orientación y origen ideológico. Al lado de importantes elementos de libre mercado y reducción de la presencia estatal se encuentran articulados, elementos de solidaridad, subsidiaridad, concepción de la salud como derecho humano, mas propios de tradiciones socialistas y socialdemócratas. Esto ha sido resaltado como indicativo de la peculiaridad del modelo colombiano.

De otro lado es innegable el gran flujo de recursos que se han dirigido a la salud, mediante la estrategia de socialización del financiamiento. Sin embargo al observar la situación de morbi-mortalidad en el país, se destaca la coexistencia de enfermedades propias del subdesarrollo (con importante peso), con enfermedades propias del desarrollo. Esto es un reflejo más de la persistencia de una profunda brecha entre ricos y pobres.

También el impacto de la violencia en el sector salud es definitivo. Esta, principal obstáculo al desarrollo humano en Colombia, está relacionada con condiciones estructurales de inequidad, impunidad e intolerancia política y social de vieja data. (Franco, S., 1999), exacerbadas en los últimos veinte años por la extensión del conflicto armado, el fenómeno "narco" y los efectos de las políticas de ajuste propugnada por los organismos financieros multilaterales.

Hoy en día, es evidente que un gran porcentaje de población subsiste por fuera del aseguramiento en cualquiera de sus variantes o de la accesibilidad adecuada, sufriendo mayormente las consecuencias de la situación arriba anotada.

La universalidad en salud no ha sido posible, conservándose una odiosa fragmentación que reproduce las condiciones de inequidad referidas. También el pago de bolsillo ha adquirido mayor peso convirtiéndose en una barrera adicional para quienes tienen menor poder adquisitivo. Al examinar la equidad no basta con reseñar que un rico gasta siete veces más en salud que un pobre (OPS / OMS, 2000, c), sino también describir asuntos tales como, el aporte a las posibilidades de expansión de las capacidades, de uno u otro, por parte del sistema de salud.

Adicionalmente, la corrupción, el saqueo a los fondos sociales y públicos para satisfacer intereses particulares o clientelistas, no ha sido un fenómeno marginal en el desarrollo de la reforma. La discusión sobre la desviación de recursos en los procesos de intermediación,

la burocratización, el desbalance en los gastos de inversión y la preeminencia exagerada del lucro, son aspectos de extenso debate en la actualidad.

Todo esto hace pensar en ocasiones, que la reforma es otro eslabón de la cadena de las grandes transformaciones dentro de la continuidad, característica de la segunda mitad del siglo XX en Colombia (Palacios, M., 1995). Un país inequitativo, manejado por élites, donde hasta la justicia y la seguridad han terminado privatizándose.

3. En miras a superar una perspectiva biológica u organicista de la salud, conviene no olvidar su entrelazamiento con los valores que se dan en la sociedad, de tal forma que las enfermedades son constituyentes de la matriz cultural. Hay factores de orden económico, político y social que en cada momento histórico enmarcan la concepción sobre la salud y la enfermedad. Por esto se comprende mejor como un proceso social. Aquí, las diferentes ciencias, saberes y disciplinas dan cuenta de la vida humana, de la vida en sociedad y de las condiciones que la hacen posible.

En Colombia, la Ley 100 privilegia el enfoque curativo, se reduce a los aspectos relativos a los servicios de salud, olvidando otros aspectos determinantes arriba anotados. Así la efectividad de los servicios de salud es limitada; se gasta mucho con bajo impacto. En síntesis, la complejidad y las variadas relaciones del «producto» salud se tienden a dejar de lado, sobredimensionando la rentabilidad y la productividad económica, lo que permite la preponderancia de agentes basados en el lucro, el énfasis en el flujo de capitales, sin una significativa cualificación positiva de la salud de la sociedad como tal.

Cuando se entiende por atención en salud únicamente la eficacia del financiamiento traducida en el acceso eficaz y oportuno a los servicios respectivos, se pierde la visión integral del proceso salud enfermedad, el cual, no sobra insistir, es resultado de las condiciones biológicas, psicológicas, sociales, culturales, ambientales y de producción que rodean a los individuos. Además de la útil y necesaria provisión de servicios de atención, la salud depende, en forma determinante del entorno social y ecológico que circunscribe a las personas y a las comunidades. En una perspectiva más amplia, un concepto integral de justicia desborda el campo de la atención en salud, y lo conecta con otras necesidades básicas de la gente como la educación, el trabajo, la vivienda, la recreación, la nutrición, el abrigo y el medio ambiente sano, entre otros factores. Esto llama la atención sobre la improbabilidad de una aplicación aislada, autolimitada de la justicia en el sector salud, porque el tema se revela hacia un contenido más amplio y profundo, el de la justicia social y el respeto a la naturaleza.

4. Esto nos conduce a los nexos entre la justicia en la prestación de servicios en salud o Justicia Sanitaria y los Derechos Humanos, tal como se entienden hoy en día. Si se trata del reconocimiento de la dignidad humana, el derecho a la salud, resulta imprescindible, en su núcleo esencial, conjuntamente con los demás derechos humanos.

Desconocer esto, es negar lo que el trasegar histórico de la humanidad ha revelado como contenido incuestionable de la dignidad humana.

Ahora bien, el derecho a la salud presenta dimensiones múltiples, tanto desde las consideraciones éticas, como desde la perspectiva jurídico-constitucional. (Uprimny, R., 2003). Tal vez, lo esencial para una sociedad, está en definir los alcances y límites del derecho a la salud, apelando a procedimientos imparciales y transparentes que involucren el escrutinio y la deliberación democráticos. Al respecto los pronunciamientos (convenios y declaraciones) de la preceptiva internacional de los derechos humanos son una guía determinante, como también los avances jurisprudenciales que conectan el derecho a la salud con el derecho a la vida. Esto, sin detrimento del principio de igualdad como principio fundamental del ordenamiento jurídico y la moralidad de la sociedad.

En cuanto a la definición de la materialidad de la justicia, el espectro de teorías existentes para abordar la problemática inherente, corresponde tanto a los sistemas filosóficos como económicos y políticos contemporáneos. Esto es relevante, pero a la hora de resolver demandas y eventos concretos, situados en el escenario de los administradores, gestores y ejecutores en salud, las teorías son insuficientes. La relación entre los postulados teóricos y la labor cotidiana en el teatro de las operaciones y actividades de la atención en salud no se advierte, en muchos e importantes casos. Es decir no basta el conocimiento de las teorías para comprender, y lo que es más importante, transformar la realidad.

De otro lado, también son insuficientes las invocaciones a los conocimientos técnicos y operativos de la competencia administrativa, cuando se separan de las concepciones filosóficas, políticas y económicas que conforman el modelo de atención en salud a desarrollar. Esto privilegia un pragmatismo ciego, proclive a ignorar a los seres humanos como personas morales, mientras nos sumerge unilateralmente, en el mundo de las cifras, los procesos, las estadísticas y los resultados mensurables. Es decir, aunque revisten importancia los aspectos de costo efectividad, demanda precio, utilidad real y marginal, etc., en el llamado negocio de la salud, una visión que los convierta en categorías absolutas imperativas, seguramente favorecerá la comisión de injusticias con muchas personas. A propósito resulta que lo más importante puede ser establecer criterios claros, una base informativa suficiente, para la identificación de la injusticia, de aquello que se interpone en el despliegue de las capacidades de las personas, como condición de la expansión de las libertades y por ende, del desarrollo (Sen, A., 2000).

Sobre los principios de la Bioética, es equivocado, analizar aisladamente el principio de justicia. Sus nexos con los otros principios saltan a la vista. Es decir, ser justos, requiere ser no maleficientes, benéficos y a la vez respetar la autonomía. O acaso, ¿es posible ser justos violando la autonomía? Esta, es real cuando se tiene la capacidad de ejercerla. Y tal capacidad supone como requisito primario la salud. ¿Cómo pueden ser autónomas, en el amplio sentido de la palabra, personas o comunidades sometidas por la enfermedad y la

pobreza? ¿Qué tan maleficente o no beneficente es, quién es indiferente a esa situación? ¿Es esto justo? De modo que al igual, que sucede con los aspectos pilares de la justicia sanitaria, los principios de la Bioética juegan en red. Es improbable acertar en el análisis y construir una perspectiva posible de resolución de los problemas, desde la frontera aislada de un principio o incluso de los principios a secas. Conviene percatarse de la complejidad de causas y efectos (a su vez, efectos y causas) que configuran un asunto tan vital.

5. Ante la explosión de los costos en salud se hace necesario establecer racionamientos y priorizaciones. El debate democrático aquí, es ineludible frente a una posible imposición administrativa unilateral. No sobra insistir en que dichas acciones, deben ajustarse a las verdaderas necesidades asistenciales, ojalá establecidas consensualmente (Daniels, N., 1999, b).

El racionamiento conlleva la dificultad de cómo establecerlo y bajo qué principios y criterios. La "Catholic Health Association de EE.UU.» (Calderón, G., 1999), propone lo siguiente:

1. La necesidad del racionamiento de los recursos sanitarios ha de ser demostrable.
 2. El racionamiento ha de estar orientado al bien común.
 3. Un nivel básico de prestación sanitaria debe estar a disposición de todos.
 4. El racionamiento debe ser para todos.
 5. El racionamiento debe ser el resultado de un proceso abierto y en el que participen todos.
 6. La prestación sanitaria de las personas con desventajas, tiene una prioridad ética.
 7. El racionamiento debe estar libre de toda discriminación injusta.
 8. Los efectos sociales y económicos del racionamiento de prestación sanitaria deben ser sujetos a control.
6. La necesidad del racionamiento como parte de la salida a la crisis nos ubica directamente en la dinámica del mercado en salud. Oponerse al mercado, es lo mismo que oponerse a algo como la conversación, a la necesidad e impulso que tiene el ser humano de comunicarse. El mercado como tal se configura desde el ejercicio de las libertades fundamentales (Sen, A., 2000).

Sin embargo, el mercado en salud, es un mercado en el cual, las externalidades y las consecuentes posibilidades de desequilibrios son incuestionables. La incidencia de factores que alteran la soberanía del consumidor, la peculiaridad de la demanda, los sesgos y deflexiones de la oferta determinan injustas consecuencias, sobre todo para quienes tienen menos poder de agencia.

Esto adquiere mayor relevancia al considerar la salud como bien primario (Rawls, J., 1979, a), o meritorio (Dworkin, R., 1993), o como derecho humano fundamental, en el sentido del acceso, la oportunidad, la calidad, y la integralidad en la visión contemporánea.

En este orden de ideas, el Estado debe regular, dirigir y controlar los servicios en salud en el sentido de garantizar la equidad. Históricamente, esto ha sido posible, a través del diseño de sistemas de salud de tipo estatal, financiados por vía fiscal, desde fuentes discriminativas según ingreso o renta. El estado ha regulado el acceso, la oportunidad, la calidad y la integralidad, mediante el control de los costos del sistema de salud y la regulación de la demanda y la oferta, a través de mecanismos como por ejemplo las normas antimonopolio. Además, debe estimular la descentralización en salud, la participación de organizaciones tanto públicas como privadas, la generación de información para corregir las grandes asimetrías que se producen entre la oferta y la demanda y la promoción de la participación del usuario, otorgándole la mayor libertad en la elección de la prestación de los servicios.

7. La definición del derecho a la salud tropieza con la dificultad inherente a su multidimensionalidad. En Colombia, con los cambios recientes, principalmente tras el advenimiento de la Constitución de 1991, el debate al respecto ha estado signado por la tensión entre las necesidades, a veces vitales de las personas por un lado, y el afán de productividad y rentabilidad de las aseguradoras (EPSs y ARSs), de otro lado. Este debate se ha centrado en el núcleo esencial, los alcances y los límites del derecho a la salud.

La normatividad ha establecido los paquetes prestacionales, discriminando en su contenido y calidad entre beneficiarios del régimen contributivo y del régimen subsidiado, lo que ha motivado cuestionamientos serios desde el principio de igualdad. Sin embargo, frecuentemente los fallos de tutela, obligan a ampliar, en casos individuales el espectro prestacional, basados en la conexidad del derecho a la salud con el derecho a la vida, en circunstancias precisas y particulares que le dan carácter fundamental. Esto ha generado la respuesta institucional y empresarial, ante todo por el costo agregado. A su vez, se han señalado los problemas con el principio de igualdad, en la medida que resulta beneficiaria de la tutela del derecho, solo una persona (el demandante del recurso) frente al resto de la sociedad.

La virtud de una jurisprudencia enfocada en la protección del derecho a la salud como fundamental cuando hay conexidad con el derecho a la vida, enfrenta la realidad de los límites presupuestales y legales y el alcance jurídico individual, estrecho ante las expectativas de la colectividad. Aquí, es pertinente traer la visión de Uprimny (2003) sobre que doctrina constitucional concreta pudiese resolver dichos problemas. Destaca la doctrina sobre el derecho a la salud, elaborada por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (ECOSOC) en cuanto al carácter fundamental del derecho a la salud, expresado en la cobertura universal y la progresividad en las condiciones de acceso, oportunidad y calidad de los servicios médicos, en una perspectiva de discriminación positiva de las poblaciones más vulnerables. Tal doctrina, acepta la escasez de recursos al determinar la progresividad del derecho y establecer el límite definido de prestaciones. Eso sí, insistiendo en el rechazo a la discriminación y en la construcción del horizonte del logro gradual de la más plena realización del derecho. Uprimny piensa que esto permite considerar la salud como derecho

fundamental en sí mismo, no necesariamente ligado al derecho a la vida, admitiendo limitaciones, cuando la evidencia muestra la escasez de los recursos. Entonces propone entender el derecho a la salud como tutelable por sí mismo, sin perder de vista, la importancia de la conexidad con el derecho a la vida en casos concretos.

8. La globalización y su impacto sobre las políticas en salud no es un fenómeno reciente. Cierto es, que en los últimos treinta años se ha hecho más visible y determinante en la definición de modelos, pautas, estrategias y directrices en las diversas naciones.

El influjo internacional, principalmente de los Estados Unidos, fue notorio durante el siglo XX, en ramos como la organización del sistema de salud, sus objetivos, la financiación, la educación médica, etc., relacionado con intereses económicos y políticos de grandes compañías multinacionales.

El orden internacional propugnado a través de agrupaciones e instituciones multilaterales, llámense Servicio Cooperativo Interamericano, Fundación Rockefeller, Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial entre otras, ha dado curso a las pautas de acción en países como Colombia. No ha sido ajena la situación de subdesarrollo, con su reflejo en la salud pública, al estado de dependencia estructural de la nación.

En un orden mundial cada vez más globalizado, es injusto que alrededor de una cuarta parte de la población mundial tenga acceso a condiciones de vida digna, a costa de la sobrevivencia en medio de acentuadas dificultades materiales y espirituales, de las otras tres cuartas partes de la población. En el contexto geopolítico internacional, la agenda por la salud de los más vulnerables y de todos, concierne mayormente a aquellos países privilegiados, beneficiados durante siglos por circunstancias de inequidad y explotación frente otros países considerados subdesarrollados. Es decir, el subdesarrollo de la mayoría de países no surgió espontáneamente y mucho tiene que ver con el desarrollo de unos pocos países, ocho quizás que dominan el mundo. El buen nivel de salud de un ciudadano medio norteamericano, alemán o japonés no es ajeno a la miseria y la enfermedad de un ciudadano medio haitiano. Por tanto, ante la reiteración en el ajuste por los altos costos en salud, lo cual es cierto, los países del centro geopolítico mundial tienen una gran deuda por pagar, no exclusivamente en el terreno económico, sino en el humano y tecnológico.

BIBLIOGRAFÍA

- Abel, Christopher. (1996). *Ensayos de Historia de la Salud en Colombia*, Bogotá, CEREC- IEPRI, Universidad Nacional de Colombia.
- Ahumada, Consuelo. (1998). *Política Social y Reforma de Salud en Colombia*, Bogotá, Asamblea Nacional Constituyente, en Papel Político No. 7. pgs. 9 – 35.

- Ahumada, Consuelo. (1998). *Política Social y Reforma de Salud en Colombia, en Relaciones Internacionales Política y Salud: desafíos en la era de la globalización*. Bogotá, Ed. Universidad Javeriana.
- Ahumada, Consuelo. (2003). *La globalización y su impacto sobre la salud, en La salud Pública hoy. Enfoques y dilemas contemporáneos*. Bogotá, Memorias Cátedra Manuel Ancizar 1° semestre 2002. Universidad Nacional de Colombia. Ed. Saul Franco.
- Anderson, Perry. (2001). *Historia y lecciones del neoliberalismo*. Francoise Editores.
- Aristóteles, (1950). *Política*. Ed. Jackson Inc. Vol III.
- Aristóteles, (1950). *Ética*. Ed. Jackson Inc. Vol III.
- ASCOFAME, (Junio 7 a 10 de 1978). *Seminario, El Médico General una Respuesta al Futuro*. Bogotá, Auspicio MINSALUD, Patrocinio Fundación Kellogg y FEPAFEN.
- Banco Mundial, 1987. *El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.
- Bertalanffy, L. (1984). *Tendencias en la teoría general de sistemas*. Madrid, Ed. Alianza Universidad.
- Bertomeu, Maria Julia y Vidella, Graciela. (1996). Asistir o capacitar, en defensa de un derecho a la salud, en *Perspectivas Bioéticas en las Américas No. 1*. Ed. OPS.
- Bobbio, Norberto. (1993). *Igualdad y libertad*. Barcelona, Ed. Paidós Ibérica.
- Buchanan, James. (1975). *The limits of liberty*. Chicago. University of Chicago Press.
- Calderón, Germán. (1999). *La salud como derecho y la posibilidad de una ética de la distribución de los recursos sanitarios*. Bogotá. Seminario Internacional. Ministerio de salud. Ed. Ramón A. Castaño.
- Capra, Fritjof. (1995). *La Trama de la Vida*. Barcelona, Ed. Anagrama.
- Castaño, Ramón Abel. (1999). *Medicina, ética y reforma a la Salud*. Bogotá, Ed. Fundación Creer.
- CEPAL, (1994). *Balance Preliminar de la Economía de América Latina y el Caribe*.
- CEPAL, (1996) (ver pagina 130, estadísticas de pobreza)
- Céspedes, Juan. (2000). Efectos de la reforma de la seguridad social en salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y utilización de los servicios de salud. *Revista Salud Pública, Universidad Nacional*. Bogotá.
- Conill, Jesús. (1999). Adiós a Hipócrates, conflictos éticos de la medicina gestionada, *Revista Claves de la razón práctica*, No 98. Madrid. Ed. Fernando Savater.
- Constitución Política de Colombia. 1991.
- Cortina, Adela (1996). *Ética de la empresa*. Madrid, Ed. Trotta.
- Currie, Lauchlin. (1950). *Informe de la Misión del Banco Internacional de reconstrucción y Fomento*.
- Daniels, Norman. (1985). *Just health care*. Ed. Cambrigde University Press.

- Daniels, Norman. (1999). *Herramientas para orientar la distribución de recursos. En ética y reforma a la salud*. Bogotá. Seminario Internacional. Ministerio de salud. Ed. Ramón A. Castaño.
- Defensoría del Pueblo. (1992). *Derechos humanos y salud. En Memorias del I y II Simposios Nacionales de Derechos del Paciente*. Ed. Beatriz Londoño y Guido Mauricio Romero.
- Departamento Nacional de Planeación. (1972). *Las Cuatro estrategias*. Bogotá.
- Dworkin, Ronald. (1993). *Justice in the distribution of health care*. McGill. Law Journal.
- Echeverri López, María Esperanza. (2003). *La Situación de Salud en Colombia en La salud Pública hoy. Enfoques y dilemas contemporáneos*. Bogotá, Memorias Cátedra Manuel Ancizar 1º semestre 2002. Universidad Nacional de Colombia. Ed. Saul Franco.
- Engelhardt, Tristram . (1995). *Los fundamentos de la bioética*. Barcelona. Ed. Paidós.
- Escobar Triana, Jaime. (1999). *Ley 100 de Seguridad Social, en Bioética y justicia sanitaria*, Bogotá, Colección Bios y Ethos. Ed. El Bosque, Universidad El Bosque.
- Franco, Saúl. (1999). *El quinto, No Matar. Contextos explicativos de la violencia en Colombia*. Bogotá, Tercer Mundo Editores, IEPRI, UN.
- Friedman, David. (1973). *The machinery of freedom; guide to radical capitalism*. New York, Achington house in Rochele.
- Friedman, Milton y Friedman, Rose. (1980). *Libertad de elegir*. Barcelona, Ed. Grijalbo.
- García, Juan Cesar. (1994). *Pensamiento social en salud en América Latina*, México, OPS, Nueva editorial Interamericana Mc Graw Hill.
- Gaviria Díaz, Carlos. (2003). *El derecho a la salud en el derecho constitucional colombiano, en La salud Pública hoy. Enfoques y dilemas contemporáneos*. Bogotá, Memorias Cátedra Manuel Ancizar 1º semestre 2002. Universidad Nacional de Colombia. Ed. Saul Franco.
- Geertz, Clifford. (1997). *La interpretación de las culturas*. Barcelona, Ed Gedisa S.A.
- Gracia, Diego. (1998). *Profesión médica, investigación y justicia sanitaria, Ética y vida, No.4*, Bogotá, Editorial El Búho.
- Guzmán, María del Pilar y Quevedo, Emilio. (1999). La Cooperación Técnica Norteamericana en Salud Pública en Colombia durante la Segunda Guerra Mundial. *Revista Biomédica*, 9 (1), pgs. 5 – 17.
- Hayek, Friedrich August. (1944). *The road to serfdom*. Londres, Routledge.
- Hernández, Mario. (1995). *Introducción a la Historia de la Salud en Colombia*. Santafé de Bogotá, Primer Curso IST INS OPS.
- Hernández, Mario. (2003). *El debate sobre la Ley 100 de 1993: antes, durante y después, en La salud Pública hoy. Enfoques y dilemas contemporáneos*. Bogotá, Memorias Cátedra Manuel Ancizar 1º semestre 2002. Universidad Nacional de Colombia. Ed. Saul Franco.
- Hernández, Mario. (1992). *El derecho a la salud y la nueva constitución Política colombiana. Defensoría del Pueblo, Derechos Humanos y salud*. Bogotá, Memorias del I y II Simposios Nacionales de Derechos del Paciente. Recopilación y Edición, Beatriz Londoño Toro y Guido Mauricio Romero. Serie de Documentos 4.

- Hernández, Mario. (2003). *Neoliberalismo en salud: Desarrollos supuestos y alternativas, en La falacia Neoliberal, crítica y alternativas*. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, Ed. Darío Restrepo Botero.
- Hobbes, Thomas. (1983). *Leviathan*. Madrid, Ed. Sarpe.
- Hobsbawm, Eric. (2001). *Historia del Siglo XX*, Barcelona, Ed. Crítica.
- ISS, (1989). *Evolución Histórica del Seguro Social, 1949 – 1989*. Bogotá.
- Jaramillo, Iván. (1995). *El futuro de la salud en Colombia, la puesta en marcha de la Ley 100*. Bogotá, FESCOL, FES, F.R.B., Fundación Corona.
- Kant, Manuel. (1996). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. México, Ed Porrúa.
- Kant, Manuel. (1996). *La paz perpetua*. México, Ed Porrúa.
- Lalonde, Marc. (1974). *Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses*. Informe Lalonde.
- Laurel, Asa Cristina. (2000). La política en el contexto de las políticas sociales de salud, en *Revista Nueva Gaceta Año 1 No.1*.
- Leavell, H.R. y Clark E.G., (1953). *Test book of preventive medicine for the doctor and community*. New York, Toronto, London, Ed. Mc Graw Hill.
- Londoño, Juan Luis. (1999). *En Ley 100 de 1993: Reforma y crisis de la salud. Impacto de la reforma de la Seguridad Social en Salud sobre la medicina como profesión y como ciencia*. Bogotá, Ed. José Félix Patiño Restrepo.
- Londoño, Juan Luis. (2003). *Que sigue después de la ley 100? en La salud Pública hoy. Enfoques y dilemas contemporáneos*. Bogotá, Memorias Cátedra Manuel Ancizar 1º semestre 2002. Universidad Nacional de Colombia. Ed. Saul Franco.
- Londoño, Juan Luis, y Frenk Mora, Julio. (1997). Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. *Revista Salud y Gerencia, Universidad Javeriana*.
- López de la Roche, Fabio. (1993). *Tradiciones de Cultura Política en el siglo XX, en Modernidad y Sociedad Política en Colombia. FESCOL – IEPRI, Universidad Nacional*.
- Luker, Steven. (1984). *Emile Durkheim, su vida y su obra, Estudio Histórico crítico*. Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas, Ed. Siglo XXI.
- Mc Mahon, Pughs B., y otros. (1975). *Principios y métodos de Epidemiología*, México, Ed. La prensa médica mexicana.
- Mejía Quintana, Oscar. (2003). La concepción Neoliberal de la justicia en *La falacia Neoliberal, crítica y alternativas*. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, Ed. Darío Restrepo Botero.
- Ministerio de Salud, (1994). *La reforma a la seguridad Social en Salud. Antecedentes y Resultados*. Bogotá.
- Ministerio de Salud, 1990. *Estudio Sectorial de Salud*. Bogotá.

- Molina, Carlos Gerardo. (Nov. 1993). El Gasto Público en Salud y distribución de subsidios en Colombia. *Revista FEDESARROLLO*.
- Múnera Ruiz, Leopoldo. (2003). *Estado política y democracia en el neoliberalismo. La falacia Neoliberal, crítica y alternativas*. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, Ed. Darío Restrepo Botero.
- Nino, Carlos S., (1984). *Ética y Derechos Humanos*. Buenos Aires, Ed. Paidós.
- Nozick, Robert. (1988). *Anarquía, estado y utopía*. México, Fondo de cultura económica.
- ONU, (1966). *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*. Adoptado, abierto a la firma, ratificación y adhesión en su Resolución 2200 de 16 dic. 1966.
- ONU, (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Adoptado, abierto a la firma, ratificación y adhesión en su Resolución 2200 de 16 dic. 1966.
- OPS/ OMS. (1964). *Reunión de ministros de salud. Grupo de estudio*. Washington D.C., Abril 15 a 20, 1963. Washington. Documento Oficial No. 51.
- OPS / OMS. (1973). *Plan Decenal de Salud de las Américas. Informe final de la 3° Reunión de Ministros de Salud de las Américas*. Santiago de Chile, 2 - 9 de octubre de 1972. Washington, OPS /OMS Documento oficial No. 118.
- OPS / OMS. (2000). *Informe Sobre Equidad Financiera*.
- Palacios, Marco. (1955). *Entre la legitimidad y la violencia, Colombia 1875 - 1994*. Bogotá, Ed. Norma S.A.
- Papacchini, Angelo. (1997). *Filosofía y derechos humanos*. Santiago de Cali, Ed. Universidad del Valle.
- Paredes Hernández, Natalia. (2003). *La garantía del derecho a la salud en Colombia a la luz del derecho internacional de los derechos humanos, en La salud Pública hoy. Enfoques y dilemas contemporáneos*. Bogotá, Memorias Cátedra Manuel Ancizar 1° semestre 2002. Universidad Nacional de Colombia. Ed. Saul Franco.
- Patiño, José Félix. (1999). *Ley 100 de 1993: Reforma y crisis de la salud. Impacto de la reforma de la Seguridad Social en Salud sobre la medicina como profesión y como ciencia*. Bogotá, Ed. José Félix Patiño Restrepo.
- President's commission for the study of ethical problems in medicine and biomedical and behavior research. (1981). Washington, USA. Government Printing Office.
- Prigogine Ilya y Stengers Isabelle. (1984). *Order out of chaos*. Nueva York, Ed. Bantam.
- Quevedo, Emilio y Quevedo, María Cristina. (2000). *El tránsito desde la Higiene hacia la salud pública en Colombia, 1873 - 1953, Hacia una perspectiva cooperativa latinoamericana*. Bogotá, INS - UN - COLCIENCIAS.
- Quevedo, E., Hernández M., Miranda M. y otros. (1990). *Estudio Sectorial de Salud. La salud en Colombia. Análisis socio histórico*. Bogotá, MINSALUD, Departamento Nacional de Planeación.

- Randall, S. (1992). *Aliados y Distantes. Historia de las relaciones internacionales entre Colombia y Estados Unidos: Desde la independencia hasta la guerra contra las drogas*. Santafé de Bogotá, Tercer Mundo Editores, CEI.
- Rawls, John. (1979). *Teoría de la justicia*. México, FCE..
- Rawls, John. (1993). *Political liberalism*. Nueva York, Columbia University Press.
- Redondo, G. y Guzmán F. (1999). *La reforma de la salud y la seguridad social en Colombia*. Bogotá, Biblioteca Jurídica DIKE.
- Restrepo Botero, Darío. (2003). *De la falacia neoliberal a la nueva política*. en *La Falacia Neoliberal*. Bogotá, Ed. UN.
- Rodríguez del Poso, Pablo. (1999). Qué es eso de la justicia sanitaria. *Revista Bioética y justicia sanitaria*. Bogotá, Colección Bios y Ethos, Ed. El Bosque Universidad El Bosque.
- Rodríguez del Poso Pablo. (1998). *Bioética y asignación de recursos en salud (Justicia sanitaria y libre mercado, un binomio posible)*. Bogotá, XLVII Jornadas Fundación Lucas Sierra.
- Santana, Pedro. (1993). *Modernidad y Democracia*. En *Modernidad y Sociedad Política en Colombia*. Bogotá, FESCOL – IEPRI, U.N.
- Sen, Amartya. (2000). *Desarrollo y Libertad*. Bogotá, Ed. Planeta Colombiana.
- Smith, Adam. (1977). *Investigación sobre la naturaleza y causa de la riqueza de las naciones*. México, Publicaciones Cruz.
- Smith, Adam. (2000). *The theory of moral sentiments*. Nueva York, Prometheus books.
- Sorinan, Guy. (1991). *Los verdaderos pensadores de nuestro tiempo*. Bogotá, Ed. Seix Barral, pgs. 188-189.
- Spencer, Herbert. (1977), *Las culpas de los legisladores*. España, Ed. Jucar.
- Uprimny Yepes, Rodrigo. (2003). *El derecho a la salud en la jurisprudencia constitucional Colombiana*, en *La salud Pública hoy. Enfoques y dilemas contemporáneos*. Bogotá, Memorias Cátedra Manuel Ancizar 1º semestre 2002. Universidad Nacional de Colombia. Ed. Saul Franco.
- Vasco, Alberto. (1988). *Estado, Salud y enfermedad en Colombia*. Universidad de Antioquia.
- Vásquez Carrizosa, Alfredo. (1992). *Historia Crítica del Frente Nacional*. Santafé de Bogotá, Ed. Foro Nacional por Colombia.
- Vega, Román. (2003). *Dilemas éticos contemporáneos en salud: el caso colombiano desde la perspectiva de la justicia social*, en *La salud Pública hoy. Enfoques y dilemas contemporáneos*. Bogotá, Memorias Cátedra Manuel Ancizar 1º semestre 2002. Universidad Nacional de Colombia. Ed. Saul Franco.
- Von Mises, Ludwig. (1996). *Sobre el liberalismo y capitalismo*. Barcelona, Folio.