

Bioética

Bioética, Justicia y Salud

Jaime Escobar Triana

Carlos Vladimir Zambrano



Carlos E. Rodríguez

Cristian Galvis

Gladys León



UNIVERSIDAD
EL BOSQUE

DEPARTAMENTO DE BIOÉTICA

25 COLECCIÓN
BÍOS Y ETHOS

Bioética, Justicia y Salud

COLECCIÓN
BÍOS Y ETHOS

**Jaime Escobar Triana, Carlos Vladimir Zambrano,
Carlos E. Rodríguez, Cristian Galvis,
Gladys León**

Bioética, Justicia y Salud

25

COLECCIÓN BÍOS Y ETHOS

EDICIONES EL BOSQUE

En este volumen de la Colección *Bíos y Ethos* (No. 25): **BIOÉTICA, JUSTICIA Y SALUD**, presentamos algunas de las más destacadas investigaciones y trabajos de grado, que fueron objeto de discusión en los seminarios de la Maestría en Bioética de la Universidad El Bosque, dentro de las líneas de investigación: "Justicia en Salud" y "Bioética Médica", grupo "Bioética y Ciencias de la Vida". La publicación de este libro fue financiada por la Universidad El Bosque.

1a. Edición, Agosto 2006

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los "copyright", bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares mediante alquiler o préstamo públicos.

© 2006

Universidad El Bosque de todas las Ediciones.

De cada capítulo su autor.

Del dibujo sus autoras.

Transv. 9A Bis No. 133-25

Tels. 627 9074 - 625 2036

PBX: 633 13 68 • Fax: 625 2030

E-mail: unbosque@colomsat.net.co

<http://www.unbosque.edu.co>

Bogotá, D.C., Colombia

ISBN: 958-96186-1-8 (Obra Completa)

ISBN: 958-8077-80-X (Volumen 25)

Asesor Editorial: Antonio J. Sánchez M.

Dibujo carátula: Dibujo (2003). Carbón y tiza blanca sobre papel.

Zuly Sotelo (1983) sotelozully@hotmail.com y

Omayra Alvarado (1981) olam73@yahoo.com

Egresadas Programa Artes Plásticas. Facultad de Artes de la Universidad El Bosque.

Diseño Carátula: Ricardo Correa S. Departamento de Tecnología.

Diagramación e Impresión:

Editorial Kimpres Ltda.

PBX: 413 6884 • Fax: 290 7539

Bogotá, D.C., Colombia

Agosto 2006

Tabla de Contenido

Presentación	9
<i>Jaime Escobar Triana</i>	
Bioética, justicia sanitaria y diversidad cultural	13
<i>Carlos Vladimir Zambrano</i>	
Aportes a la evaluación de la reforma de salud en Colombia	41
<i>Carlos Edgar Rodríguez H.</i>	
La justicia sanitaria en Colombia, un proyecto inconcluso	123
<i>Cristian Galvis Sánchez</i>	
Los avances en la genética, un reto frente a la bioética	193
<i>Gladys León Salcedo</i>	

PRESENTACIÓN

Sin duda, una de las grandes preocupaciones, motivo de discusión en bioética, está relacionada con la distribución adecuada y equitativa de los recursos para lograr el acceso a los servicios de salud de toda la población colombiana. Se ocupa de esto el principio de justicia que se escapa del campo meramente clínico de la bioética hospitalaria y se expande a la economía, la política y las situaciones sociales que afectan a las comunidades que constituyen el país.

En este volumen de la Colección Bios y Ethos (No. 25): *BIOÉTICA, JUSTICIA Y SALUD*, presentamos algunas de las más destacadas investigaciones y trabajos de grado, que fueron objeto de discusión en los seminarios de la Maestría en Bioética de la Universidad El Bosque, dentro de las líneas de investigación: "Justicia en Salud" y "Bioética Médica". Pretendemos con ello contribuir de alguna manera al estudio de la ley 100 y de las inequidades de su aplicación en el país, que son objeto de constante preocupación, tanto de los profesionales de la salud como de los usuarios, así como de insatisfacción creciente para todos los involucrados.

Los intentos de reformas y ajustes han tropezado con resistencia de los sectores económicos y de seguros que ven, de manera sesgada en beneficio propio, la "economía de la salud," mientras soslayan principios universales de la seguridad social como son la universalidad, la equidad, la igualdad y la solidaridad. A veces, estos se mencionan en la ley, pero están lejos de la realidad y del contexto social colombiano. De otra parte, en el empeño de hacer funcionar el propuesto sistema en forma contraevidente de esa realidad, se han intentado y vanamente alcanzado los ajustes que se pretenden. Así, es tal la complejidad y la maraña de normas contradictorias que se ha caído en el "encarnizamiento jurídico".

Carlos Vladimir Zambrano introduce el tema con un capítulo denominado *Bioética, Justicia Sanitaria y Diversidad Cultural*, en donde relaciona a la bioética y a la justicia sanitaria con la diversidad cultural, en un intento de aproximación al tema de reconocimiento de las diferencias culturales en la formulación de las políticas públicas que tienen que ver con la salud y el bienestar de los ciudadanos, bien sea como individuos, o bien con los colectivos. Parte del supuesto de que "dicho reconocimiento hará más justa la justicia, más saludable la salud, más sana la sanidad". Es un ejercicio que pretende alimentar el debate de la inclusión de lo cultural en los estudios de la bioética.

Carlos Edgar Rodríguez, experto estudioso de la ley 100, en su escrito Aportes a la evolución de la reforma de la salud en Colombia hace un agudo análisis desde la bioética al sistema originado por dicha ley. Parte del supuesto derecho a la atención de la salud consagrado en la Constitución del 91, indaga sobre la insatisfactoria aplicabilidad de la norma y la ubica en un conflicto sobre el desconocimiento de los criterios reales que pretenden ser cubiertos por el sistema y las contradicciones entre la deontología y la teleología, en busca de la convergencia de ambas en una lógica racionalidad.

Como un proyecto inconcluso señala Cristian Galvis la justicia sanitaria en Colombia. Dentro la sociedad de mercado deben tenerse en cuenta las implicaciones económicas, administrativas y la organización y canalización de todos los recursos: humanos, financieros, políticos y gerenciales, con miras a satisfacer de manera racional y genuina las demandas de salud de la población. Es necesaria, además, en la toma de decisiones, la aproximación de orden ético y filosófico para esclarecer principios y pautas sobre las prioridades del servicio de salud, relacionados con los fines de la medicina.

Hace un recuento histórico del papel del Estado Colombiano desde la época colonial, pasa por las diferentes etapas en lo relacionado con la atención de la salud: el estado de bienestar, la Década perdida, el neoliberalismo y sus implicaciones para la economía y la producción y su implementación en Latinoamérica y, en Colombia, a través de la promulgación de la ley 100. En su escrito, Galvis busca comprender el principio de justicia a partir de una posición igualitaria y otra libertaria y relaciona las dos con la justicia, la libertad, la igualdad y el bienestar común. Se apoya para la reflexión filosófica en las teorías de justicia de Rawls, A. Sen y Aristóteles y, finalmente, destaca el derecho a la salud como uno de los derechos humanos.

En los avances en la genética, un reto frente a la bioética, Gladys León Salcedo expresa sus reflexiones acerca de la importancia que para la salud proporciona la secuencia específica de las bases en la molécula de ADN. La aplicación de estos conocimientos, además de ayudar a resolver problemas de carácter industrial, agrícola y ganadero, son impactantes en cuanto a lo relacionado con la medicina humana, la veterinaria, la farmacia, las aplicaciones que se centran en la lucha contra la enfermedad humana y animal, y la síntesis de las moléculas con fines terapéuticos para obtener logros que se espera superen a los hasta ahora aportados por la investigación científica en ese campo.

De otra parte, anota que también estos conocimientos pueden emplearse discriminadamente, como el uso indebido de la información genética y la investigación sin el cumplimiento de los requisitos previstos por las legislaciones para la protección de los derechos y el bienestar de los seres humanos y el ecosistema.

Indudablemente, se incorporarían más elementos terapéuticos que deben brindar los sistemas de salud a la totalidad de la población, respetando los derechos humanos, las libertades

fundamentales y la dignidad humana individual y de grupos de individuos colectivamente. En todos estos aspectos la bioética tiene un papel que trasciende todas las fronteras en la búsqueda universal de libertad, justicia, equidad y solidaridad que deben inspirar a los estados en las propuestas de leyes y regulaciones.

Anota que el debate bioético se da en un ámbito complejo frente a diferentes concepciones del mundo y del sentido de la vida, con profundo respeto a la libertad de conciencia, a las diferentes creencias religiosas, a la autonomía y a la pluralidad, elementos que deben tenerse en cuenta en los sistemas de salud.

Jaime Escobar Triana, M.D.
Rector Universidad El Bosque
Bogotá, agosto de 2006

BIOÉTICA, JUSTICIA SANITARIA Y DIVERSIDAD CULTURAL¹

Carlos Vladimir Zambrano²

INTRODUCCIÓN

En este capítulo se relacionará a la bioética y a la justicia sanitaria con la diversidad cultural, en un intento de aproximación al tema del reconocimiento de las diferencias culturales en la formulación de las políticas públicas que tienen que ver con la salud y el bienestar de los ciudadanos, bien sea como individuos, o bien como colectivos. Se parte del supuesto de que dicho reconocimiento hará más justa la justicia, más saludable la salud, más sana la sanidad. De la misma manera, es un ejercicio que pretende alimentar el debate de la inclusión de lo cultural en los estudios de la bioética; en este caso, se parte del supuesto de que tal inclusión hará más bioética a la bioética, más ética la moral, más moral la ética, y que acercará más la bioética a las realidades humanas, a sus diversidades, y a sus entornos. En general, este artículo aspira presentar una perspectiva sobre las potencialidades teóricas y prácticas de las dimensiones culturales en la bioética; y, en particular, ensayar acerca de la relación empírica entre bioética, cultura y salud.

No se dejará de lado el problema del descentramiento cognitivo de la bioética, consistente en el paso de las preocupaciones deontológicas de la profesión médica al mundo de las tareas de la sanidad pública, es decir, el paso de los ámbitos de la salud del paciente a los de las políticas sanitarias del Estado, en los que las lógicas de reflexión y de actuación bioética anuncian si no un giro, su probabilidad (no obstante lo normal que resulta ver a

¹ Este trabajo es resultado de la investigación llevada a cabo en el marco del Seminario "Tecnología, Sociedad y Cultura", del doctorado en Bioética, Universidad El Bosque. El autor agradece la invitación del Doctor, Jaime Escobar Triana, M.D., M.Sc, a participar en la investigación, discusión con los pares académicos del doctorado, y la publicación de los resultados.

² Profesor de la Universidad Nacional de Colombia. Doctor en Antropología Social, magíster en Ciencia Política. Ha sido profesor del Doctorado en Bioética de la Universidad El Bosque.

los médicos desenvolverse en el campo de la salud pública). Y, tal giro —de producirse— sería un asunto de gran calado, el cual es imposible abordarlo de manera simple; tal giro afectaría el derrotero epistemológico de la bioética y su agenda académica e institucional. No es un mero agregado temático natural en la agenda (como hasta ahora ha sido); en los términos de Kuhn, se trataría de un desarrollo en profundidad de la bioética, mas no en extensión, y tendría visos paradigmáticos (cfr. Kuhn 1990).

La aproximación que aquí se presenta (tanto para los términos salud y sanidad, como para la relación bioética-cultura-salud) se desarrolla —en última instancia desde la agenda Potteriana, con ello el arquetipo bioético se preserva. Abordará —en forma implícita— las cuestiones relativas a lo científico, interdisciplinario, pluralista, biológico, humanista, ético y ambiental, cuya finalidad sea la sobrevivencia —saludable— de la especie humana y sus entornos (Cfr. Potter 1971: XIX). Es preciso indicar que —de ser posible— la inclusión de la diferencia cultural en la bioética potteriana se renovaría el sentido de la bioética global en varios campos (vr. gr. investigación, cuidado y terapéutica; o, genética, nutrición y biopolítica; o, ciencia, técnica y cultura; etc.). En el ámbito académico, el primero de ellos sería el que conecta la bioética, la filosofía moral y la inexplorada antropología cultural; lo moral tiene muchos puntos en común con lo cultural; moral y cultura se ocupan de los comportamientos humanos colectivos, de las costumbres y, éstas se conectan con las éticas de finalidad y motivación, que son dos de los caminos para la preservación de la vida humana con calidad de vida.

La diversidad es el modo natural si se quiere estructural, de organización cultural de la humanidad según las costumbres, tradiciones, morales y cosmovisiones. La constatación de la diversidad cultural y el reconocimiento de la diferencia cultural son los dos grandes eslabones que permiten asir a la antropología cultural con la bioética. Es, gracias a la diversidad de tales concepciones, costumbres y comportamientos frente a la vida que emerge la problemática bioética. Los retos de la bioética dependen del encuentro —conflictivo o no, pero siempre diferenciado— de la pluralidad de configuraciones sociales, culturales y políticas concretas que demandan ser atendidas según las particulares lógicas de entender racionalmente lo bueno y lo malo de sus acciones, instituciones, cosmovisiones y símbolos frente a la vida saludable y sana.

Las reivindicaciones por el reconocimiento de la diversidad cultural, es decir, las luchas colectivas en general (no sólo étnicas, raciales, nacionales o indigenistas) por el derecho a ser diferentes, a vivir según los usos y costumbres propios y soberanos, es otra forma de plantear la cuestión de la igualdad, la libertad y la fraternidad, si creemos que tales principios siguen marcando el escenario de lo justo, tanto para individuos como para colectivos. La aproximación a la idea de que se puede ser libre, fraterno e igual, siendo diferente cultural o moralmente, es porque —justamente— esa diferencia es el *mor* fundamental de los seres humanos, su inacabada diversidad y su permanente diferenciación, por lo cual el *desideratum* ético es el de encontrar la comunicación, el diálogo, la convergencia entre lo distinto y lo diferente, con la finalidad de diferenciarse de otros.

Por ese camino es por donde se podría encontrar la explicación filosófica y política de la diferencia entre lo multicultural y lo intercultural, y el porque de los debates bizantinos en que se han enredado, siguiendo el viejo camino de las éticas de la finalidad y las éticas de la motivación. No obstante, en la perspectiva de la bioética intercultural en la que se trabaja³, es preciso atender el hecho en virtud del cual se sabe que las decisiones son interculturales, pues ellas se toman en contextos en los que un mismo asunto puede tener distintas significaciones en conflicto, las cuales proceden de la extracción cultural, del capital cultural, o de la diferencia cultural de los individuos.

El presente artículo se aborda desde uno de los mitos más universales de origen de la medicina (no el único), a partir de él se esbozan los ejes conceptuales que queremos desarrollar para debatir sobre la bioética y la justicia sanitaria en relación con la diversidad cultural: la salud y la sanidad, lo individual y lo colectivo, lo privado y lo público, la moral y la cultura, y lo teórico y lo práctico. Se organiza en dos capítulos; ambos, son lecturas de nuestro tema central, o sea la bioética, la justicia sanitaria y la diversidad cultural. El primero, Ciencia, justicia y cultura sanitaria en la mítica médica; el segundo, éticas, justicia y derechos. En ciencia, justicia y cultura sanitaria se pensó que puede ser tratada abordando el cambio del paradigma clínico, promoviendo el estudio de los conceptos de salud y sanidad, y la realidad de la justicia sanitaria. En éticas, justicia y derechos se aborda el derecho a la salud, y se hace la paráfrasis a la Justicia Sanitaria desde la diferencia cultural.

1. CIENCIA, JUSTICIA Y CULTURA SANITARIA EN LA MÍTICA MÉDICA

Bioética, justicia sanitaria y diversidad cultural son los ejes de este trabajo; cada uno de ellos está representado por las ideas de conocimiento, convivencia y diferencias (de cualquier orden humano que puedan proyectarse a lo colectivo, que impliquen o evoquen comportamientos diferentes (vr. gr. Quirón –de quien se hablará a renglón seguido- se proyecta en la cultura de los centauros, que son distintos de los humanos). Conocimiento, convivencia y diferencia, están asociados a la ciencia, la justicia y la cultura, que no son otra cosa que acercamientos progresivos a la Bioética, la Justicia Sanitaria y la diversidad cultural.

³ Al "avanzar en la consolidación de una perspectiva pluralista estructural de la bioética colombiana... (se)... quiere estimular... la relación entre éticas y culturas... (a partir)... de las concepciones sobre la vida de los individuos... (tal relación)... se ha entendido como la proyección intercultural de la Bioética... Toda observación, análisis y decisión bioética singular debe contener el tamiz de la diversidad cultural; es decir... debe tener en cuenta a las bioéticas, a los desarrollos humanos y a las culturas (todo en plural) en que se inscriben las diversas prácticas conducentes al progreso de los seres humanos, técnica y moralmente hablando." El Doctorado en Bioética de la Universidad del Bosque ha publicado, del autor de este trabajo y sobre el tema, el artículo "Bioética en la transición cultural", en la colección Bios y Ethos (2006), del cual ha sido extractada esta cita.

Quirón, el maestro de Esculapio⁴, era mitad bestia, mitad humano; medio salvaje, medio civilizado. Era, lo que antropológicamente es un otro, un ser de la diversidad, un diferente. A pesar de ello hablaba griego y tenía buen roce social según se desprende de su amistad personal con Apolo, padre de Esculapio. Quirón le dio a conocer a Esculapio todos los elementos de que se componen los medicamentos, convirtiéndolo finalmente en un experto en ellos. Por ello la mitología descubre a Esculapio como el dios de la medicina. Las investigaciones etnobotánicas tienen el mismo comportamiento arquetípico del mito: ir donde tegüas y chamanes para conocer desde lo salvaje lo que el civilizado desconoce; “pregunten a los indios cuales son las pócimas y mezclas que usan, que detrás de ellas pueden obtener una patente millonaria”. Tal descubrimiento se publicitará en los medios de comunicación como el hallazgo del eslabón perdido de la farmacopea universal y la clave definitiva para la anhelada salud eterna de la humanidad, lo que en realidad es tan solo una proteína para las cuentas bancarias del laboratorio farmacéutico⁵. Con dificultad tal hallazgo llegará a la humanidad o, en el peor de los casos, llegará al modo que se vió en la película *El jardinero fiel*.

Hygieia, la diosa de la salud, la dicha y el bien público, fue hija de Esculapio, al igual que Telesforo, el genio de la convalecencia, es decir, de la prudencia de los enfermos. De ella recibe el nombre una ciencia médica: la higiene. La higiene es la ciencia de la salud y su conservación; vale decir, la ciencia del cuidado de la salud. No lo es, se diría, del cuidado de la enfermedad, tampoco de la vigilancia de la sanación. Cuidar la salud (mantener el bienestar), sería el antónimo de cuidar la enfermedad (controlar cuando es imposible erradicar).

El mito nos ayuda a revelar un punto de discusión fundamental: Esculapio, sana la enfermedad; Hygieia cuida la salud. Esculapio es el poder de sanar, Hygieia es la justa salud, o sea la salud cuidada, la salud emancipada de la enfermedad, protegida de su virtualidad. Tal estructura es bastante arcaica y difundida: los coregüajes y los ingas del Putumayo han desarrollado unos conocimientos bastante especializados sobre la salud y la sanidad (diferentes entre ellos mismos), en la que sus dioses masculinos tienen el poder de curar, los femeninos tienen la capacidad de cuidar.

Aunque Esculapio era hijo de un dios, su sabiduría era “vulgar” y exótica, provenía de un Centauro, que se diferenciaba de los otros centauros por su afabilidad y prudencia:

⁴ También llamado Asclepio. Aquí se utilizará el nombre de Esculapio (N. del A).

⁵ “Una nueva folk-medicina ha surgido, rivalizando con aquella de los antiguos médicos brujos. La tecnología médica... es tan compleja y mitificada como la tecnología espacial. El paciente ha sido educado mediante todas las noticias sobre las “hazañas espaciales” de la medicina –transplantes de corazón, diálisis renal, medicamentos genéticos, terapia nuclear- para esperar algún milagro en su propio caso... y, los milagros, por su propia naturaleza no son ni explicables ni entendibles” (Rodríguez 2001:209).

Quirón, quien era un conocedor de la medicina, tanto por sus sapiencias, experiencias y técnicas, como por sus cualidades: la afabilidad de la higiene, y la prudencia del médico. La relación entre Esculapio y Quirón es la metáfora del diálogo de saberes, con un anacronismo diríase que, como ya se insinuó en un párrafo anterior, sus conocimientos provenían de cierta antropología médica y de cierta etnobotánica. Por Quirón la medicina está representada en el Zodiaco en la constelación de Sagitario, promovida a ocupar ese lugar celestial por Zeus.

Varias conjeturas y preguntas morales o culturales se desprenden del relato mítico. Si Quirón, aunque haya sido hijo de Cronos y favorecido de Zeus, es socialmente distinto de ellos... no vivía en el Olimpo como los dioses, sino en el monte Pelión, eso sí, como un centauro con clase (no olvidar que todas las sociedades, hasta las más primitivas o distantes culturalmente, tienen sus jerarquías sociales y políticas); si Quirón tenía otras costumbres y otros ritos, es decir, otra cultura y otra moral diferente a la de los griegos, se sabe que esos ritos y sus secretos los aprendió de él Dionisos (por eso Quirón puede ser pensado, además, como un "civilizador" que enseñó su cultura médica -moral, científica y técnica- a los griegos); y, si biológicamente Quirón era un otro diferenciado físicamente, pues era un medio humano (mitad animal), se diría que era -geno y fenotípicamente- un no miembro de la especie humana; entonces: ¿qué hace que seres tan diversos social, cultural y biológicamente puedan comunicarse?; ¿cómo puede mezclarse lo distinto, lo diferente?; ¿la relación entre Quirón y Esculapio es en realidad un diálogo de saberes?; ¿el género puede explicar la diferencia entre salud y sanidad y a partir de allí impulsar políticas para mejorar bioéticamente la salud?; ¿si salud y sanidad son conceptos asociados a la medicina -con antigüedad mítica- qué es lo que habría que repensar de ellos?; ¿se tiene clara la diferencia entre salud y sanidad cuando se piensan desde lo público y colectivo, no desde lo clínico y lo particular?; ¿tendrá efectos esa reflexión en la salud pública, en la justicia sanitaria, en la orientación bioética, en el puente entre culturas técnicas y humanistas?; ¿tendrá efectos esa reflexión para el reconocimiento de la diversidad de concepciones médicas y terapéuticas que buscan la autonomía, la igualdad, la justicia y la libertad cultural?

La mítica permite inferir dichas preguntas, de la misma manera que pensar la condición colectiva e individual, y lo público y lo privado, como diferenciador de los conceptos de salud y sanidad; pensados desde la enfermedad (lo malo), o bien, pensadas desde la sanidad (lo bueno), o bien, pensadas desde la diversidad cultural que promete distintos modos de ser saludable, de mantener la salud, de tener bienestar y calidad de vida, para la sobrevivencia y reproducción de la especies biológicas y no biológicas (podríamos llamar culturales) en el planeta. Esculapio nace del vientre de su madre asesinada por infidelidad a su marido-dios Apolo, y es entregado a Quirón de modo secreto, privado e individual; de la misma forma que es educado en privado, para medicar exclusivamente. Hygieia no puede ser entendida sin su padre, su efigie que se encontraba en la columna *salutatoris* del Quirinal tiene una serpiente en su brazo derecho al igual que Esculapio. Iconográficamente es la versión femenina de todo lo que significa Esculapio, porque ambos tienen la serpiente en

su brazo, la pócima en su mano, y el traje vestido de la misma manera⁶ en suma es la versión femenina de lo médico, es gregaria, colectiva, asociada a otros –diríase– pública.

Finalmente, de la arquitectura mítica de Esculapio, extractamos la reflexión de los límites que la religión impone a los científicos, cuando los científicos conocen de los poderes de los dioses. Vale decir, cuando el poder de crear o de curar de los dioses es descubierto, no se iguala el descubridor a los dioses, sino que el poder de los dioses desaparece, y con el su existencia misma en cuanto a dios. Por eso, Zeus mata a Esculapio cuando éste resucita a Heráclito. Un descubrimiento puede acabar con la creencia que dismantela, o con la vida de quien descubre. La medicina ‘creencial’ de los templos de Esculapio –escribe Velayos– concibe la enfermedad como un acto punitivo de los dioses. Pero Esculapio puede vencer el mal con ayuda de sus sacerdotes, llamados asclepiádes. En sus templos, los enfermos solicitan al dios la cura de su enfermedad y éste propone en boca de sus sacerdotes el remedio. No obstante, Esculapio fue tan osado en su pretensión de sanar a todos los enfermos, incluso a los que por naturaleza debían morir, que hubo protestas desde el Hades y fue fulminado por el rayo de Zeus. “Después de todo, los dioses no pueden romper con las normas de una naturaleza (*physis*), tan divina como ellos mismos. Ese es el ciclo de la vida y de la muerte que Asclepio pareció transgredir en una imperdonable manifestación de *hybris*... En efecto, la *physis* marca los límites férreos de la conducta humana, y hasta divina, impidiendo que su dinámica perezca con la abolición de la muerte en los hombres” (Velayos, en García 2005:53).

1.1. Salud y sanidad

Sanar convoca el poder individual del médico sobre el paciente, dispone al enfermo a obedecer pacientemente –nada ha cambiado en esa relación a pesar del conocimiento informado; parece que todo médico lo tramitará de mala gana-. Ser paciente, es eso, aguantar; someterse al otro sin deliberación, acto religioso que está investido de un terrible poder. No es gratuito que Platón (filósofo) y Averroes (médico y filósofo), usen metafóricamente los términos terapéutica, paciente y médico, para hablar de la política, del pueblo y del soberano. El pueblo (paciente) debe decir siempre la verdad para que el soberano (médico) le resuelva mediante políticas sus problemas (terapéutica); el paciente (pueblo) debe ‘pacientemente’ entender que el médico (soberano) le diagnosticará un mal y procederá a medicarlo (política). La diagnosis puede el médico ocultarla –incluso mentir, escribía Averroes– por conveniencia para la salud del paciente (secreto que se preserva intacto porque lo que han hecho los médicos es encriptar su lenguaje y el modo de comunicarlo)⁷.

⁶ Cfr. Las esculturas de los ambos dioses que están reproducidas en las enciclopedias de mitología griega, y las descripciones hechas de ambas personalidades. Distintas versiones consultadas (N. del A.).

⁷ Libro escrito en el año 1194.

“El vulgo debe saber que cuando alguno miente a sus jefes puede producir un daño semejante al que le sobrevendría a un enfermo si mintiese al médico acerca de su enfermedad. Pero si los gobernantes mintiesen a la masa, respecto a lo que les conviene, lo presenta como una droga apropiada a la enfermedad. Como al igual que el médico es el único que puede prescribir un medicamento, también sólo el rey puede regañar al pueblo acerca de los asuntos del país; de aquí que se hayan hecho necesarias falsas historias para la enseñanza de los ciudadanos. Ningún legislador ha dejado de usar narraciones irreales, ya que a veces son necesarias para que el común de los hombres alcance la felicidad” (Averroes 1995:23).

Salud convoca la cooperación y la colaboración, la disposición de un todos para un nosotros en el que se realiza el yo. La salud solo puede darse en sociedad, no puede haberla en solitariedad (por ello, se incorpora el cuidado del cuerpo, de la casa, del lugar, del entorno, del ambiente; la prevención y la precaución). La Organización Mundial de la Salud, OMS, ha dado ese valor al concepto “saludable”, para negar su virtualidad (cfr. ONU 2000). Es decir, ha señalado que ¡“no debe entenderse el derecho a la salud, como el derecho a ser saludable”! (ONU 2000: párrafo 8) “porque genera confusiones” (ONU *Ibíd.*). Al modo de ver de este artículo, eso lo que genera es una perversa claridad: las naciones unidas y sus oficinas de salud –en minúscula– están empeñadas en mantener la insanidad del mundo, la pobreza, la asimetría, y la comercialización de fármacos; vale decir, la abstracción real de los seres humanos y sus derechos a ser saludables y tener calidad de vida, y la concreción efectiva y líquida de flujos dinerarios en las cuentas de las empresas del campo sanitario (ojalá, algún día, el derecho a la salud nos permita el disfrute, aunque sea léxicamente, de visitar a los médicos en una institución dedicada –verdadera, no publicitariamente– a la salud, y no en una empresa promotora, como nos ha tocado por ahora).

Resulta bioética, médica, sanitaria, científica, técnica y humanamente inoperante y anti-ético considerar lo saludable como una anomalía funcional de los organismos biológicos sanos, individualmente considerados, cuando en realidad se trata de organismos sociales y culturales, colectivamente operantes, cuyas anomalías no dependen directamente de la enfermedad considerada clínica o fisiológicamente, sino de las “enfermedades conceptuales”, contextuales y sociales como son los imaginarios de incapacidad colectiva generados, maledicentemente (son argumentados académica y técnicamente), bajo los conceptos de atraso, subdesarrollo, y pobreza. Con ellos se califica a los países y se descalifica a sus poblaciones, impidiéndoles obtener apoyos y desarrollar programas de salud, y auspiciando la ausencia de políticas públicas, participación ciudadana, y reconocimiento de las diferencias culturales. Esas enfermedades conceptuales impiden acceder a los países a los desarrollos de la medicina porque no tienen capacidad de pago, y si se les regala equipos y medicinas obsoletas (lo cual desdice ya de la solidaridad, a no ser que comencemos a llamarla solidaridad basura, en países canecas), se les critica por corrupción o por incapacidad institucional para recibir y distribuir esa “ayuda”. La salud es un hecho cultural, moral y ético, de carácter global, colectivo y social que debe ser visto de manera

integral, no solo como una cuestión que relacione enfermedad-medicamento; y, el derecho a la salud es el derecho a estar saludable, tranquilo y alegre. Vale decir, en manos de Hygieia⁸.

La finalidad de la introducción mítica en el apartado anterior tuvo por objeto poner sobre la mesa el debate sobre las limitaciones conceptuales introducidas por las interpretaciones que las Naciones Unidas vienen impulsando en torno al derecho a la salud, y al eco que ellas han recibido por ciertos analistas y estudiosos (ONU 2000; Montiel 2001; Pontificio 1995; Buchanan 2002; Casado 1996) se considera que esta es una tarea bioética de primer orden, es un asunto de justicia sanitaria, y por lo tanto es una cuestión que impele una revisión del orden cultural existente. A tales conceptualizaciones, por no decirles perversas, se les señala anti-bioéticas. Es necesario establecer los alcances, limitaciones, cruces e interrupciones de los términos salud y sanidad, y agendar la reflexión sobre el significado de los dos términos (sanidad y salud). Y, si fuera posible precisar su significado bioético, mucho más interesante sería. Se trataría de abordar la especificidad de cada uno de los términos y ojalá hacerlo en el contexto de los acumulados de la reflexión bioética.

La justicia sanitaria es para la bioética la justicia en la prestación de servicios de salud (Galvis 2002; Berlinguer 2002; Buchanan 2002; Costa 2001; Escobar 1998, 2001, 2004, García 2005; Gracia 1998; Montiel 2001; Muguerza 2004). Si se entiende biológicamente que la salud es el estado en que cualquier ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones naturales, socialmente la salud es una libertad que se ejerce para obtener bienestar y calidad de vida, sea de manera pública o particular, por lo cual la salud es a la vez un bien privado y público, individual y colectivo, que se realiza de acuerdo con las concepciones y características culturales de las personas y de los pueblos (naciones, etnias o comunidades)⁹. La sanidad es el conjunto de servicios públicos ordenados para preservar la salud del común de los habitantes de la nación, de una provincia o de un municipio. El Estado atiende la salud pública mediante disposiciones legislativas, instituciones y servicios que en conjunto constituyen la política sanitaria. Dado que estas dos dimensiones son fundamentales para que la justicia proceda, se sugiere que lo justo se produzca en el sentido de la libertad de ser saludable y sano. La justicia sanitaria, entonces, provendría de un conjunto de principios, de acuerdo con el cual se establecería la obligación de ciertas normas para "hacer sana la salud" atendiendo las distintas concepciones de salud que existen entre los seres humanos organizados culturalmente, estudiando las implicaciones epistemológicas del ingreso a la bioética de las dimensiones pública y colectiva de la salud, definiendo un campo de derechos que no niegue el derecho a la salud, como el derecho a ser saludable.

⁸ Al respecto resulta interesante señalar los esfuerzos que el programa de Bioética de la Universidad El Bosque realiza, promoviendo congresos, foros, seminarios, investigaciones y publicaciones en los que se destacan temas de justicia sanitaria que abordan problemáticas como el conflicto armado, la crisis ambiental, la biotecnología, las migraciones, etc. (Cfr. Escobar Triana 1998, 2000, 2002, 2004).

⁹ La Organización Mundial de la Salud, definió la salud en 1946, así: "la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad o impedimento". (ONU 2000).

Por ello, además de recordar el agendar la reflexión sobre salud y sanidad, es necesario establecer el estudio comparativo de los impactos de los ámbitos colectivos e individuales en los estudios bioéticos. Se trataría de identificar si ellos se abordan atendiendo a su propia especificidad, o si bien lo colectivo en bioética es la proyección de los modelos individualistas a lo comunitario, y ojalá, al hacerlo sea con independencia de la línea bioética que se defienda, bien sea potteriana, principalista o latinoamericana¹⁰, bien sea bioética médica, puente, global o profunda (cfr. Potter 1990). Finalmente, introducir la tensión entre lo público y lo privado, pues el salto de las éticas centradas en el paciente humano y en la enfermedad, a éticas de complejidad como la bioética nos llevan a retomar ciertas consideraciones no resueltas en la filosofía moral. Se trataría de revisar las éticas de fin y las de motivación para esclarecer los lugares de convergencia entre los comportamientos sociales o morales, las motivaciones humanas y sus reivindicaciones, la formación de las costumbres, y todo aquello que se presta a confusión entre las visiones etnológicas y las éticas.

1.2. Realidad de la justicia sanitaria

Francamente, parece increíble, que los conceptos de naciones unidas –en minúscula– formulados con elegancia, se dediquen a desvirtuar las demandas históricas de los derechos humanos. Supongo que es el efecto bumerang de cierto pragmatismo institucional con el que deben actuar los funcionarios y los expertos de Naciones Unidas –esta vez, en mayúscula–. No obstante, si los efectos perversos se hacen inteligibles, es posible que del mismo modo pragmático se puedan evitar. A lo que no es posible renunciar, es a la lucha para evitar que se mantenga el proceso de desvirtuación conceptual de los derechos humanos. ¿Si el derecho a la salud no es el derecho a ser saludable, entonces qué es?

Las oficinas y comisiones las Naciones Unidas se han dedicado a producir documentos que tienen efectos difusos en la interpretación de los derechos humanos, particularmente se llama la atención sobre dos de ellos, los cuales tienen que ver con la diversidad cultural y la salud, y que, son importantes porque, además, tienen efectos jurídicos en los Estados; Colombia es un ejemplo¹¹. a. La *Convención sobre la Protección y Promoción de la Diversidad de las Expresiones Culturales y Artísticas*, promovida de manera insistente por Canadá, Francia y la Comunidad Europea, ante la férrea oposición de los Estados Unidos

¹⁰ La latinoamericana, específicamente de interés en Colombia, vislumbra trazos intelectuales significativos con una pródiga reflexión de autores argentinos, brasileños, chilenos, cubanos, colombianos, mexicanos, venezolanos y uruguayos (Garrafa 2005; Escobar 1999, 2001, 2002, 2004; García 2001; Lolas 2002; Kottow 2005, Mainetti 2000; Montt 2001, Reyes 2005, Santos 1998).

¹¹ Es relevante este asunto porque los convenios y tratados internacionales tienen reconocimiento constitucional en Colombia. Está establecido en el Artículo 93 de la Constitución Política, el cual, junto con la jurisprudencia y la hermenéutica jurídica, constituyen el llamado Bloque de Constitucionalidad. Como proyección de ese poder, las definiciones y explicaciones internacionales de tales documentos, tienen fuerza jurídica y potencialidad doctrinaria en derecho (N. del A.).

(ONU 2005). b. *Observación General No 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de Salud*, mediante la cual el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU define el alcance, características e implicaciones del derecho a la salud (ONU 2000).

La Convención sobre la Protección y Promoción de la Diversidad de las Expresiones Culturales y Artísticas, fue promovida y debatida en nombre de la diversidad cultural. No obstante, “proteger y promover la diversidad cultural” no significa lo mismo que “proteger y promover la diversidad de expresiones culturales”. El concepto de diversidad cultural ampara derechos colectivos de los pueblos, defensa de idiomas, sistemas jurídicos y políticos diferentes a la de los Estado nacionales en los que se encuentran poblaciones que, como las indígenas, las minorías nacionales o los inmigrantes, son protegidos (tales derechos son propiamente culturales); y, reivindica la autoidentificación con un pueblo, la libre determinación y la autodeterminación de los pueblos, la autonomía y el derecho a gobernarse e impartir justicia según los usos y costumbres de los propios pueblos (tales derechos son propiamente políticos). Estos derechos quedaron bastante reducidos salvándose solo aquellos que pueden ser interpretados en el contexto de las industrias culturales (Cfr. Zambrano 2006). Esta limitación tiene efectos de interpretación en relación con temas de sanidad y salud desde la perspectiva cultural, porque como así promueve y protege las obras culturales y los patrimonios universales y nacionales, convierte a las culturas de los pueblos en un asunto de marca comercial y objeto de mercadeo. Ni las Naciones Unidas ni los países han presionado sobre este efecto en la lucha por la libertad de los pueblos, ni sobre las políticas públicas de inclusión de la diferencia cultural.

En el caso de la salud, la Observación General No. 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, busca definir con precisión los alcances del derecho a la salud. La noción “al más alto nivel posible” no se qué buenas intenciones se le pueden argumentar a favor, en aras de la discusión y de la no maledicencia, porque dicho sea de paso, tal parece que el gobierno en las naciones unidas para aspectos médicos y culturales se está haciendo desde la Organización Mundial del Comercio, y sin tener en cuenta las históricas demandas civilizatorias de la humanidad en materia cultural y sanitaria.

Con base en la Observación 14, la jurista Montiel (2001) señala, en relación con el significado del término salud, en el contexto del derecho a la salud:

“este término ha sido mal interpretado o se presta a confusiones, por ser identificado con la idea de ‘ser saludable’. Idea que sería imposible de garantizar como derecho. Erradicar la enfermedad por completo va más allá de las facultades y capacidades del Estado.... Naciones Unidas aclara el término. “un derecho al disfrute de toda gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud” (Montiel 2001:297).

No se puede reducir el derecho a la salud a una síntesis de consumos médicos, porque está visto que los consumos de medicamentos y de tratamientos conducen las más de las veces a hábitos contra la salud, natural o artificial. No se pueden confundir los derechos comerciales, incluso el derecho al consumo, con el derecho a la salud que es la posibilidad de uso de la libertad individual y colectiva de vivir en sana salud, bienestar, felicidad y calidad de vida¹². Y, cuando exista enfermedad dichos principios deberán manifestarse en la convalecencia, para que la convalecencia del enfermo le prodigue salud, y sea saludable. Además, resulta sorprendente que desde el derecho se piense en que hablar de salud debilita los derechos mismos. Más bien, el no hablar de la salud enferma los derechos y quebranta los presupuestos de la justicia sanitaria. La discusión sobre aspectos económicos –sobre todo aquellos que tienen una orientación financiera o contable, como una limitación a la realización de los derechos humanos a la salud, no es asunto pertinente en esta deliberación, excepto si la discusión se produce con base en presupuestos de economía moral o economía política.

¡Que tal si la Organización de Naciones Unidas firmara una Observación en la que se leyera que “el disfrute de la igualdad, la libertad y la fraternidad fuera posible sólo al más alto nivel posible de igualdad, de libertad y de fraternidad”! Impensable, pero al paso que vamos, no sería imposible. Otra cosa es decir que el derecho a la salud consiste en el disfrute del más alto nivel de salud, con lo cual lo justo está en el principio de acción que tome la resolución de impulsar las estrategias necesarias para allanar los caminos que permitan alcanzar la *sana salud*, más allá de los topes técnicos que se imponen para medir lo que se entiende como salud y calidad de vida. La salud es un ideal de justicia que siempre estará más allá de las cuotas técnicas con las que se ha medido la miseria de la cuarta parte de la población mundial. Las cuotas siempre se han cumplido y uno se sorprende que el éxito estadístico no se compadezca con el fracaso sanitario real¹³. Seguramente, si se invirtieran los recursos publicitarios que se fugan del campo sanitario para embellecer (la legitimidad debe salir del campo de la política al de la estética) fiascos institucionales y producir mentiras universales, los agentes sanitarios podrían realizar acciones que permitan reducir los impactos negativos de las políticas, buscando reducir por ejemplo la mortandad

¹² Velayos señala que “los conceptos de salud y enfermedad son *constructor* culturales, y como tales, están sujetos a una evolución histórica. Su definición cobra una importancia crucial por sus implicaciones prácticas y políticas, ya que en el presente, contamos con un derecho moral a la salud, reconocido constitucionalmente, y que habrá de ser protegido y promocionado social y políticamente de acuerdo con una visión previa de lo que sea la salud y la enfermedad... La concepción de la salud como sinónimo de ‘gracia’ es propia de la ‘cultura primitiva’ y corre pareja a la concepción de la enfermedad como pecado” (Velayos en García 2005:52).

¹³ Al respecto Herrera 2000 señala que, “los derechos... están penetrados por intereses ideológicos y no pueden ser entendidos al margen de su trasfondo cultural. Sin embargo, como ocurre cuando un fenómeno se reconoce jurídicamente, se comienza a negar su carácter ideológico, su estrecha vinculación con intereses concretos, y su carácter cultural; es decir, se le saca de su contexto, se le universaliza y, por ello, se le sustrae su capacidad y su posibilidad de transformarse y transformar el mundo desde una posición que no sea la hegemónica” (Herrera: 2000:23).

infantil. ¿Cuántas muertes infantiles se pueden reducir, doblegando los narcisismos institucionales de los agentes sanitarios?

Una perspectiva bioética posible radica en la promoción integral del derecho a la salud, precisamente como sana salud. Es decir, a permanecer en sana salud, teniendo en cuenta la línea del vivir satisfaciendo los factores constantes de la nutrición, el agua potable, el ambiente sano y ecológicamente equilibrado, la estabilidad en el lugar de vivienda, instalaciones sanitarias adecuadas, recreación básica y generalizada, acceso a los medicamentos y a la atención quirúrgica. Qué se saca con tener un consentimiento informado si una persona puede morir porque no le atienden en la Empresa de Salud porque no ha pagado, sea el motivo que fuere. Aún así el caso opuesto se produce, no se le atiende a la persona aún habiendo pagado. Entonces, ¿dónde está el asunto del servicio? No es difícil que una persona vaya al médico para tratar una gripa y regrese a su casa con una tuberculosis, insultado por el médico de turno, por no vivir en condiciones higiénicas en su casa, por no tener cuidados con su cuerpo.

La reflexión es fundamental, pues no es un modelo de prevención, sino un derecho de atención y cuidado que produzca bienestar y no desasosiego ni sentimientos de vulnerabilidad. Por supuesto, además debe propiciar el sentido de igualdad, de cooperación y de no discriminación. Moralmente se equivoca Naciones Unidas al pretender limitar el derecho a la salud. El derecho a la salud, por ser parte de los derechos económicos, sociales y culturales, responde, como señala Bobbio (1995), a los valores de igualdad y solidaridad en donde asume gran importancia el principio de no discriminación: 'La razón de ser de los derechos sociales como... la salud, es una razón igualitaria... tiende a hacer menos grande la desigualdad entre quienes tienen y quienes no tienen, y a poner un número de individuos siempre mayor en condiciones de ser menos desiguales respecto a individuos más afortunados por nacimiento o condición social' (Bobbio 1995:151).

1.3. El cambio de paradigma

Distintas tradiciones antropológicas, bioéticas y sociológicas muestran que la enfermedad es una irregularidad fisiológica, que depende de las características sociales y culturales de las poblaciones y de las épocas (Bettelheim 1994; Berlinguer 2002; García 2005; Lolas 2000)¹⁴. ¿Qué implicaciones tiene esta concepción para la bioética, y para el modo habitual

¹⁴ No obstante, Averroes (1995) escribía en el año 1194 que: "Nada hay más indicativo de la mala conducta de los ciudadanos y de la ruindad de sus ideas que el hecho de que tengan necesidad de jueces y de médicos, señal cierta de que carecen de cualquier virtud y sólo las cumplen a la fuerza; conforme más necesiten los miembros de dichas ciencias y más honores les rinden, más lejos estarán de la justicia" (Averroes 1995:31). Más adelante señala "...el médico no será tal, tras haber estudiado la ciencia médica, si no ha conocido muchas de las enfermedades y las ha comprobado entre otros e incluso en sí mismo..." (Ibid.: 33).

de enfrentar los problemas de la salud? La primera implicación consiste en que una cosa es hablar de las cuestiones sociales de la medicina desde las ciencias sociales y otra desde las ciencias médicas; los médicos deben aproximarse a un lenguaje y a una racionalidad que les es desconocida, y que funciona con sus propias reglas. Una cosa es leer el informe de la trabajadora social de una persona en la clínica, y otra es desarrollar una política pública de salud. La segunda, es que el abordar el problema de la salud y de la sanidad exige desarrollar una sensibilidad profesional e intelectual en torno a ciertos contextos de diversidad cultural y de globalización y política. Y, la tercera y última, es el cambio de lugar del paradigma clínico en el diálogo con lo social, pues con dicho cambio se establece la posibilidad de una revisión cognitiva y una transformación moral.

En materia de salud pública y de justicia sanitaria, podría decirse que los profesionales de la salud, clínicamente hablando, constituirían una opinión legítima frente a esas especialidades. No se trata de señalar algún tipo de incapacidad personal o profesional; al contrario, lo que advierte es la emergencia de un campo que tiene su propia lógica cognitiva, la cual no se desarrolla desde el esquema clínico, aunque como se demostró en páginas anteriores, las prácticas médicas sean susceptibles de convertirse en metáforas políticas. Las distintas percepciones de la bioética así lo señalan,

“El médico debe hacer honor a su contrato tradicional con su paciente. No puede permitir que los temas sociales más amplios socaven su actitud. El médico que responda éticamente se encontrará por lo tanto cada vez más implicado con los valores éticos sociales e individuales y movido a actuar responsablemente en los dos ámbitos... el médico consciente de hoy tiene la gran necesidad de una ética más amplia que la ética hipocrática que haga frente a su doble responsabilidad con el individuo y la comunidad” (Pellegrino 1979:67).

La bioética es el puente de sensibilización de la cultura médica occidental para enfrentar los problemas actuales generados por los descubrimientos biomédicos y por los avances tecnológicos en materia del control sobre los procesos de la vida orgánica e inorgánica en el planeta. Se trata, como lo observa Cecchetto (2004) de lo siguiente:

“Tanto el equipo de salud como la población en general construyen sus representaciones alrededor de los trasplantes de órganos basándose en un discurso biomédico, en su interacción con otros potenciales donantes/receptores, y en sus propias experiencias de vida. Las imágenes y conceptos que ellos construyen socialmente acerca del procedimiento de trasplante se manifiestan actitudinalmente como reticencias implícitas a la donación, a la ablación o remoción, o bien como facilitadoras de ellas... las estrategias masivas... no indagan... sobre las raíces y causas de esos comportamientos, valoraciones, motivaciones y creencias que tienen influencia decisiva en el momento de satisfacer una demanda creciente” (Cecchetto 2004:7).

En este ejemplo el objeto sanitario trata del consumo de órganos, el bioético apunta a desarrollar una cultura, si se quiere una moral, respecto de los comportamientos y creencias que se desarrollan en torno a los procesos colectivos que rodean el transplante de órganos y su relación íntima con los conceptos y creencias sobre la vida y la salud. El campo médico —observado con la estructura conceptual del constructivismo de Pierre Bourdieu— hace del hecho sanitario un hecho cultural, social y político de la sana salud, el cual desplaza toda pretensión de las experiencias clínicas dominantes. ¿Acaso la idea del transhumanismo —la forma extrema de aplicaciones biotecnológicas en todos los procesos del nacer, vivir y morir— no es la de obviar los dolores quirúrgicos, mediante acciones genéticas o nanológicas que puedan erradicar cualquier tipo de sufrimiento físico a los seres vivos? Las intervenciones médicas en cualquier horizonte de la línea de la vida (y en cualquier momento de la historia) se orientan hacia la protección y la recuperación de la salud, pero sustancialmente a eliminar, evitar y controlar la enfermedad y suprimir el dolor.

Rodríguez (1998) en su trabajo sobre el objeto de la justicia sanitaria, parte de la idea de que “el gasto en asistencia sanitaria crece aceleradamente en casi todas las naciones modernas” (Rodríguez 1998:113). Es evidente, que su intención no es darle un significado epistemológico al objeto, sino más bien material, utilitarista. Y, desde ese lugar, pensar que es lo justo y lo injusto. Así, con esa idea se llega rápidamente a la noción económica de redistribución, y al economicismo en la justicia redistributiva, la cual presupone sujetos ricos y pobres, en donde la sana salud se realiza en el marco de las posibilidades que da el ser rico, estar enfermo, por el contrario, es ser pobre. Resultó irónica la sorpresa de los abandonados de tal idea cuando se encontraron con la existencia de enfermedades entre los ricos (obesidad, sedentariedad, tabaquismo). Pero más irónico resulta que los países pobres terminen enfermándose de los padecimientos de los países ricos, lo que demuestra la existencia de un desencajamiento conceptual, que conduce a una desarticulación de las prácticas que determinan el sentido de la justicia sanitaria. Rodríguez señala que “tal vez el desajuste no se encuentre en el componente intelectual de las teorías de justicia, sino en el componente material, esto es, en su objeto, o, si se prefiere, en la cosa a distribuir” (Rodríguez 1998:114).

La pretensión de la cita es interesante porque proyecta una preocupación ética en la economía mediante la idea de la distribución racional y justa de los recursos. No obstante, da la impresión de que este tipo de argumentos no tratan de organizar éticamente la economía, sino organizar racionalmente el mercado para obtener de ciertos consumidores las mejores ventajas económicas. Empero, de tratarse una fuente bioética de reflexión sobre la economía, tendríamos que decir con Max Neef lo siguiente:

“La economía que a mí me gustaría ver se sustenta en cinco postulados que en un principio valoro profundamente:

Postulado 1: la economía está para servir a las personas y no las personas para servir a la economía.

Postulado 2: el desarrollo tiene que ver con personas y no con objetos.

Postulado 3: crecimiento y desarrollo son dos cosas distintas, y el desarrollo no precisa necesariamente de crecimiento.

Postulado 4: ningún proceso económico puede ocurrir al margen de los servicios que prestan los ecosistemas.

Postulado 5: la economía es un subsistema de un sistema mayor, finito y cerrado, que es la biosfera.

En consecuencia, el crecimiento permanente es una imposibilidad. Y el principio valórico fundamental, el que sustenta la economía que a mí me gustaría, es que bajo ninguna circunstancia y bajo ninguna consideración, un interés económico o proceso económico puede estar por encima de la reverencia por la vida. Bien, una vez hecho este listado, yo he tenido la experiencia de que en cada uno de los casos lo que se está haciendo y lo que está ocurriendo es exactamente lo contrario” (Max Neef 2006:22).

1.4. Lo colectivo

Una de las tensiones más importantes en materia de justicia sanitaria es la cultural, enfrentada a la clínica. Esta tensión devela el carácter colectivo de la justicia sanitaria, no solo por el hecho de formar parte de los derechos sociales, económicos y culturales, ni por constituir un fundamento ético del derecho a la salud. Sus identidades son perfectamente diferenciadas, pueden coincidir, más no diluirse. ¿Cómo poder hablar éticamente de desarrollos biomédicos, si están en crisis los sistemas sanitarios de los países del tercer mundo? ¿Si la humanidad ha alcanzado integrar en muchas constituciones el derecho humano de segunda generación a la salud, por qué éste no se ha materializado plenamente? ¿Qué hace el humanismo para resolver los fracasos de los sistemas sanitarios? ¿Para qué hablar de justicia sanitaria sino hay derecho a la salud, ni al ambiente, ni a la cultura?

Lo sanitario adquiere, como se ha señalado de múltiples maneras, una dimensión colectiva. Dimensión que implica un acercamiento a las cuestiones culturales, pues la cultura de la sanidad significa la conciencia de un entorno más allá de lo médico, más allá de lo clínico. Conlleva un fuerte desplazamiento de la noción de enfermedad a la noción de salud como vinculadota de las ideas sobre justicia sanitaria. Una cosa es demandar un derecho a ser atendido porque se está enfermo, y otra es demandar un derecho a una vida saludable. Rodríguez del Pozo (1998) señaló que: “los problemas de acceso a la asistencia sanitaria no son, por su propia naturaleza, solucionables a través de la acción individual” (Rodríguez 1998). Y, en eso se coincide, plenamente.

Lo colectivo en la justicia sanitaria tiene que ver con la producción social de los objetos de la sanidad y de la salud, y la producción social de las regulaciones concomitantes a que haya efecto. Se trata de una finalidad moral, si se quiere cultural que forma comportamientos, costumbres y valores. La producción social de los objetos de la sanidad y de la salud es histórica, los objetos con dificultad son determinados *a priori*, y este resultado, si se produjere, sería estéril como finalidad, pero como medio debería ser interpretado en el escenario de la producción. El lugar de la bioética en este proceso es central, dado que la bioética nos aproxima a la producción de los fenómenos morales, éticos y tecnocientíficos, que permiten entender, intervenir, reproducir y transformar las prácticas y las instituciones dedicadas a la administración, conducción y reestructuración de los conocimientos, prácticas y sentidos sobre la vida (cfr. Zambrano 2005).

La conexión de la justicia sanitaria con la bioética es proactiva; en la medida que se va pensando y se va interviniendo, se va produciendo. Quizás Kottow (2005), intenta mostrar ese hábito constructivo de la bioética, tras la idea de la transdisciplinariedad de la cual es agudo defensor e impulsor. Dice el autor en mención que es “más apropiado hablar de transdisciplinariedad, porque éste sí es un atributo singular, la bioética tiene por objetivo básico insertarse en otras disciplinas como la medicina, ecología, biología, agronomía, etc.; y, a la inversa, lo que se dice en filosofía, sociología, genética o economía tiene que ser recepcionado por una bioética esclarecida” (Kottow 2005:42).

Desde la perspectiva de una bioética confesional, la justicia sanitaria ha dependido de la noción de servicio a la vida, y de una ética religiosa basada en la entrega incondicional al otro, de manera vigilante y solícita (cfr. Pontificio 1995:11). Los agentes sanitarios son custodios y servidores de la vida humana, cuidadores de la vida, ellos son médicos, enfermeras, farmacéuticos, capellanes hospitalarios, religiosos y religiosas, administradores, “voluntarios del sufrimiento: comprometidos en profilaxis, tratamiento y rehabilitación de la salud” (Pontificio 1995:11). Para esta perspectiva la actividad médico sanitaria es: “el encuentro entre confianza del enfermo y conciencia del sanador” (1995:12), con el ánimo de salvaguardar, recuperar y mejorar la salud y dar una mirada integral del enfermo¹⁵. Pero, la carta de los agentes sanitarios es un código deontológico, no una propuesta bioética.

¹⁵ En virtud de que los presupuestos del documento pontificio son, básicamente religiosos, personalistas (paciente y médico) y clínicos, la dimensión social es excluida. Como resultado de tales planteamientos las jerarquías de prioridad cambian, y el orden conceptual se orienta hacia el individualismo y la evangelización, antes que a la búsqueda de la justicia en materia de sana salud. Duarte señala que, “con estos planteamientos se estableció un orden de prioridad con cinco grupos dentro de los cuales el primero y el más importante está constituido por “El cuidado de enfermedades agudas que ponen en peligro la vida, y que si no se tratan conducirán a la incapacidad permanente o a la muerte prematura, el tratamiento de enfermedades crónicas graves, los cuidados paliativos de pacientes terminales, el cuidado de personas con una autonomía restringida” (Duque 2001:15).

"Ninguno de estos problemas puede actualmente considerarse terreno neutro cuando se confrontan la ética hipocrática y la moral cristiana" (Pontificio 1995:6).

La perspectiva cultural de la bioética que hemos propuesto dinamiza dos nociones de lo colectivo: la primera que está en relación con los derechos de los grupos, la segunda con relación a los comportamientos y acciones colectivas. La primera es una idea estática, pero lamentablemente es la más socorrida: los derechos humanos de la segunda generación. La segunda, soporta la idea de producción social de la sanidad y de la salud, como un comportamiento y una acción colectiva que moviliza a los ciudadanos. Mario Diani (1992), destacó cuatro posiciones al respecto: la teoría del comportamiento colectivo, la teoría de la movilización de recursos, la teoría del proceso político, y la teoría de los nuevos movimientos sociales (Cfr. Diani 1992). La acción colectiva es la acción de las organizaciones dedicadas a la atención de los intereses colectivos y particulares de los individuos que la componen, y destinada a la producción de bienes públicos, esto es, de bienes que están disponibles para todos los miembros de la organización, haya o no participado en los esfuerzos por su logro (Cfr. Diani 1992). Con base en ella la producción de la justicia sanitaria conlleva la formación de redes de interacción de ciudadanos, usuarios y pacientes, la creencias y solidaridades compartidas en torno a una misma demanda sanitaria, la acción colectiva desarrollada con base en la determinación de puntos de conflicto, y la presión a lo institucional desde la ciudadanía (cfr. Diani 1992:7), con el fin de defender los intereses sanitarios y el aprovisionamiento de bienes públicos.

La acción colectiva permite generar una identidad en la diversidad de situaciones que pueden ser reivindicadas por las comunidades en materia de salud. El derecho a la diferencia junto con el derecho a la no discriminación exigen una mayor precisión de lo que es justo y de lo que es injusto, cuando hay diversidad de conceptos culturales sobre la salud en igualdad de condiciones de legitimidad, expectativas concretas y justas de los colectivos de acuerdo con sus anhelos específicos de vida, confianzas razonables pero divergentes en los avances tecnocientíficos para resolver asuntos individuales de las enfermedades, cuidado o salud, y pluralidad de intereses profesionales e industriales válidos en materia de bienes sanitarios. El campo sanitario, es pues, un campo que, visto a través del derecho a la salud, o visto a través de la producción social de la sana salud, constituye el escenario de las complejas relaciones sociales sin las que sería posible pensar un derecho a satisfacer las expectativas sociales y culturales de una pluralidad de actores que se desenvuelven en dicho campo y que no son exclusivamente pacientes y médicos. Igualmente, el campo permitiría revelar el lugar que desempeñan -para pensar la justicia sanitaria- la investigación y cualquier otra forma asistencial que coadyuve a evolucionar hacia la sana salud, pues el campo sanitario se constituiría en un fundamento incluyente de actores y relaciones, bajo el precepto de que toda diferencia reconocida y toda discriminación evitada en lugar de dividir, unen; en lugar de dispersar, identifican; en lugar de desconocer, precisan; en lugar de ocultar, visibilizan.

2. ÉTICAS, JUSTICIA Y DERECHOS

La bioética en tanto disciplina académica (cfr. Kottow 2005) es productora de sentidos culturales y cognitivos, y como tal se encargaría de la producción de los fenómenos morales, éticos y tecnocientíficos, que permiten entender, intervenir, reproducir y transformar las prácticas y las instituciones dedicadas a la administración, conducción y reestructuración de los conocimientos, del sentido y de las hipótesis sobre la vida. Tal sería la visión antropológica de la bioética, en el sentido de la antropología empírica y cultural. Esta idea está ligada a otra según la cual los cambios éticos son posibles gracias a los cambios culturales (de significación o de creencia), y a las relaciones con las administraciones de sentido de una sociedad (renovar o transformar). En virtud de esos ligues y esas relaciones los elementos culturales que surgen de la bioética se tornan significativos, la agenda potteriana es un ejemplo de ello: “La bioética debería llegar a ser un nuevo tipo de ciencia de la vida, esencialmente interdisciplinaria y preocupada por la sobrevivencia de la especie humana, capaz de integrar la biología humana (ampliamente entendida), en la competencia humana para la creación y acompañamiento de los valores humanos, los problemas del medio ambiente y de los otros seres vivos que intervienen en la preservación y mejoría de la propia calidad de vida de los seres humanos”, al mismo tiempo “que un puente entre la cultura científico-técnica y la cultura humanista” (Potter 1971:XIX).

Las reivindicaciones por el reconocimiento de la diversidad cultural, es decir, las luchas colectivas en general (no sólo étnicas, raciales, nacionales o indigenistas) por el derecho a ser diferentes, es otra forma de plantear la cuestión de la igualdad, la libertad y la fraternidad, si creemos que tales principios siguen marcando el escenario de lo justo, tanto para individuos como para colectivos, en el escenario civilizacional contemporáneo. Si se fraguara en el seno del principalismo bioético un debate sobre la inclusión de la diversidad cultural, vale decir, del derecho de los seres humanos a expresar su diferencia cultural –cualesquiera ella sea– se podría decir que ese hecho solo alcanzaría a ser una decisión bioética si la beneficencia, la no maledicencia, la justicia y la autonomía ofrecieran a los pacientes no un procedimiento administrativo para consentir, sino una posibilidad efectiva para que su consentimiento pueda contribuir a la mejor calidad de vida de las personas; es decir, para que además de resolver de modo práctico un asunto específico, permita entender como se posiciona el individuo en el mundo.

La aproximación a la idea de que se puede ser libre, fraterno e igual, siendo diferente cultural o moralmente, es porque justamente ese es el *mor* fundamental de los seres humanos, la diversidad y su permanente diferenciación. El *desideratum* ético es el de encontrar la comunicación, el diálogo, la convergencia entre lo distinto y lo diferente; el de hallar los mundos posibles en el que el reconocimiento de las diferencias sea posible sin excluir la virtualidad de sus potenciales luchas y conflictos. Esta idea es relativista; no obstante, el relativismo actual y su crítica constituyen la base desde la cual, no ha sido posible conocer el funcionamiento de los procesos de diversificación de lo humano. Lamentablemente ese

debate no es posible darlo en este lugar. Sin embargo, lo justo, sería encontrar dicha igualdad, sin sacrificar la diversidad; sería llamar la atención sobre la práctica relativista no como una disuasión, sino como la instancia natural de la producción social. Cualquier negociación es una práctica relativista en estricto sentido, y las negociaciones son las que hacen avanzar los procesos sociales. Agnes Heller (1990) Señala que: “la lucha por el reconocimiento de la *diferencia* de un sistema normativo es la lucha por la igualdad, pues lo que se busca es un reconocimiento igual” (Heller 1990:30).

La justicia formal es un principio de acción de acuerdo con el cual los seres de una misma categoría esencial deben ser tratados del mismo modo; y, además, significa ‘aplicar una regla a todos los miembros de una categoría esencial’ y ‘observar una regla que establece la obligación de tratar de cierto modo a todas las personas que pertenecen a una determinada categoría’ (Heller 1990:15) “Es... la aplicación de las mismas normas y reglas a un cierto grupo de personas lo que *constituye* la misma agrupación, y *no al revés*” (Heller *Ibíd.*). Es la razón por la que en una frontera en la que convergen varios derechos, no hay derecho, pero si justicia. Será justo aplicar el derecho de quien se sea. El tema de la sanidad como un derecho colectivo involucra a los ciudadanos. Por un lado a los que se acercan en calidad de expertos, y por otro lado en calidad de ciudadanos.

Desde que en 1993 se publicó en español el libro de la política del reconocimiento de Charles Tylor, el bullicio multiculturalista se extendió por el universo de habla hispana. Indigenistas e integracionistas migracionales se estrecharon la mano bajo el signo de las políticas públicas, políticas que no se entendían en la práctica, pues una cosa era una política para indígenas y otra para inmigrantes. Por lo demás, sigue sin explicarse, como los antropólogos mexicanos que debatieron por más de cincuenta años el integracionismo cultural, terminaron hechizados por las páginas del más grande integracionista cultural que ha producido la ambigüedad multicultural, cuando de suyo, el único camino coherente debía haber sido un rechazo programático. Derechos colectivos políticos se confundieron con las políticas institucionales del multiculturalismo tyloriano. Tylor no hablaba a los movimientos sociales, les hablaba a los gobiernos, ni siquiera a los estados. El éxito del libro, en medio de la confusión, radicó en que los movimientos sociales multiculturalistas encontraron la agenda necesaria para convertir sus reivindicaciones políticas en demandas sociales, y se tropezaron con un discurso que aunque neoliberal les resultaba bastante útil para los fines del reconocimiento. Gracias a esa coincidencia coyuntural con las políticas sectoriales con énfasis culturales y el multiculturalismo transversal, la diferencia cultural se fue introduciendo como matiz, como excepción, dentro de las estructuras institucionales y de los programas de gobierno.

Se impulsaron las teorías de la justicia que dieran cuenta “de las complejidades e intersecciones entre desigualdades sociales y los déficit de reconocimiento que sufren determinados grupos. Integrar el polo ‘clásico’ de la justicia social con la ‘novedad’ de la vindicación del reconocimiento es una de las preocupaciones básicas de la teoría moral y política contemporánea” (García 2005:100).

En bioética aparecen nuevas perspectivas y problemas emergentes. Entre las perspectivas posibles se encuentra el repensar la bioética como bioética de la diferencia cultural, siendo la diferencia cultural sustancial a la bioética y no un mero agregado temático. Esta perspectiva es central dado que es una cuestión que está anclada en el corazón de las filosofías y teorías morales. Los conceptos, principios y teorías serán afectados, si no reelaborados con base en la diversidad cultural. La conciencia de este cambio, si se quiere de esta transición pluralista, es o el germen de un cambio histórico o el principio de un giro epistemológico radical. Un giro que sacará a la bioética de los hospitales y la pondrá en el mundo, la pondrá a pensar en las cuestiones de la globalización, la multiculturalidad y el pluralismo. Se insiste, no por efecto contextual, sino por razón estructural.

La influencia de los postulados críticos que se han desarrollado frente a la opaca realización de la justicia convencional será cada vez más influyente. En el campo de salud, como hemos visto, posturas como la aquí presentada expresan los signos de cambio en los conceptos de la salud. Así sea por el camino de volver a los inicios. El planteamiento de cuestiones como lo 'saludable', la felicidad, el deseo y las virtudes se mantendrán, como señala Carmen Veloyos, "ni el dolor agudo y continuado ni la enfermedad severa y duradera parecen, en principio, compatibles con la felicidad de acuerdo con la mayoría de concepciones filosóficas de la misma (Velayos en García 2005:49). La justicia sanitaria sugiere el desplazamiento de la medicina privada, a la medicina como asunto público, la racionalización del gasto sanitario como problema bioético que se mete en los fueros de la administración sanitaria, sus crisis, el mercado, el consumo y demás asuntos mercantiles de los bienes sanitarios que van desde la producción de un fármaco hasta la construcción de guarderías infantiles, pasando por las inversiones en laboratorios de investigación y en programas académicos.

El gasto sanitario, la economía, lo justo, la eficiencia y la provisión de servicios; el impacto de los descubrimientos biomédicos, moleculares, cibernéticos, biónicos y atómicos, y la posibilidad, cada vez menos ficticia, de la elongación de procesos vitales, incluidas las éticas de principio y final de la vida. Es decir, la ética que se debate en el horizonte potteriano de la tecnología y el humanismo. Hemos dicho que los imperativos, moral y tecnológico, van siempre de la mano. Hasta el mito de Esculapio, es decir, del origen de la medicina, lo describe. El ser humano colonizará los procesos de la vida hasta lograr alterarla, un proceso racional y nada azaroso. El ser humano le quitará la potestad a la naturaleza de definir el destino biológico de la humanidad, nada extraordinario, pues las bacterias parece que generan mutaciones "racionales" sobre sí mismas. El ser humano es un abigarrado universo bacterial.

La visibilización de distintas experiencias curativas, la simultaneidad de usos de sistemas curativos de procedencias culturales diferentes, la multiplicidad de actores sanitarios, la diversidad de los principios religiosos que rigen la creencia médica, la angustia y el pensamiento mágico, entre otras prácticas sanitarias y vinculadas con ellas, directa o marginalmente, permitieron la visibilización de ciertos actores o agentes sanitarios. Entre ellas

las mujeres y el cuidado de los enfermos y de los sanos. La salud y el género es un tema emergente, pero el pensar la bioética desde el género será un espectáculo intelectual revelador de muchos puntos oscuros en la formación y desarrollo de las profesiones médicas y de las profesiones del cuidado.

La garantía y protección de los derechos relacionados con la salud, no tendrá un cambio ético cualitativo, si a la par no se desarrolla una política que aborde el modelo de desarrollo y promoción de las diferencias culturales. Tales diferencias, o mejor dicho tales reconocimientos de las diferencias, influyen y determinan las decisiones respecto de esos derechos. Ya es hora, si se quiere mantener el debate económico, que la diferencia cultural aparezca en los presupuestos como un bien fundamental que es necesario considerar. Ese mecanismo se conoce como consulta previa y es una acción y procedimiento avalado por la Naciones Unidas para abordar el tema del consentimiento cultural informado. El reconocimiento de la diferencia cultural es la base del respeto de la diversidad cultural, y es además, el principio de actuación que influye en las teorías que interpretan colectivamente los derechos humanos a la participación política, la cooperación y la solidaridad.

2.1. El derecho a la salud

La política pública en que debe traducirse el derecho a la sana salud, debe considerar mayor protección del ser humano -incluida la protección cultural y la actuación institucional con base en la diversidad cultural-, mayor compromiso administrativo que permita el desarrollo focalizado de las políticas para que sean justas, y más seguridad financiera de acuerdo con los principios citados de Max – Neff (Cfr. Max Neff 2006). El derecho de la salud obliga públicamente a los estados para que adopten todas las medidas necesarias para satisfacer las demandas del derecho, el cual debe otorgarse en el más alto nivel de disfrute físico y mental. No se pueden perder de vista asuntos como la financiación, la administración, la focalización cultural, la protección cultural y humana implican derechos concomitantes como son los derechos a mantener un nivel de vida adecuado, obtener seguridad familiar, disfrutar el bienestar económico, recibir atención médica, proteger la identidad cultural, recibir protección y garantías en caso de invalidez y vejez, y la búsqueda permanente y siempre inacabada de tener vida digna.

Las actividades de promoción del derecho a la salud tienen que ver con “las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana”, se establecen con base en los llamados ‘determinantes básicos’ de la salud, que son: alimentación, nutrición, vivienda, agua limpia, género, diferencia cultural, distribución de recursos, atención de la violencia y conflictos armados (cfr. Montiel 2001:297). Montiel, señala, además de los determinantes básicos para la salud, las políticas públicas de prevención, difusión y promoción, las de saneamiento público, las del cuidado del medio ambiente sano y ecológicamente equilibrado, y las de salubridad para enfrentar epidemias o endemias.

Para afrontar la enfermedad y sus efectos sobre los individuos, Montiel propone tener en cuenta (cfr. Montiel 2001:197):

- Las condiciones sanitarias del entorno (agua potable, drenaje, alcantarillado).
- Las condiciones biológicas (epidemias, causas de muerte, expectativa de vida).
- Las condiciones socioeconómicas (nutrición, vivienda, trabajo).
- Las condiciones sociales (drogas, alcoholismo, depresión, pobreza).
- Las condiciones ecológicas (contaminantes, lixiviados, recursos naturales).
- Las condiciones educativas (Colegios, bibliotecas, recreación, bienestar).
- Las condiciones de salud (hospitales, ancianatos, guarderías, laboratorios).

Diego Gracia (1998) manifiesta que las preguntas sobre el derecho a la salud que se hacen a diario los políticos, los administradores, economistas, médicos y público en general, podrían expresarse bioéticamente de la siguiente manera: ¿Cuándo debe considerarse justo o injusto un servicio de salud? ¿Qué recursos es preciso asignarle para cumplir con el deber de justicia? ¿Cómo proceder cuando los recursos disponibles son menores que los teóricamente necesarios? ¿Cómo distribuir justamente los recursos insuficientes?" (Gracia 1998; 151). Si se intentará dar respuesta, aunque sea provisional a tales preguntas, se podría decir que se debe considerar justo un servicio de salud cuando reconoce plenamente los determinantes básicos, las condiciones de salud, y la diferencia cultural. Sería injusto un servicio de salud cuando a gente diversa se le trate de imponer un sistema de salud diferente al propio, sin que antes no se hayan resuelto las disputas que una intención de esas genera. Los recursos necesarios para asignar responsabilidades al deber de justicia deben ser bioéticos, cognitivos y políticos. En los políticos se encuentra todo lo relacionado con el costo de funcionamiento de campo sanitario, el cual puede ser autosuficiente. La asimetría es característica de la diferencia, y de la incompleta tarea de la cognición y de la política. La justa distribución y la sustentabilidad sanitaria deberían ser tareas que la bioética podría asumir profesionalmente.

2.2. Paráfrasis a la Justicia Sanitaria desde la diferencia cultural¹⁶

Desde la perspectiva libertaria sólo puede haber libertad cultural y reconocimiento de la diferencia cultural, cuando la escogencia y distribución justa de los cuidados médicos y de salud sea posible según los usos y las costumbres de las comunidades en las que se preste el servicio. Sólo sería posible lograrla a través de relaciones basadas en la libertad cultural de los pueblos, su autonomía, y mediante el respeto de los proyectos propios de desarrollo.

¹⁶ Esta paráfrasis se desarrolla con base en el trabajo de Beauchamp y Childress, *Principios de ética biomédica*. Según estos autores las tendencias teóricas más aceptadas sobre la organización y distribución de los servicios de salud son la liberal, utilitarista, contractualista e igualitarista. (cfr. Beauchamp 1999).

Desde la concepción utilitarista el reconocimiento de la diversidad cultural se expresan en el énfasis en la distribución de los escasos recursos para la salud debe hacerse sobre la maximización de utilidades culturales. Muchas inversiones de programas en salud no prosperan en virtud de que los agentes sanitarios han subestimado el rol de la cultura en el éxito de los programas sanitarios. En la concepción utilitarista, a tierra que fueres has lo que vieres. Para esta concepción solo es ético aquello que produzca mayores beneficios culturales a menores costos financieros. Tienen plena justificación ética los programas de prevención y de salud pública en general.

La concepción contractualista propone la justicia como equidad. Bajo este punto de vista las partes contratantes de un proceso social, político, económico o cultural, llegan a la definición de lo justo en donde todos ponen y todos ganan, pero deben hacerlo según su diferencia cultural. El reconocimiento recíproco de las diferencias culturales es el resultado de toda negociación y, en consecuencia, de todo horizonte abierto de producción social.

La concepción igualitarista fomenta la igualdad para todos según la necesidad, es decir a cada uno debe dársele según su diferencia cultural y exigírsele según su capacidad diferencial. Para esta concepción la justicia no es adecuada si no da a cada uno según su diferencia: solo así pueden coincidir la justicia con la igualdad. Pero la igualdad no puede resultar de los procesos de personalización o de objetivación de las formas; solo es posible en tanto en cuanto los procedimientos se den por igual a todos atendiendo las diferencias de cada quién.

Con el paso de los años los principios de autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia, se han visto enfrascados en interesantes deliberaciones, pro y anti principios. Debate al que nos interesa ingresar por la vía de la introducción de la aspiración de reconocimiento de la diferencia cultural –de modo transversal, es decir que atraviase todos y cada uno de los principios bioéticos clásicos-. En algunos otros casos, como el señalado por Duque (2001), los colectivos han optado por definir otros criterios y otros principios éticos como guía para la priorización en la asignación de los recursos para la salud. Destacaremos algunos de los señalados por considerados relevantes a la hora de intentar pensar los principios bioéticos desde la lógica del reconocimiento de la diferencia cultural y de la no discriminación:

- Dignidad humana: Mismos derechos para todos.
- Necesidad y solidaridad: Más recursos y cooperación donde hay más necesidad y vulnerabilidad.
- Costo-efectividad: Relación razonable entre costo-efectividad. No todo tratamiento o intervención que no aporte beneficio debe ser proscrito.
- Prioridad: Tratamiento, diagnóstico, cuidado, prevención y autocuidado de los niños y los discapacitados tienen la prioridad mayor.
- Necesidad: Relativizar que la necesidad mayor tiene preferencia sobre una necesidad menor. Necesidades de calidad de vida tienen igual importancia con la salud.

Cuando el tema de la justicia sanitaria relaciona la equidad y la eficiencia, temas sin duda de urgente reflexión y operacionalización, la discusión termina subsumiendo los valores morales en valores económicos, acaba construyendo al sistema sanitario en el sujeto de los derechos humanos, y despojando a los pacientes de los derechos que realmente les pertenecen. La eficiencia y la equidad es la discusión que mal llevada conduce a la sustitución del sujeto de los derechos de la salud, por lo cual sus resultados no podrán ser beneficiosos para los consumidores de la salud, aunque se suponga que tales acciones están dirigidas hacia ellos, como por ejemplo, temas relativos a la información relevante para los consumidores de la salud, definición, revisión y ajuste de beneficios, períodos de carencias, copagos y demás mecanismos de control a las demandas innecesarias, estrategias de prevención, control de la contratación, neutralización de inequidades, y estandarización de prácticas clínicas que eliminan procedimientos innecesarios, inseguros o ineficaces.

Ni siquiera el fomento y el fortalecimiento de la cultura del consentimiento informado sería ventajoso, pues el se redujo al costo de un papel para firmar, desposeído de cualquier relación humana. El consentimiento informado, en términos de eficiencia no es más que un escueto trámite administrativo en el que el paciente cree que decide según sus expectativas de vida y sus valores éticos y sociales respecto a su percepción de su salud.

Finalmente, la forma como se piensa la equidad, la diferencia y la eficiencia en el manejo de los servicios de salud es, -señala Escobar- “un reflejo de la forma como una sociedad se piensa a sí misma. La manera en que una comunidad se ocupa de los pobres, de los más ancianos y de los más jóvenes, es la medida para saber a qué clase de sociedad aspira. La limitación de prestaciones es un problema hoy porque realmente no hemos sabido afrontar la cuestión de qué clase de sociedad somos, o qué clase de sociedad queremos ser. Este debe ser realmente el punto de partida para abordar el dilema de la equidad y la eficiencia. En una sociedad sana y civilizada, la ética debe guiar a la economía, no la economía a la ética” (Escobar 2004:67).

CONCLUSIONES

Lo presentado retomó la agenda bioética potteriana, e insistió que, de ser posible, la inclusión de la diferencia cultural en la bioética podría renovar sus sentidos globales y locales en varios campos. Gracias a la diversidad cultural consistente en la multiplicidad de concepciones de mundo, costumbres y comportamientos frente a la vida que emerge la problemática bioética. Los retos de la bioética dependen del encuentro –conflictivo o no, pero siempre diferenciado– de la pluralidad de configuraciones sociales, culturales y políticas concretas que demandan ser atendidas según las particulares lógicas de entender racionalmente lo bueno y lo malo de sus acciones, instituciones, cosmovisiones y símbolos frente a la vida saludable y sana.

Lo primero que se concluye es, agendar la reflexión sobre el significado de dos términos de uso común: sanidad y salud, con base en el reconocimiento de la diferencia, diversidad y no discriminación cultural. Y, si fuera posible precisar su significado bioético, mucho más interesante sería. Se trataría de abordar la especificidad de cada uno de los términos y ojalá hacerlo en el contexto de los acumulados de la reflexión bioética. Lo segundo, es estudiar comparativamente los impactos de los ámbitos colectivos e individuales en los estudios bioéticos, con independencia de la línea bioética que se defienda, bien sea potteriana, principalista o latinoamericana. Lo tercero, es introducir la tensión entre lo público y lo privado, pues el salto de las éticas centradas en el paciente humano y en la enfermedad, a éticas de complejidad como la bioética nos llevan a retomar ciertas consideraciones no resueltas en la filosofía moral. Se trataría de revisar las éticas de fin y las de motivación para esclarecer los lugares de convergencia entre los comportamientos sociales o morales, las motivaciones humanas y sus reivindicaciones, la formación de las costumbres, y todo aquello que se presta a confusión entre las visiones etnológicas y las éticas.

Conocimiento, convivencia y diferencia, están asociados a la ciencia, la justicia y la cultura, que no son otra cosa que acercamientos progresivos a la Bioética, la Justicia Sanitaria y la diversidad cultural. Con base en el mito de Esculapio se infirieron una serie de preguntas que nos permiten avanzar en el papel que deben ocupar en la reflexión bioética la diferencia cultural, lo colectivo y lo individual, y lo público y lo privado, la salud y la sanidad. Pero, sobre todo, la finalidad de la mítica en este artículo tuvo por objeto poner sobre la mesa el debate sobre las limitaciones conceptuales introducidas por las Naciones Unidas en torno al derecho a la salud. Es una tarea bioética de primer orden impulsar la crítica y la vigilancia académica en esta materia.

Se relacionó a la bioética y a la justicia sanitaria con la diversidad cultural, en la perspectiva del reconocimiento de las diferencias culturales para la formulación de las políticas públicas que tengan que ver con la salud y el bienestar de los ciudadanos, ensayando las potencialidades teóricas y prácticas de las dimensiones culturales en la bioética. Tal reconocimiento hará más justa la justicia, más saludable la salud, más sana la sanidad. La demanda de reconocimiento de la diversidad cultural, es decir, una demanda por el derecho a ser diferente y a vivir según lo propio con autonomía. Es la forma –se dijo– más acertada de hallar justicia, igualdad, libertad y fraternidad, si tales principios marcan aún el escenario de lo justo, porque se puede ser libre, fraterno e igual, siendo diferente culturalmente.

¿Será la bioética la ciencia del fin al que debe dirigirse la conducta de los seres humanos respecto de la vida en el planeta, íntegra e integralmente concebida? ¿Es el interrogante una pregunta cultural, propiamente dicha? Se dijo en el artículo de la estrecha relación entre moral y cultura, entre antropología y ética. La moral y la cultura derivan de la naturaleza humana, con la finalidad es conservar la vida en y de las sociedades mismas. La salud y la felicidad –cualidades de Hygeia– son el fin de la conducta humana deducible de la naturaleza racional del ser humano, ninguna cultura quiere la infelicidad, el dolor y la enfermedad, aunque para lograrlo los Estados –que son formas culturales– aterricen, torturen y maten.

Finalmente, se argumentó que no se puede reducir el derecho a la salud a una síntesis de consumos médicos, porque está visto que los consumos de medicamentos y de tratamientos conducen las más de las veces a hábitos contra la salud, natural o artificial. No se pueden confundir los derechos comerciales, incluso el derecho al consumo, con el derecho a la salud que es la posibilidad de uso de la libertad individual y colectiva de vivir en sana salud, bienestar, felicidad y calidad de vida. La justicia sanitaria tiene que ver con la producción social de los objetos de la sanidad y de la salud, y la producción social de las regulaciones concomitantes a que haya efecto. Se trata de una cuestión moral, si se quiere cultural, que forma comportamientos, costumbres y valores. La producción social de los objetos de la sanidad y de la salud es histórica y el lugar de la bioética en ese proceso es central, dado que la bioética nos aproximaría a la producción de los fenómenos morales, éticos y tecnocientíficos, que permiten entender, intervenir, reproducir y transformar las prácticas y las instituciones dedicadas a la administración, conducción y reestructuración de los conocimientos, prácticas y sentidos sobre la vida. La conexión de la justicia sanitaria con la bioética es preactiva.

La perspectiva cultural de la bioética que hemos propuesto dinamiza dos nociones de lo colectivo: la primera que está en relación con los derechos de los grupos, la segunda con relación a los comportamientos y acciones colectivas. La primera es una idea estática, pero lamentablemente es la más socorrida: los derechos humanos de la segunda generación. La segunda, soporta la idea de producción social de la sanidad y de la salud, como un comportamiento y una acción colectiva que moviliza a los ciudadanos.

El manejo de los servicios de salud refleja la forma como la sociedad se piensa a sí misma, y es la medida para saber a qué clase de sociedad aspira para evolucionar y reproducirse. La limitación de la bioética deontológica se expresa en su incapacidad para afrontar la cuestión de qué clase de sociedad somos, o qué clase de sociedad queremos ser, que es el punto de partida para abordar el dilema de la diferencia cultural como otra forma de pensar la igualdad, la libertad, la equidad, la eficiencia y demás valores asociados.

BIBLIOGRAFÍA

- Averroes. 1995 *Exposición de la 'República' de Platón*. Barcelona: Altaza.
- Beauchamp, Tom; Childress, James. 1999 *Principios de ética biomédica*, Barcelona: Masson.
- Berlinguer, Giovanni. 2002 *Bioética Cotidiana*. México: Siglo XXI Editores.
- Bettelheim, Bruno; Rosenfeld, Alvin 1994 *El arte de lo obvio*, Colección Drakontos, Madrid: Crítica.
- Bilbeny, Norbert 1997 *La revolución en la ética. Hábitos y creencias en la sociedad digital*, Barcelona: Anagrama.
- Bobbio, Norberto. 1995 *Derecha e izquierda*, Madrid: Taurus.

- Buchanan, Allen (et. al.) 2002 *Genética y justicia*. Madrid: Cambridge University Press.
- Casado, María. 1996 *Materiales de Bioética y Derecho*, Barcelona: Cedecs.
- Cecchetto, Sergio. 2004 "Identidad y trasplante de órganos", Buenos Aires: Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y técnicas. Inédito.
- Costa Soto, Mahal Da. 2001 "¿Cómo podría pensarse la Justicia Sanitaria desde la bioética? en: *Bioética y justicia sanitaria*, Colección Bíos y Ethos, Bogotá: Universidad El Bosque.
- Diani, Mario. 1992 "The Concept of Social Movement", en: *The Sociological Review*, 4: 1-25.
- Duque Zea, José Humberto. 2001 "Bioética y Justicia Sanitaria. Eficiencia vs. Equidad: un dilema insoluble", en Manuscrito inédito. Medellín: Universidad Pontificia Bolivariana.
- Escobar Triana, Jaime (dir). 1999 *Panorama Bioético. Cuerpo, Salud y enfermedad*, Colección Pedagogía y Bioética, Bogotá: Universidad El Bosque.
- Escobar Triana, Jaime (et. al). 1998 *Bioética y derechos humanos*. Bogotá: Universidad El Bosque.
- Buendía, M. (et. al) 2001 *Bioética y Justicia sanitaria*, Colección Bíos y ethos, Bogotá: Universidad El Bosque.
- Buendía, M. 2002 *Bioética y ciencias sociales*. Bogotá: Universidad El Bosque.
- Buendía, M. 2004 *Horizontes de la Bioética. Salud y realidad social*. Bogotá: Academia Nacional de Medicina – Universidad el Bosque.
- Galvis, Cristian. 2002 *Justicia Sanitaria*, Colección Pedagogía y Bioética, Bogotá: Universidad El Bosque.
- García Gómez-Heras, José; Velazco Castelo, Carmen. 2005 *Bioética. Perspectivas emergentes y nuevos problemas*, Madrid: Tecnos.
- García Cardona, Gustavo. 2001 "Hacia un ethos sanitario", en: *Bioética y justicia sanitaria*, en: *Bioética y justicia sanitaria*, Colección Bíos y Ethos, Bogotá: Universidad El Bosque.
- Garrafa, Volnei; Kottow, Miguel; Saada, Alya. 2005 *Estatuto Epistemológico de la Bioética*. México: Red Bioética, UNAM.
- Gracia, Diego. 1998 *Profesión médica, investigación y justicia sanitaria*, Bogotá: El Buho.
- Habermas, Jürgen. 1998 *Escritos sobre moralidad y eticidad*, Barcelona: Paidós/ICE-UAB.
- Heller, Agnes. 1990 *Más allá de la justicia*. Madrid: Editorial Crítica.
- Herrera Flórez, Joaquín 2000 *El vuelo de Anteo*, Valencia: Desclée de Brouwer.
- Kottow, Miguel. 2005 "Antropología médica como propedéutica de la bioética", en: *Revista Brasileira de educação médica*, Vol. 29, No. 1, pp. 41-47.
- Kuhn, Thomas. 1990 *Teoría de la estructura de las revoluciones científicas*, México: FCE.
- Lolas Stepke, Fernando. 2000 *Bioética y antropología médica*, Santiago: Mediterráneo.
- Mainetti, José Alberto. 1992 *La transformación de la medicina*, La Plata: Quirón.

- Mainetti, José Alberto. 2000 *Bioética en América Latina*, La Plata: Quirón.
- Max Neef, Manfred. 2006 "El poder de la globalización." *Revista Facultad de Salud Pública*, Vol. 24, Medellín: Universidad de Antioquia, pp.22-28.
- Montiel, Lucía. 2001 "Derecho a la salud en México. Un análisis desde el debate teórico contemporáneo de la justicia sanitaria", en: *Revista del Instituto Interamericano de derechos Humanos*, Vol. 40, pp. 291-313.
- Montt Monberg, Julio. 2001 "Panorama de la justicia sanitaria en América Latina", en: *Bioética y justicia sanitaria*, Colección Bíos y Ethos, Bogotá: Universidad El Bosque.
- Muguerza, Javier. 2004 "¿Convicciones y/o responsabilidades? (Tres perspectivas de la ética en el siglo XXI)", en: *Revista de Investigaciones*, UNAD, Vol. III, No. 1, Bogotá.
- ONU. 2000 *El Derecho al disfrute del más alto nivel posible de Salud*, París: Organización de Naciones Unidas, E/C/2000/4.
- ONU. 2005 *La Convención sobre la Protección y Promoción de la Diversidad de las Expresiones Culturales y Artísticas*, París: Organización de Naciones Unidas.
- Pellegrino, Edmund. 1979 *Humanism and the Physician*, Knoxville: University of Tennessee Press.
- Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios 1995 *Carta de los agentes de la salud*. Bogotá: Selare.
- Potter, Van Rensselaer. 1971 *Bioethics, bridge to the future*, New Jersey: Prentice Hall.
- Potter, Van Rensselaer. 1990 "Bioética puente, bioética global, bioética profunda", *Cuadernos del Programa Regional de Bioética*, Santiago de Chile: Organización Panamericana de la Salud.
- Reyes, Miguel; Villamil, Luis Carlos; Hoz, Fernando de. 2006 *La salud pública tanto humana como animal*. Cuadernos del Doctorado 4. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Rodríguez del Pozo, Pablo. 1998 "El objeto de la justicia sanitaria", en: *Bioética y derechos humanos*, Colección Bíos y Ethos, Bogotá: Universidad El Bosque.
- Santos y Vargas, Leonidas. 1998 "La justicia Sanitaria como prioridad para América Latina", en: *Bioética y derechos humanos*, Colección Bíos y Ethos, Bogotá: Universidad El Bosque.
- Tylor, Charles. 1993. *Política del reconocimiento*, México, F. C. E.
- Zambrano, Carlos Vladimir. 2005 *Derechos Humanos de las culturas*, Medellín: Universidad Pontificia Bolivariana.
- Zambrano, Carlos Vladimir. 2006 *Ejes políticos de la diversidad cultural*, Bogotá: Siglo del Hombre – Universidad Nacional de Colombia.

APORTES A LA EVALUACIÓN DE LA REFORMA DE SALUD EN COLOMBIA

*Carlos Edgar Rodríguez H.**

1. INTRODUCCIÓN

Uno de los temas que mayor controversia y discusión ha causado en los últimos años, no solo en Colombia sino en todos los países, incluso los más desarrollados, es la evidente necesidad de introducir modificaciones a los sistemas de salud, en razón de los crecientes costos, las barreras de acceso, los intereses económicos, la multiplicidad de ofertas y oportunidades tecnológicas y en general las implicaciones para la vida y el bienestar de los seres humanos.

Quienes trabajan en el sector salud, resultan en ocasiones involucrados en profundos cambios en su trabajo y en muchos casos enfrentan graves dilemas éticos, en temas tan complejos como la restricción de recursos para prestar los servicios en razón del pago o el cierre de las instituciones en las que laboraban y en las que antes se sentían seguros.

La propuesta central de este documento, consiste en plantear algunos elementos conceptuales acerca de la evaluación de las reformas de salud, que permitan, por lo menos para el caso colombiano, orientar a los interesados, mostrando de manera general los elementos que se discuten con mayor frecuencia, especialmente en el escenario político. De tal manera y si el objetivo se cumple, es posible orientar la mirada hacia el fondo de los problemas y acercarse a la comprensión de las propuestas nuevas de reforma, analizando en que consisten con ejemplos sencillos y como operan los elementos de análisis propuestos (segmentación, fragmentación, financiamiento, rectoría, calidad).

Si estos elementos son tenidos en cuenta, es posible que marquemos derroteros más claros para el sector en los próximos años y contribuyamos a hacer más reales los principios planteados normalmente en este tipo de reformas.

* Médico Cirujano Universidad Nacional. Especialista en Admón. de Servicios de Salud. Especialista en Gerencia Social, Magíster en Bioética - Universidad El Bosque. Fue Jefe Nacional de Urgencias Minsalud. Director de Acreditación en Salud, ICONTEC. Profesor Universidad El Bosque.

Este tipo de análisis debe permitir además comprender en la práctica los dilemas que se plantean desde el campo de la bioética, en particular los relacionados con la Justicia Sanitaria. En efecto la discusión sobre este tema se inscribe en el campo de la macrobioética, la cual se ocupa de los problemas de la vida, tanto a nivel individual como general.

Existen múltiples preguntas en esta campo: ¿La asistencia sanitaria ha de estar cubierta por el sistema de seguridad social en salud o no? ¿Y hasta dónde por el Estado? ¿Es este un problema privado y del individuo, o es una cuestión pública? ¿Cuál es el rol del Estado en relación con la salud pública y cómo entendemos este concepto de salud pública? Son entre otros interrogantes que implican un abordaje desde la bioética.

Para abordar estas preguntas y poder comprender la lógica actual de las reformas a los modelos de salud y seguridad social, es necesario analizar como ocurrió el despegue de los sistemas de seguridad social y de seguro médico, lo cual ocurrió hacia 1925, con las tesis de Keynes, quien planteaba por ese entonces que el motor del empleo y de la economía misma era la demanda y no la oferta como afirmaba Say. La tesis concedía importancia al concepto de "demanda efectiva". Por esta vía los Keynesianos veían en términos de demanda, de largo plazo, los sistemas de seguridad social, que implantara el Estado, incluyendo la cobertura de invalidez, vejez, enfermedad y desempleo. Desde esta perspectiva los sistemas de seguridad social estimularían el consumo y aumentarían la riqueza circulante, por ejemplo asegurando un ingreso al no trabajador, que podría ser reinvertido a través del consumo. Con el paso del tiempo las tesis de Keynes fueron convirtiéndose en la receta para muchos países, logrando beneficios en unos lugares y en el largo plazo problemas relacionados con las posibilidades reales de los Estados para asumir las obligaciones resultantes de ser quienes impulsaran el consumo de las poblaciones, al asumir un papel de intervención directa y ser generadores de empleo, obras y compromisos con la sociedad.

Dos ejemplos internacionales suficientemente ilustrados son de una parte, el caso de los Estados Unidos, especialmente a partir de Roosevelt, quien introduce en este sentido, los conceptos de seguridad social, trabajo y beneficencia; la creencia de que el Estado tiene el deber positivo de procurar que el nivel sanitario se eleve, cobrará fuerza, hasta llegar luego de años de discusión, a que la administración de L. Jhonson cree el seguro obligatorio de enfermedad para personas mayores de 65 años (Medicare) y el pago de los gastos de asistencia sanitaria a los necesitados (Medicaid).

El otro ejemplo clásico es el modelo del Sistema Nacional de Salud Británico, introducido sobre las bases de Keynes por Beveridge, en el que se incluía el seguro de desempleo, el seguro de incapacidad, de jubilación, de viudedad, de maternidad, de matrimonio y de entierro. La seguridad social cubría trabajadores y familia y la beneficencia nacional a los no asegurados. Tales tesis tenían desde luego su base conceptual en la larga tradición de los postulados de Bismark en Alemania y de Childs en Suecia¹.

En el caso Colombiano, la reforma constitucional de 1936, Gobierno de López Puma-rejo, intenta darle al gobierno un papel más activo en el manejo de los asuntos sociales. El Estado tiene deberes frente a los individuos y frente a la sociedad. En esta línea se hace eco a la tesis de Keynes y a la intervención del Estado. En 1938 se crea el Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social, con el fin de conjugar las acciones de la política social².

La aplicación de las tesis mencionadas promoverá una transformación en los modelos de salud, la lógica de la caridad y beneficencia, será reemplazada por la contribución obligatoria de los ciudadanos y del propio Estado. El seguro de enfermedad activó, sobre todo en los países más ricos, sectores económicos, hoy muy poderosos como el farmacéutico y el hospitalario. La medicina pasó de ser domiciliaria a institucionalizarse en hospitales cada vez más dotados, la profesión médica se especializó, el gasto en salud fue creciente hasta convertirse en un problema para toda la sociedad.

En el mundo entero las discusión actual, sobre la organización de los servicios de salud incluye la necesidad de racionalizar los gastos asociados con la prestación de los servicios, sobre todo aquella vinculada con la financiación a partir de recursos públicos. Esta nueva preocupación, aparece en franca oposición a los planteamientos del Keynesianismo y tiene como fundamento la cada vez mayor proporción de recursos destinados a la cobertura de salud, sin que se consiga fácilmente la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios. La intervención del Estado (parece ser la tendencia) debe equilibrarse con la participación del sector privado, la definición explícita de los beneficios cubiertos por la seguridad social y la búsqueda de consensos que permita la administración más eficiente de recursos siempre escasos en comparación con la necesidad. En los países pobres, la discusión se torna aun más compleja, por cuanto en ninguna época, el modelo intervencionista del Estado, logró configurarse como un hecho real, en razón de lo cual se trata de un Estado "seudo interventor" que ha invertido sobre todo en asistencia hospitalaria, descuidando las actividades de educación, promoción, prevención, salud pública, etc. y evaluando muy poco la calidad de los servicios ofrecidos y sobretudo el impacto de las decisiones políticas.

En una perspectiva amplia, se trata de analizar algunos de esos elementos y aproximar a los interesados en el abordaje actual de estos temas, en el contexto de las reformas propuestas al sistema general de seguridad social en salud en Colombia en el 2004.

Sin duda la situación en términos de justicia sanitaria en Colombia es cada vez más compleja, incluyendo factores como el empobrecimiento generalizado de un porcentaje alto de la población, la dependencia económica, la imposibilidad de generar riqueza, en un medio de alta incertidumbre en razón de la guerra, el terrorismo y la presión de los delincuentes sobre la población civil, la mayor demanda de servicios de salud, las dificultades para cubrir con un solo plan de salud a toda la población, el incremento en los recursos

para la salud sin efectos positivos en determinados indicadores, entre otros muchos factores que explican el interés de analizar las propuestas actuales y comprender su significado.

Al hablar de justicia sanitaria en el caso colombiano, se parte de un supuesto: existe un derecho a la asistencia sanitaria. Tal derecho se expresa en una norma jurídica, por el caso la Ley 100 y todo su marco reglamentario. Sin embargo la sola existencia de la Ley, no garantiza la materialización del derecho. Debe analizarse entonces, cuáles son los contenidos justos y los límites justos de ese derecho³. La reforma al sistema de salud debe tener en cuenta la noción de los supuestos o reales derechos, que el sistema pretende cubrir, la forma en que lo hará, los costos para la sociedad y los ciudadanos, etc.

El debate en torno a la justicia sanitaria plantea la necesidad de articular dos momentos claramente descritos: el deontológico o principialista y el teleológico o de las consecuencias. En palabras de Diego Gracia⁴. "En el mundo occidental parece haberse llegado a una cierta convergencia de opiniones entre ambos puntos. De las varias teorías deontológicas que han ido contendiendo entre sí, en la explicación de la justicia distributiva, la que entiende esta como bienestar colectivo, parece ser sin duda la más aceptada y aceptable. El hecho de que todas las declaraciones de derechos humanos y las constituciones de la práctica totalidad de los países occidentales, coloquen junto a los derechos civiles y políticos, la tabla de derechos económicos, sociales y culturales, es buena prueba de que la teoría deontológica de la justicia, no puede entenderse hoy como "proporcionalidad natural" ni como "libertad contractual", ni tampoco al menos en la generalidad de nuestros países como "igualdad social" sino como "bienestar colectivo".

En cuanto al otro momento, el teleológico, el acuerdo es aun más claro. Los gestores y los políticos tienen obligación de optimizar la "utilidad pública" de los recursos disponibles, para lo cual han de actuar conforme a los criterios propios de la economía".

Desde esta perspectiva, la reforma a la seguridad social en Colombia, se enfrenta a un problema práctico: ¿Cómo adecuar los principios concebidos en la Ley: universalidad, equidad, igualdad, a las prácticas reales, que el propio sistema propicia desde su perspectiva económica, política y administrativa? En el caso Colombiano la concepción de garantías sociales, planteada en la Constitución Política de 1991, genera enormes retos para su implementación en la práctica social, si se tiene en cuenta el contexto, caracterizado por la pobreza, los efectos de la violencia, la inequidad en la distribución de los recursos y la carencia de acceso a los servicios básicos a un porcentaje alto de la población. Sin una estructura social incluyente que garantice condiciones reales de participación en el trabajo y en la vida productiva, los principios en ocasiones se convierten en discurso. A la vez los encargados de la construcción de las políticas de salud y de la gestión y operación de las mismas, tienen que hallar soluciones prácticas, con los recursos disponibles. El presente trabajo propone elementos de análisis concreto, que permitan a los gestores sanitarios, saber si las propuestas de reforma a la Ley 100, tiene en cuenta los principios y analizar las

consecuencias de las decisiones que se tomen, a propósito de la agenda de modificación al sistema.

2. ANTECEDENTES

Desde 1993 Colombia implementó un proceso de cambio en la estructura de su sistema de salud. La reforma se encuentra plasmada en la Ley 100 de 1993 y en un sinnúmero de reglamentaciones posteriores.

Los principales intereses políticos de la transformación apuntaban a aumentar la cobertura de salud a la población, en especial aquella con mayores limitaciones de acceso, aumentar la participación del sector privado, introducir una dinámica de competencia para forzar el mejoramiento en la calidad e intentar mecanismos de racionalización del uso de los servicios, entre otros muchos objetivos.

La mayor parte de los planteamientos de la reforma son congruentes con los lineamientos generales establecidos por el consenso de Washington y las políticas generales de agencias internacionales, en particular el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y el Banco Interamericano de Desarrollo^{5,6}. En este sentido la reforma posee características comunes a las realizadas por otros países de la región, entre otras: forma parte de reformas más amplias del Estado y de procesos de ajuste estructural para reducir el déficit fiscal y el desborde del gasto público a través de la reducción en el tamaño del Estado, a veces sin medir con detalle los efectos sociales; mayor participación del sector privado, no siempre con los controles necesarios y en general, presión de organismos financieros para implementar los cambios con fuertes modificaciones a los marcos legales, entre otros de la constitución -1991- conceptos incluidos, en la denominación genérica de "modernización".

La reforma transcurre, en un escenario político interno, con notoria inestabilidad, escasa gobernabilidad, en razón del conflicto armado, el más antiguo del continente, un enorme impacto de la violencia sobre todos los sectores de la vida social, graves escándalos por corrupción y una recesión económica, que agrava la tensión social y por tanto las condiciones que perpetúan el conflicto.

En el escenario externo, las políticas de globalización que implican la redefinición de múltiples límites en el ámbito del comercio mundial, la ruptura de paradigmas, como las fronteras territoriales, aparición de nuevos fenómenos de dominación, negociación y manejo del poder, deben ser tenidas en cuenta. Colombia muestra una enorme dependencia de los Estados Unidos y de su definición de políticas para la reducción del tráfico de drogas o el manejo de subsidios para los productos de exportación. Las posibilidades de atraer inversionistas externos son limitadas, en razón a los problemas de seguridad, a la inestabilidad en las reglas del juego y a las tasas impositivas.

Existe en general escasa capacidad de negociación ante organismos multilaterales; aparte, la globalización tiene indudables y notorios efectos sobre el mercado de trabajo y ha generado en opinión de la mayoría, más precarización del empleo, desempleo campesino, con el consecuente desplazamiento y deterioro de las condiciones de vida, pues tiende a generar mayor presión de servicios públicos e infraestructura en las ciudades. Este elemento tiene, de paso, un notorio impacto en el éxito o el fracaso de las reformas al sector salud, pues el empleo informal crece con las consecuencias de evasión a los sistemas de contribución que en últimas son los que garantizan recursos para la ampliación de coberturas. Los efectos positivos de la globalización en el caso de Colombia no están bien estudiados o se conocen poco y la integración a mercados más amplios en particular al ALCA requiere un análisis profundo que para muchos aún no se realiza. Se considera cierto grado de improvisación en la negociación y para algunos, priman los intereses particulares sobre los generales. No es claro en este punto cuál es la agenda interna de desarrollo, cuales los productos y servicios en los que se considera el país puede entrar a competir con eficiencia. A la vez el dilema para los gobernantes, entraña sacrificar posibilidades de integración económica con socios comerciales fuertes, con los cuales además se han contraído enormes deudas públicas y privadas y que tienen evidente capacidad de presión en todos los terrenos.

Para la situación del sector salud es de particular interés la discusión sobre patentes comerciales y su impacto en el precio de la canasta de medicamentos básicos. La fuerte actitud proteccionista de Estados Unidos frente a este y otros temas constituye una preocupación en medio del panorama de pobreza y en general de la escasa competitividad de la incipiente industria nacional.

En el caso de la reforma a la salud, realizada en 1993 en Colombia es llamativo, pero no extraño, que el origen de la discusión sobre el modelo de salud haya partido primero de la discusión sobre el modelo de pensiones –Proyecto de ley 155–. Como se sabe, la crisis económica involucra un grave déficit en las cuentas que cubren los beneficios a los jubilados, en razón de lo cual, las reformas apelan al aplazamiento del disfrute de beneficios y por supuesto al incremento de la contribución. A la vez el interés por introducir el modelo de administradoras de fondos de pensiones, tiene tras de sí, amplias implicaciones en las posibilidades de participación del capital transnacional, al igual que ocurre con los llamados modelos de salud administrada, hoy de gran interés para empresas especializadas del sector de otros países⁷.

Los elementos de contexto nos deben permitir valorar con mayor rigor los efectos positivos y negativos de cualquier cambio. Una tendencia habitual, por lo menos en el caso de los trabajadores de la salud en Colombia y seguramente de la ciudadanía en general, ha sido la tendencia a descalificar o aceptar las propuestas, reformas y políticas, sin conocer con detalle las causas, los antecedentes y desde luego las consecuencias. Hay un efecto de apreciación general sobre las decisiones políticas, que las valora en principio, basándose en las impresiones que sobre el tema nos dejan por ejemplo los medios de comunicación, la popularidad, casi siempre transitoria de un gobierno o el carisma de un dirigente.

En este sentido las posiciones sobre el éxito o fracaso de la reforma son encontradas, desde quienes opinan que ha generado un notorio avance en la cobertura, hasta quienes la califican como uno de los mayores daños que se le ha hecho a la salud del país. Desde luego, la situación es mucho más compleja que emitir un juicio de valor y requiere un nivel de análisis mucho más profundo y holístico que normalmente escapa a todas las visiones y que es difícil de recoger en un solo texto. En parte eso explica, las discrepancias de criterio sobre un tema tan importante como la seguridad social en un país cualquiera. A la vez los actores implicados, pueden estar interesados en presentar una posición, para favorecer determinado interés lo que hace que la ponderación de la transparencia de las apreciaciones y de sus sesgos se convierta en un problema adicional.

Un asunto aún más complejo, es apreciar la manera en que inciden fenómenos que escapan a nuestro dominio, en términos de su comprensión; por ejemplo los elementos del comportamiento macroeconómico, sobre todo para el caso de aquellos dedicados a la actividad clínica. Bien vendría entonces, una aproximación a esos temas en una línea ojalá muy general, que con carácter didáctico permita la comprensión de algunos de los problemas claves. A partir de esos razonamientos es posible vislumbrar soluciones más concretas y lograr aproximaciones de criterio que ayuden a sumar soluciones, más que a agravar las discrepancias, lo cual de paso puede ser uno de los problemas mayores: si no es posible obtener acuerdos sobre temas en los que se posibilita el consenso, la posibilidad de obtenerlos en aquellos en los que las condiciones son mucho más difíciles, tenderá a ser menor. Este comentario cabe a la luz de los problemas de las negociaciones de paz y puede ser muy importante para comprender parte de la problemática del país: la escasa capacidad de llegar a acuerdos en beneficio de todos.

Otro asunto de interés, es analizar cómo es presentada esta información en el exterior y que impresión pueden formarse analistas externos sobre el problema. Llama la atención que gran cantidad de factores internos quedan excluidos de la información general en razón de lo cual la perspectiva se pierde. Conviene que las personas interesadas en analizar la situación, cuenten con resúmenes no muy extensos y algunos parámetros que les permitan evaluar y comparar.

Los analistas internacionales pueden carecer de elementos clave, para comprender la situación. Las cifras en ocasiones resultan contradictorias entre sí, insuficientes o simplemente inexistentes. La jerga utilizada para mencionar a los diferentes participantes del sistema, los planes de beneficios, etc. resultan a veces confusos. A efectos de comparar la situación de un país con otro, los lenguajes resultan a veces incomprensibles y las mismas palabras no necesariamente significan lo mismo. Se requiere ajustar los contextos, precisar los términos y darles su justa dimensión y sentido. Ahora que diferentes interesados presionan una nueva reforma (¿o una contrarreforma?) habría que detenerse a analizar si todos entendemos lo mismo y tenemos claro el significado de lo que queremos cambiar y por qué.

Los retos principales de los sistemas de salud atraviesan varios tópicos: cobertura a toda la población, focalización de los escasos recursos hacia los más pobres, racionalidad en el uso de los servicios, calidad de los mismos, costos de trámites y en general un número importante de variables que no siempre es sencillo asociar ni evaluar.

El estudio del contexto debe entonces, incluir obligatoriamente una mirada a factores económicos, sociales, políticos, culturales, etc. que resulten, preponderantes y de alto impacto y que pueden explicar el éxito o el fracaso de una determinada medida. Estos sucesos coinciden a veces, con la implementación de reformas, los anteceden, o aparecen con posterioridad a los cambios modificando a veces de manera estructural los supuestos iniciales y alterando en forma parcial o definitiva los resultados que el planificador bien sea local, o aquel que impulsó el cambio desde una agencia internacional esperaba.

En este orden de ideas caben algunas preguntas iniciales: ¿es posible aproximar el conocimiento de un modelo de salud a grupos de interés, no necesariamente expertos, a partir del análisis de la evolución de un proceso concreto de reforma de salud? ¿Cuáles son las dificultades principales en la definición de planes de beneficios? ¿Qué implicaciones tiene la definición de coberturas específicas para poblaciones de diferentes ingresos? ¿Hasta qué punto los cambios macroeconómicos explican los éxitos y dificultades de una reforma? ¿Qué mecanismos de evaluación son deseables? ¿Dónde están los puntos críticos en materia de éxitos o de fracaso que deberían servir como aprendizaje a otros grupos, a otros países? ¿Qué propuestas se pueden hacer a partir de la revisión de estos hechos?

Con estas ideas generales, es evidente que la discusión de un tema tan complejo como la reforma de la salud de un país, envuelve un número muy grande de variables. Muchos profesionales de la salud en Colombia ignoran hechos fundamentales que permitirían entender los problemas políticos que inciden y afectan las decisiones; en muchos casos, se conocen las implicaciones pero no es claro como deberían evaluarse y que alternativas proponer. Suelen confundirse por otra parte, los objetivos de una reforma con las condiciones del sector salud, en particular con las condiciones de los hospitales públicos y en general no son claros para la mayoría los efectos de las políticas o las razones de las mismas.

Un mecanismo para abordar este tipo de problemas consiste en realizar una revisión general de la situación y luego examinar en forma específica determinados problemas. Los principios generales utilizados para evaluar la eficiencia de las reformas de salud en el mundo pueden ser de gran interés para todos los interesados en el sector, en este especial momento histórico. A la hora de analizar las decisiones políticas de los gobernantes, sobre estos temas, una valoración concreta y objetiva puede contribuir en la comprensión de los problemas de justicia sanitaria y quizá a proponer soluciones alternativas. Propongo describir algunos de estos elementos como aporte a la cultura de evaluación de las reformas de salud, los aspectos a tener en cuenta son múltiples, por eso sugiero centrar la discusión en aquellos relacionados con los problemas de segmentación, fragmentación, financiamiento,

rectoría y calidad. Algunos problemas adicionales como los relacionados con la salud pública o el excesivo costo de transacción, resultan de gran interés en nuestro caso particular.

La descripción de la situación general y el contexto debe ayudar a ubicar al lector en la situación particular del país, posteriormente podremos describir las propuestas actuales de modificación al sistema y hacer los comentarios de rigor. Todo ello, creo, redundará en beneficio de los estudiosos que quieran tener una base inicial para la discusión y quieran profundizar después en cada tópico específico. A mi modo de ver un aporte fundamental sería, brindar elementos conceptuales claros y sencillos para evaluar las propuestas de reforma en forma general. Es deseable que las comparaciones de efecto se refieran a lo mismo, la sociedad necesita saber si sus representantes políticos, están abordando soluciones de fondo a problemas concretos.

2.1 Información básica para el análisis

Desde hace más de 55 años Colombia sufre un grave conflicto armado; la proliferación de las guerrillas, FARC (Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia), el ELN (Ejército de Liberación Nacional) así como de otros grupos al margen de la Ley ha ocasionado un conflicto social de enormes repercusiones económicas y sociales, que genera una enorme mortalidad asociada con fenómenos de violencia, más las consecuencias de limitación a la vida productiva y a las posibilidades de inversiones para el desarrollo. El asesinato del caudillo liberal Jorge Eliécer Gaitán en el año 1948, agravó a una lucha fratricida por el poder y una cada vez más notoria polarización de país, con efectos nefastos sobre la distribución de la riqueza y el poder de los medios de producción, en particular de la tierra. La población civil, vive en la línea de fuego cruzado, entre las fuerzas armadas de la nación y las diferentes guerrillas.

En los últimos años este panorama se ha visto agravado por la aparición de grupos de autodefensa, que venden protección a las poblaciones y toman medidas de retaliación en contra de población supuesta o realmente asociada, por diferentes motivos, con auxilio a las guerrillas; las represalias son particularmente sangrientas, siendo responsables de masacres a poblaciones enteras con igual o mayor daño que el de los demás grupos. Las violaciones a los derechos humanos son frecuentes y la asociación entre fuerzas paraestatales y las del Estado mismo ha sido denunciada, generando enormes dudas sobre la legitimidad del aparato estatal.

Los intentos políticos de negociación para alcanzar la paz han fracasado en diferentes épocas, dejando una estela de duda sobre su posibilidad real; en algunos gobiernos se ha logrado la reinserción de varios grupos armados, lamentablemente, muchos exmilitantes fueron asesinados, después de su reinserción a la vida civil, con lo cual se generó desconfianza sobre las posibilidades de los procesos de paz.

A finales de los años 80 Colombia vivió una grave crisis de todo orden resumida en un recrudecimiento del conflicto armado, impulsado por la crisis económica de la época, la intensificación de la guerra con los grupos al margen de la ley, aunados a la violencia generada por el narcotráfico (narcoterrorismo). Esta otra forma de violencia relacionada con la lucha por la dominación del territorio para la siembra de cultivos ilícitos y la presión para evitar la posibilidad de aprobación de la extradición, entre otros muchos factores, generó una enorme inestabilidad política. Estos elementos, más la agudización de la pobreza y las diferencias de clase y de distribución de la riqueza ocasionaron una crisis social de proporciones incalculables, la cual incluyó el asesinato de candidatos presidenciales, graves daños a la infraestructura y temor generalizado de la población, convirtiendo al país en el lugar más inseguro del mundo.

En 1991 se promulga la nueva constitución, con el fin específico de introducir un mínimo de gobernabilidad ante la evidente anarquía generada por los factores mencionados y se proponen un sinnúmero de reformas sociales, consecuentes con las premisas de la multibanca, las necesidades de reducir el grave déficit fiscal y controlar el desborde de algunos indicadores macroeconómicos. En el caso de la salud, la constitución consagra el derecho a la salud y su conexión con el derecho fundamental a la vida, la cobertura universal y una serie de principios entre los cuales cabe destacar la equidad, solidaridad, eficiencia, calidad y participación social.

La motivación por propuestas de manejo del Estado más eficientes, por ejemplo la concepción descentralista, la lucha contra la corrupción y las reivindicaciones a grupos discriminados, dio lugar a un texto constitucional, bastante incluyente en términos de derechos para los ciudadanos y responsabilidades para el Estado, aparte el impulso a reformas estructurales en especial en lo que hacía a la protección con subsidios a los campesinos, artesanos y grupos menos favorecidos. Lo que no quedó claro allí en muchos casos y para muchos temas, fue la fuente de financiación, aunque se previó un aumento en impuestos tanto de tipo directo como indirecto. La tesis de la apertura económica en diferentes sectores de la producción fue acatada y consensuada, interesaba sobretodo inyectar aires de gobernabilidad a la socavada institucionalidad democrática.

Una vez definido el nuevo derrotero del país, empréstitos adicionales fomentaron el optimismo colectivo e hicieron renacer la fe en las posibilidades del país, este esquema fue muy evidente en el cuatrienio 1991-1994, en el que gobernó César Gaviria Trujillo, las cifras de crecimiento económico y cierta estabilización de las condiciones sociales, o por lo menos una ilusión de su posibilidad, permitieron creer en un futuro. Es en este contexto que surge la discusión de la reforma de la seguridad social en salud, el terreno estaba abonado para ello: dificultades crónicas del sector hospitalario, tesis de apertura, liberalización de mercados, participación privada, interés y presión de la multibanca para implementar modelos, presión para flexibilizar el empleo y un gran optimismo social sobre las posibilidades futuras.

Los efectos de este optimismo, en parte mal fundado y carente de bases, sobretudo financieras incluyen muchos efectos negativos. Habría que discurrir mucha información sobre el tema y eso desviaría la atención, de lo que nos ocupa. Baste señalar que el efecto de la apertura sobre la economía agrícola fue devastador, ahondando la pobreza crónica del campesinado colombiano, debido en gran parte a la importación masiva de alimentos y algodón, en razón a que los países ricos continúan subsidiando sus productos agrícolas, por lo que los locales resultan poco competitivos en precio y calidad. Se calcula, que por esta causa se perdieron 700.000 hectáreas de producción agrícola y se duplicaron los cultivos ilícitos pasando de 57.500 hectáreas en 1994 a 112.000 en 1999. Estos hechos condujeron a un crecimiento del desempleo rural y al aumento de la migración. A la vez la pérdida de estímulos a pequeños empresarios y artesanos entre otros, dio al traste con las economías minoristas de textiles y otros productos, generando mayor desempleo en las grandes ciudades.

Un elemento particular de este análisis es el recrudecimiento de la lucha contra los carteles de las drogas y su efecto sobre la economía subterránea, que en el caso Colombiano contribuye a paliar la crisis social, en parte por el lavado de activos, el impulso a la construcción de vivienda suntuosa y la generación de empleo informal. Sin justificar en manera alguna este esquema de sobrevivencia, tiene connotaciones en la vida de los ciudadanos que no se pueden desconocer. Su peor efecto desde luego es la capacidad de corromper todas las esferas de la vida nacional y generar cierto estilo de vida basado en la facilidad del delito como medio de subsistencia.

En el ámbito de los servicios de salud se vivía una enorme presión sobre los mismos, por razones de eficiencia pues no se encontraban preparados para el incremento de casos de urgencias. Las malas condiciones de calidad de la atención, el excesivo monopolio público, el alto costo fijo acumulado por prestaciones y pasivos pensionales, etc. son todos factores que impulsaron y dieron sentido a la reforma. En el caso de pensiones, es notoria la enorme disparidad en los montos nominales de las pensiones de ciertos grupos privilegiados y la imposibilidad para mantener reservas suficientes para el pago de nuevas cohortes de pensionados.

La reforma de la seguridad social en salud en Colombia, tiene múltiples antecedentes adicionales, de interés particular para esta revisión pueden ser, el llamado Estudio Sectorial de Salud de 1988-1989, realizado por el Ministerio de Salud y el Departamento Nacional de Planeación (DNP) y la ley 10 de 1990, en el primero se convocó a un grupo de expertos para definir una imagen objetivo del sector salud, este grupo planteó un sistema de cobertura universal, sin barreras económicas, geográficas ni culturales, que garantizara el derecho a la salud, con énfasis en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, acciones coherentes con las necesidades municipales, la gestión comunitaria y las relaciones intersectoriales. Por otra parte la Ley 10 de 1990 promovió la descentralización política, administrativa y fiscal y en el caso del sector hospitalario público propuso la definición de normas explícitas de calidad y la regulación del acceso de personal al sector⁸.

2.2 La expedición de la Ley 100

En 1993 a pocos meses de terminar el gobierno Gaviria, es promulgada la reforma contenida en la ley 100; es diciembre y el entusiasmo todavía es alto; en una atropellada carrera contra el tiempo, se decide reglamentar todos los elementos posibles de la ley con el fin de dejar el camino ordenado al nuevo gobierno. En agosto de 1994 asume Ernesto Samper como nuevo presidente de la República, las condiciones de su ejercicio estarán minadas por un gran escándalo relacionado con la introducción de dineros ilícitos en la financiación de su campaña; el llamado proceso 8000, ocupará buena parte del tiempo del gobierno y de la opinión pública. Las relaciones con los Estados Unidos se afectarán, dado que ese gobierno decide no certificar la lucha contra el tráfico de drogas, lo cual implica reducir el comercio de flores, café y algunos productos; con ello se afecta gravemente la ya débil economía colombiana, la inestabilidad y el pesimismo, parecen ensombrecer nuevamente el panorama del país.

Es posible que las réplicas del entonces candidato Samper al modelo de Estado, hayan generado la reacción del establecimiento y que detrás de esta nueva pérdida de legitimidad, en este caso del gobierno, existieran otros intereses, pero ese debería ser tema de otro estudio. La verdad es, que en el caso de la reforma del sector salud, esta situación tendrá un efecto demoledor, muchas de las normas reglamentarias carecerán de soporte práctico y ocasionarán una enorme confusión; el Gobierno entrante cometerá errores de orientación política, dando lugar, sobre todo en la primera etapa, a equivocaciones en la asunción del rol planteado para el organismo rector, que para algunos de los impulsores de la reforma, será una de las causas de las dificultades que aparecerán luego. Una conclusión en este punto estaría referida a las responsabilidades de implementación de una reforma de esta magnitud, a la necesidad de un derrotero único, que ofrezca seguridad sobre el camino a seguir y a la paciencia necesaria para obtener resultados de largo plazo.

A nuestro modo de ver es deseable que este tipo de transformaciones ocurran al comienzo de un gobierno y no sobre el final, con ello se evitarían los virajes, muy frecuentes en el caso del ejemplo en cuestión, una vez asume el gobierno un partido o una tendencia diferente. A la vez, la Ley definió un plazo para la orientación al sector, de tal forma que la reforma comenzó a operar en el año de 1995; llama la atención la escasa participación e interés de los trabajadores del sector salud por esta época y la escasa credibilidad en la posibilidad de cambios de paradigma que representaba la propuesta política y jurídica.

La Ley 100 de 1993, definió un nuevo modelo caracterizado por la transformación de subsidios de oferta a la demanda, de tal forma que se definiera un plan de beneficios para la población pobre, el cual se iría ampliando en forma transitoria hasta cubrir al 100% de la población. Se trata fundamentalmente de trasladar los recursos disponibles para pagar oferta pública, hacia un subsidio representado en dinero per cápita con el cual se cubre un determinado plan de beneficios. Como se verá, la importancia técnica de la definición del

tipo de actividades de salud cubiertas por los planes cobrará una importancia enorme, en la eficiencia de la asignación de los recursos, en la calidad de la atención y en el desempeño general del sistema.

2.3 La crisis económica 1995 – 2000

Aparte los antecedentes mencionados, entre 1995 y 2000 Colombia vivió la peor recesión económica de los últimos 60 años, con un descenso sostenido del producto interno bruto que incluso presentó un decrecimiento de 4.3% en 1999, la cifra de desempleo que se encontraba en 7.8% en 1995, ascendió al 16.7 o al 18% según fuente en el año 1999.

En el curso de la recesión que comenzó en el tercer trimestre de 1998 la producción total de bienes y servicios cayó a una tasa promedio de 3.6% anual, los sectores más afectados fueron la construcción y la industria que experimentaron caídas del 22.4% y el 10.1% respectivamente y dejaron de emplear a 259.000 trabajadores⁹.

Los factores que explican esta catástrofe económica son múltiples, en términos económicos, “la crisis es atribuible a un excesivo crecimiento del gasto y del endeudamiento, desde principios de la década de los 90, la economía mantuvo niveles de consumo en los que la demanda agregada excede en forma importante la producción. Esto indica que los hogares, empresas y gobierno, entraron en una fase de gasto acelerado a lo largo de la década, por encima de su generación de ingresos, que los llevó a producir déficit sostenidos y persistentes; es decir, un problema de flujos, lo que condujo a acumular un nivel de deudas que aumentó considerablemente sus pasivos y su vulnerabilidad financiera, lo cual creó un problema de balance, que alimentó las condiciones para la fase recesiva”¹⁰.

Estas condiciones sumadas al bajo precio internacional del café y la magnitud de los daños ocasionados en el eje cafetero a raíz del terremoto del 25 de enero de 1999, agravaron las condiciones de la economía. Aunque la economía creció 2.8% en el 2000, el desempleo subió a 19.7%¹¹. El número de pobres creció de 19.7 millones en 1997 a 22.7 millones en 1999. Entre 1990 y 1999 el gasto del gobierno central con relación al PIB pasó de 9.5% a 18%, financiado inicialmente con mayores impuestos e ingresos de las privatizaciones, terminó después generando un déficit fiscal creciente, un aumento de la tasa de interés real y un incremento significativo del servicio de la deuda. Dado el creciente desbalance del sector público este fue atendido de manera recurrente por el gobierno central a través de endeudamiento, así mientras en 1995 el saldo de la deuda del Gobierno central equivalía al 15.1% del PIB, en los años siguientes se produce un incremento que va a 22.1% en 1998 y a 43.7% en el 2001. El saldo de la deuda interna pasó del 4.6% del PIB en 1994 a 20.8% en el 2001¹². El crecimiento de éste endeudamiento, elevó las tasas de interés, haciendo disminuir aún más la demanda, desincentivando la inversión privada, agravando la recesión y llevando al sector financiero a la crisis. Todos estos elementos dieron lugar a nuevas

estrategias de ajuste, acordadas en el programa macroeconómico con el FMI en 1999, basadas en mantener un régimen de disciplina monetaria, reestructuración del sistema financiero, reducción del déficit fiscal y política de financiamiento externo acompañado de ajuste macroeconómico. Se desarrollaron desde entonces nuevas reformas tributarias, del sistema de transferencias, del sistema de pensiones, racionalización del gasto público y de presupuestos, se creó un impuesto adicional a las operaciones financieras. Además se congeló el salario de los empleados públicos y se procuró reducir la burocracia y los gastos que no fueran de inversión.

Diferentes investigadores¹³ han coincidido en señalar que los avances logrados por Colombia en la lucha contra la pobreza fueron anulados por la recesión y que posiblemente, el país necesitará una década de crecimiento sostenido del 4% para disminuir la pobreza al nivel que tenía en 1995.

2.4 Los supuestos de la reforma planteada en la Ley 100

Como puede deducirse de este recuento, la reforma partió de unos supuestos establecidos a principios de la década de los 90, en unas condiciones de optimismo, recursos frescos de empréstito, gobernabilidad en ascenso, apoyo internacional y demás factores discutidos. En la práctica, la crisis descrita modificó estructuralmente las condiciones de la implementación, en particular las específicas del crecimiento económico a comienzos de los 90, generación de empleo, posibilidades de ejercer los principios de solidaridad y equidad a través de diferentes actos de naturaleza jurídica, como la afiliación obligatoria al sistema, la definición de un conjunto de ingresos para el financiamiento procedentes de diferentes fuentes, que tendrían como resultado en un plazo estimado para el año 2001, la cobertura universal con un seguro único, administrado por entes públicos o privados, en un esquema mixto, con separación de funciones de asegurador, prestador y regulador, introduciendo incentivos a la competencia, con los cuales se aspiraba a obtener mayores beneficios para los usuarios.

A la vez la reforma modificó y organizó nuevos marcos de responsabilidades, para distintos tipos de autoridades políticas: trasladar un rol importante a los actores territoriales, (gobiernos departamentales y municipales) intentando conciliar, las posturas de privatización con aquellas de preferencia estatal, dando lugar a un esquema mixto, de participación pública y privada en competencia abierta. La nueva definición para el rol del Estado, será asumir un papel rector y modulador, abandonando la prestación y el aseguramiento. Se trata de volver autónomas, las "empresas" del Estado de tal manera que participen y compitan en el mercado, introduciendo esquemas de eficiencia; esta decisión, desligará al Estado de determinadas responsabilidades, en especial del sostenimiento de los hospitales públicos ya por entonces con graves dificultades de sobrevivencia.

El Estado, en ese rol regulador, impondrá las reglas de juego. Para este fin se define una instancia de rectoría y concertación, el llamado Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, que tiene a su cargo entre otras, la discusión sobre los planes de beneficios y el valor de la llamada UPC (unidad de pago por capitación) con la cual se define lo que el sistema pagará por cada afiliado a un determinado régimen.

En forma transitoria y mientras se consolidan los recursos para el sistema, provenientes de impuestos y obligaciones del propio Estado se definen dos planes básicos de beneficios, uno para los cotizantes y otro para aquellas personas sin capacidad de pago.

El plan del llamado régimen contributivo, incluye a la población trabajadora, es decir la franja económicamente activa de la población, que cotiza de acuerdo con su nivel de ingreso, a partir de un monto determinado en salarios mínimos legales vigentes. El aporte es conjunto entre trabajador y patrono y asciende al 12% del salario, 8 puntos a cargo del empleador y 4 a cargo del trabajador. En el caso de los trabajadores independientes, cotizan aquellos con más de dos salarios mínimos de ingreso, los trabajadores que ganan más de 4 salarios transfieren un punto de su cotización para cubrir a los que no tienen la posibilidad de cotizar, con lo cual se genera un mecanismo de solidaridad obligatorio.

En este paquete de beneficios, la cobertura de los servicios es amplia, pues solamente excluye, las atenciones de ciertos eventos en particular la cirugía de carácter estético, algunas actividades de odontología y de salud mental. Su cobertura está basada fundamentalmente en un modelo de aseguramiento, en cabeza de EPS (entidades promotoras de salud), incluye en calidad de beneficiarios a los familiares en primer grado de consanguinidad, hijos o padres y a algunos otros parientes con el pago de cotizaciones extras.

En este modelo teóricamente no hay restricciones de uso, salvo las actividades mencionadas en el párrafo anterior y las impuestas por las entidades que administran el sistema. La población se encuentra distribuida entre varios aseguradores, en particular el Instituto de Seguros Sociales, de carácter público, otrora el principal asegurador que conservaría durante un tiempo, cerca de un tercio de los afiliados a este sistema; el resto se distribuye entre las aseguradoras existentes, en su mayoría de carácter privado. Vale la pena destacar como algunas medidas tomadas en forma reciente, desarticulan al ISS separando la función de prestación de la del aseguramiento; esta decisión que era de vital importancia para el desarrollo del sistema a comienzos de la reforma, no se tomó en forma oportuna, por la escasa capacidad de negociación frente a sindicatos y otros actores interesados y condujo a que los nuevos actores de la seguridad social en el país, es decir las administradoras de planes de beneficios, adoptaran para sí, las mismas tácticas del ISS. Esto condujo a la llamada "integración vertical", es decir al crecimiento de la oferta de servicios de salud que depende del propio asegurador, con lo cual según las instituciones públicas se rompe la regla de juego básica de competencia libre, puesto que el asegurador contratará preferiblemente a su propia red. El asegurador a la vez, defiende la tesis, de que en esta forma reduce

costos, al tener mayor control sobre las actividades de su oferta y tiene verdaderos incentivos de calidad para los afiliados. Una y otra posición ameritan evaluaciones que a la fecha no se han realizado, en especial aquellas relacionadas con los recursos invertidos en el crecimiento global de la oferta de servicios de salud, sobre la base de competencia y no de la necesidad. La duplicación de infraestructura innecesaria constituye un costo demasiado alto para la sociedad, que además contradice las propuestas de articulación tecnológica entre entidades tipo consorcios.

La modificación planteada a este punto en la Ley 715 constituyó una discusión de importancia para el sector en su momento, que infortunadamente se vio frustrada con un fallo de la Corte Constitucional que autorizó, la aplicación del concepto a las instituciones públicas y dejó en libertad a las privadas para ofrecer más servicios, sin un control específico.

Un segundo plan de beneficios, es el del régimen subsidiado, que se financia con recursos fiscales y de transferencias a los municipios en razón a la descentralización, más los que genera el sistema por la solidaridad mencionada anteriormente, así como los provenientes de otras fuentes de financiación, entre otros un impuesto definido en la ley que dio lugar a bastante controversia en su momento, el llamado impuesto a las armas y municiones. El grupo beneficiario, lo constituye la población que no tiene capacidad de pago, carece de empleo y se encuentra categorizada como perteneciente a la población más pobre. Tiene como característica, el ejercicio aparente de solidaridad de los más ricos a los más pobres, en la medida que aquellos que más cotizan subsidian a los que no pueden cotizar con un punto de sus aportes. El sistema se alimenta también de recursos propios del presupuesto nacional de diferente origen.

En este segundo sistema, la diferencia de cobertura por servicios es bastante notoria, con relación a la cobertura del régimen contributivo. Se definió un plan obligatorio de salud, denominado POS subsidiado, que por diferencia del plan del contributivo deja sin cubrir un número importante de eventos que en su momento se consideraron como de baja frecuencia o cuyo costo impedía incluirlos por razones de financiación.

En general podemos señalar que la cobertura de este plan, es mayor para el primer nivel de atención, con una cobertura limitada en el segundo y tercer nivel y posteriormente con una banda ancha de cobertura en las patologías denominadas de alto costo (SIDA, cáncer, transplantes, insuficiencia renal crónica, gran quemado, entre otros). Dichos eventos deberían ser reasegurados por el administrador de dicho plan de beneficios. El logro de cubrir estas patologías, que por su característica de costo terminan excluyendo a quien las padece, es considerado uno de los avances más grande de la reforma.

Uno de los problemas principales del modelo en términos de su cobertura, equidad del sistema y calidad misma de los servicios ofrecidos, es justamente, la diferencia que se suponía transitoria en los planes, dado que la ley pretendía unificar las coberturas de los

planes en un tiempo determinado, con un plazo que vencía en el año 2001. La imposibilidad de lograr este avance de cobertura ha generado importantes problemas que deben ser objeto de análisis y discusión.

Además de los planes descritos, el problema más grave del sistema será la incapacidad de generar una cobertura integral del sistema de seguridad social en salud. En efecto una fracción muy importante de la población, carece de cobertura formal, en términos de la definición de un plan específico de protección. Para solucionar este problema la salida propuesta ha sido la de proponer que esta población, debe ser cubierta con recursos de oferta, es decir con aquellos recursos destinados a pagar el funcionamiento y operación de la red pública de hospitales, este grupo, podría corresponder a cerca de 19 millones de ciudadanos.

El problema general, de este grupo, al que durante un tiempo se ha denominado "vinculados" siendo que en verdad carecen de los parámetros formales para la vinculación al sistema, es que no tiene un plan definido de acciones de salud que deberían ser cubiertas y también de aquellas que deberían ser excluidas. Como se pensó que este vacío sería transitorio y que en la medida que se dispusieran los recursos sería posible cubrir a toda la población con un plan global, se generó un grave déficit de orden en el sistema, cuyo efecto más evidente es que este grupo carece formalmente de atención y accede a ella en la red pública. A su vez, la red pública se ha visto enfrentada a una enorme crisis de sobrevivencia pues una parte de los recursos que antes sostenían el sistema hospitalario se han desviado o "transformado" en el argot del modelo, hacia el pago de los subsidios que se transfieren a un tercero pagador, en el denominado modelo de salud administrada. Como a la fecha el monto real de dicha transformación es cercano al 60%, las entidades de salud han perdido capacidad de respuesta a las necesidades de la población. A las vez debe tenerse en cuenta que la cobertura del sistema subsidiado es parcial, con lo cual cerca del 40% de las atenciones deben ser cubiertas por la red pública. Estos dos elementos sumados, constituyen el fondo de la problemática de la reforma ocasionada por la Ley 100 y las propuestas de solución a estos problemas deben constituir el tema central de cualquier nuevo intento de reforma.

Para entender algunos de los problemas del modelo de salud administrada, se señalan a continuación una serie de elementos, que dicho sea de paso sería de mucha importancia tener en cuenta en aquellos países que están buscando soluciones a los problemas tradicionales de su modelo de salud, pues, por lo menos en el caso de Colombia, existe una aguda controversia sobre su utilidad práctica, aunque para ser justos también deben tenerse en cuenta los beneficios potenciales o reales señalados por sus defensores.

En resumen el esquema de aseguradoras se caracteriza por la participación de un actor adicional en el modelo, que tiene bajo su responsabilidad un número determinado de afiliados, por quienes recibe un determinado subsidio en el caso de pobres, con cuyo valor

se compromete a prestar un número determinado de acciones de salud (las definidas en el plan) que a su vez deben garantizar a través de la compra de servicios, a la red pública, privada o propia.

La función principal de esta aparente intermediación estaría hipotéticamente en la responsabilidad de mantener sana a la población, dado que recibe igual dinero por atenderlos o mantenerlos sanos, lo que supondría un mayor interés en acciones de promoción y prevención, así como mayor control en la calidad y evidentes economías de escala.

Uno de los temas que más se discute es el tiempo mínimo de permanencia del usuario con un mismo asegurador, así como el monto mínimo del dinero disponible que deberá destinarse a pagar la administración de los recursos. En el caso del modelo colombiano hay en este momento una enorme discusión sobre las ventajas y riesgos que representa esta figura. La evidencia inicial condujo al gobierno a reducir el porcentaje pagado a las administradoras del régimen de subsidio de 15 a 10% y luego al 8% del valor total definido per cápita, a ordenar la agrupación de varias de estas entidades para evitar costosas administraciones para números reducidos de pacientes y recientemente a introducir modificaciones adicionales en el funcionamiento, para manejar conceptos de regionalización, pago oportuno y un número importante de problemas asociados.

Es tal la discusión que el propio presidente Uribe (que en su época de senador fue ponente de la reforma) en diferentes foros ha solicitado fórmulas para mejorar la eficiencia de este modelo o evaluar la posibilidad de suprimirlo para evitar un gasto elevado en acciones que no son visibles en cuanto a efectos en salud para las comunidades.

Existe además, cerca de un millón de personas afiliadas a regímenes especiales entre los cuales se incluyen, las fuerzas armadas, los maestros, los trabajadores de la petrolera estatal y los propios autores de la reforma, es decir el congreso, lo cual entre otras genera una crítica sobre la voluntad de los propios reformadores de excluirse del proceso y mantener para sí prebendas y derechos negados con la ley al resto de la población.

En un intento de síntesis, resumamos que existen por lo menos tres grandes poblaciones cubiertas con diferentes modalidades de planes de beneficios, los pertenecientes al llamado **régimen contributivo**, con una cobertura más global en términos de servicios y que cubre a la clase trabajadora y a su familia, el llamado **régimen subsidiado**, que cubre a la población con menos capacidad de pago, que se selecciona con base en unos parámetros específicos y cuya canasta de servicios es menor por definición a la del grupo anterior, cubriendo aproximadamente un 60% de las acciones por la salud contenidas en el plan del contributivo y un **régimen de población cubierta con recursos de oferta**, no de demanda que no tiene definido un plan de beneficios concreto y cuyos servicios se cubren con los recursos que financian la red pública de hospitales.

2.5 El marco de evaluación

A partir de un conocimiento básico de la situación de la reforma, de sus elementos organizativos principales y de su esquema de funcionamiento es posible proponer algunas estrategias de evaluación ordenadas y temáticas que permitan aportes de fondo al sistema y conclusiones nuevas que ilustren las decisiones políticas. Desde nuestro punto de vista este análisis es condición previa importante para cualquiera que esté interesado en aportar soluciones.

Como se puede concluir de la descripción, el modelo de seguridad social en salud, parte de unos supuestos, especialmente de orden económico que en la realidad no ocurrieron. Múltiples premisas de la implementación misma, no se han podido cumplir, por diferentes situaciones, por ejemplo la ausencia de una sola línea política con relación al tema o la reducción del tamaño de los organismos que deberían definir políticas y controlar su implementación. El impacto de las condiciones económicas externas y de su influencia en la eficiencia misma de la reforma no es muy claro, y el efecto de las decisiones como la diferenciación de planes de beneficios, tampoco. A la vez, si bien es claro un efecto de aumento en la cobertura, no queda claro el beneficio global dada la presencia de otros problemas, como las dificultades para focalizar el gasto en los más vulnerables o el impacto del desempleo sobre la posibilidad de ejercer solidaridad.

En el mismo sentido, los efectos positivos de la reforma no son evaluados con profundidad o su peso ante la inmediatez de tantos otros problemas se subvalora. Es necesario tener en cuenta además, que el mejoramiento o desmejoramiento de las condiciones de salud de la población debe ser una medida de mayor interés que la simple salud del sistema, como ya se mencionó. Conviene entonces diferenciar dichos problemas y analizar las posibilidades de evaluación.

Los temas fundamentales de la discusión durante el proceso de concepción y desarrollo de la reforma Colombiana, son comunes a las discusiones que se han realizado en la mayoría de los países tanto desarrollados como en vía de desarrollo y se centran en: a) Extender los mecanismos de solidaridad y protección financiera, es decir que los mecanismos clásicos descritos de solidaridad: ricos a pobres, jóvenes a viejos y sanos a enfermos operen. b) Estabilizar en el tiempo dicha protección para épocas de crisis. c) Equilibrar los recursos coherentemente con la capacidad de financiar servicios. d) Aumentar la eficiencia de localización y técnica al producir servicios y e) Mejorar la función de rectoría de las demás funciones en los sectores público y privado¹⁴.

Otros autores proponen marcos similares para evaluar el desempeño de los servicios de salud, dado que países con niveles similares de ingresos y de gastos tienen resultados diferentes en términos de su posibilidad de alcanzar metas sanitarias.

Se justifica tener en cuenta por lo menos tres elementos claves: mejorar la salud (aumentar el nivel medio de salud y reducir las desigualdades), acrecentar la capacidad de respuesta a las expectativas de la población y asegurar la equidad. A estos fines, puede ser muy importante, definir el alcance del sector salud, los mecanismos y alcances de las inversiones y en términos de capacidad de respuesta, conocer factores claves de la atención al usuario, como respeto de la dignidad, autonomía, confidencialidad, información para la toma de decisiones, atención oportuna, acceso a redes de apoyo, posibilidad de elección, etc, así como de equidad en la distribución¹⁵.

La reforma de la salud en Colombia completa 10 años desde la fecha de su expedición y 9 desde su implementación formal. Corresponde por tal a lo que se han denominado reformas de primera generación¹⁶ que en razón de su evolución ameritan una evaluación cuidadosa y la definición de nuevos derroteros. Hasta ahora la reforma se ha centrado en promover cambios financieros estructurales e institucionales, ajustar la organización y la administración y en el caso particular promover una enorme discusión no siempre clara sobre objetivos, beneficios y perjuicios.

Es evidente que existen diferentes percepciones sobre el éxito o fracaso de la reforma y que cada cual opina desde una perspectiva diferente, para los profesionales de la salud, por ejemplo sobre todo para aquellos con mayor tiempo en el ejercicio, el cambio constituye un retroceso, los profesionales jóvenes no necesariamente piensan lo mismo. Otro tanto ocurre con el personal de las instituciones de salud públicas que han visto recortados sus ingresos y aumentada su carga laboral. Por su parte los usuarios, sobre todo aquellos que antes carecían de un esquema explícito de protección, ahora se benefician de un subsidio así sea parcial y tienen en términos de derecho, posibilidades de exigir más o mejores servicios; podrían por ello considerar que la reforma ha sido exitosa, como de hecho lo han demostrado algunas encuestas sobre calidad de vida.

Todos estos ejemplos sirven para ilustrar la dificultad que implica el análisis y en general la complejidad del problema que nos ocupa. Es deseable, por tanto, pensar cuáles son los logros principales, las mayores dificultades y proponer los correctivos a que haya lugar.

Uno de los errores más frecuentes que se aprecian en el panorama político de Colombia es el frecuente cambio de rumbo. Las modificaciones a las políticas con frecuencia impiden que los procesos se decanten hasta ser exitosos, también ocurre que se obra de manera irreflexiva, repitiendo errores sin detenerse a evaluar alternativas, uno y otro extremo son errores con enormes costos sociales.

En el caso del sector salud, preguntas frecuentes incluyen la necesidad de hacer una nueva reforma, cambiar de rumbo la actual, hacer una pausa en la implementación. Pensar en las modificaciones tomando como base los resultados de los análisis y la evidencia

estadística debería ser el camino. En igual forma las agencias internacionales invierten recursos importantes en evaluación, o los propios gobiernos lo hacen, apelando incluso a costosos empréstitos, para conocer los efectos; la pregunta principal que hay que hacer al respecto es, ¿qué tanto conoce la sociedad esos resultados? ¿Qué tanto modifican la postura política de las autoridades? ¿Qué tanto influyen en la operación misma del sistema?

Por otra parte los intentos de evaluación deben ser examinados para evitar el sesgo por intereses propios de los diferentes actores, los métodos empleados o la posibilidad de obtener modificaciones a partir de resultados concretos. Dado que el sector salud implica enormes inversiones económicas estos intereses permean parte de las decisiones e influyen de manera decidida en el resultado de las evaluaciones.

A efectos de estudiar la situación es deseable detenerse a examinar algunos de los elementos principales de los cambios y proponer mecanismos de evaluación. Destaquemos a continuación algunos de los puntos a estudiar a partir de los aciertos y fallas del sistema.

2.6 Supuestos fallidos y problemas de operación

La descripción de la situación económica, social y política del país nos ayuda a comprender algunos de los principales problemas de la implementación de la reforma a partir de 1995. Los desarrollos de la reforma misma y los ajustes que ha sido necesario introducir, permiten conocer en parte los supuestos que fallaron y posiblemente sugerir las modificaciones necesarias. Veamos en resumen los principales problemas macro detectados hasta aquí:

- Las hipótesis planteadas en términos económicos partieron de supuestos de crecimiento que por diferentes razones estructurales no ocurrieron. Este efecto se traduce en la ausencia de generación de empleo y en la imposibilidad práctica de generar solidaridad en el sistema.
- La debilidad económica y la inestabilidad política explican que otros recursos, por ejemplo los provenientes de la explotación de campos petroleros dinamitados por la guerrilla, no pudieran ser empleados para fortalecer el sistema.
- La incapacidad del Estado de asumir los compromisos de aportes modificó el cálculo global de ingresos disponibles para atender la cobertura.
- La imposibilidad de lograr la meta de cobertura universal en el año 2001 con un seguro de salud único para toda la población ha generado un grave problema de segmentación y fragmentación.
- Existe una evidente dispersión de la población entre diferentes planes de beneficios, categorías socioeconómicas, restricciones de acceso, pagos adicionales de bolsillo. Todos estos inconvenientes fueron uno de los problemas mayores que se intentaba resolver.
- El grave empobrecimiento general de la población ha generado otros problemas como el incremento de la guerra y de las acciones de la delincuencia, causando otro drama,

el del desplazamiento de población en forma masiva. Se calcula por ejemplo, que hay unas 70.000 minas antipersonales sembradas en más de 200 municipios del país y la Defensoría del Pueblo y la Consejería para los Derechos Humanos calculan en 1.700.000 personas el número de desplazados¹⁷.

- El Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud y los organismos encargados de la rectoría, vigilancia y control de sistema, han sido reducidos y ajustados a su expresión mínima perdiendo en gran parte su capacidad operativa. De hecho ha generado gran controversia la reciente fusión del Ministerio de Salud, con el de Trabajo, para la creación del llamado Ministerio de la Protección Social. Las diferentes reestructuraciones del Ministerio dieron al traste con áreas clave de la organización como la responsabilidad de control de la tecnología o de la definición de políticas para los recursos humanos, reasumido recientemente.
- Se debe reconocer que el sistema generó más recursos para el sistema de salud pero al no generarse empleo formal, el sistema pierde en términos de su capacidad redistributiva y muchos se vuelven dependientes del sistema sin que se pueda ejercer solidaridad de aquellos que trabajan a los que no.
- Al desatenderse los mecanismos de vigilancia y control se favoreció la posibilidad de delitos contra el patrimonio de la seguridad social, de todo tipo, desde los robos continuados en administradoras, IPS, alcaldías, etc. Hasta las pérdidas por fraude al sistema, en evasión y elusión.
- Con relación al incremento de los recursos para la salud, llama la atención un crecimiento notorio de los recursos totales destinados por el país como proporción del PIB (10%) el cual debería ser considerado un efecto positivo de la reforma. Aunque en los últimos años ha experimentado descensos y se ha estabilizado en alrededor del 8.9% la proporción de gasto privado es de 5.9%; sin embargo, debe contrastarse esta información con los datos reales de atenciones y con la inversión en promoción y prevención. Debe tenerse en cuenta que un monto importante de recursos se han utilizado para la construcción de una nueva infraestructura de salud, posiblemente innecesaria y para la dotación de dichos establecimientos en un contexto que carece de mecanismos de evaluación de tecnología. En estas condiciones no siempre incrementar el gasto significa mejorar la salud.

Aparte de la situación descrita, debe tenerse en cuenta que parte de los recursos generados se han invertido (o gastado?) en pagar la administración del sistema, calculados los recursos para el sistema subsidiado en un billón de pesos de 2002, el costo ascendería a 150000 millones año.

- El régimen subsidiado ha logrado ampliar la cobertura a pobres, pasando de un modelo de “favor”, garantizado a través del Estado. Sin embargo, dada la ausencia de cobertura global, una parte importante de la población se encuentra excluida y debe ser atendida por la red pública. Existe gran debate sobre la conveniencia de pago de este costo de administración especialmente para el caso de los recursos destinados a pobres, por

cuanto con los mismos se podrían prestar más acciones de salud. A la vez están en duda los valores agregados ofrecidos por las aseguradoras especialmente en el caso de las acciones de promoción y prevención lo cual condujo a otra modificación, excluyendo estas acciones de la canasta de servicios de los aseguradores que administran los planes, para trasladar dichos recursos y responsabilidades a los municipios y departamentos.

- Uno de los problemas estructurales del diseño, es la definición del plan de atención del régimen subsidiado por cuanto, si bien tiene coberturas muy importantes, como las atenciones a patologías de alto costo, presenta limitaciones parciales en la cobertura de otras patologías. Esta situación en principio parece un problema menor del sistema que no debería afectar en forma estructural el proceso de la reforma, sin embargo, en la medida que el proceso ha avanzado se ha hecho cada vez más complejo, generando mayores problemas en términos de equidad, justicia sanitaria, distribución de recursos, protección de la población más vulnerable, etc.

La definición de la canasta de servicios del régimen subsidiado ha pasado por diferentes fases. En la etapa inicial su utilización por parte de la población beneficiaria fue menor de lo esperado, por tanto se trasladaron recursos a intermediarios aseguradores que obtuvieron ganancias de recursos de aseguramiento costosamente ganados por la reforma, sin que repercutieran en más o mejor atención a la salud de los pobres. Detectado este problema el CNSSS decidió aumentar la cobertura de ese régimen transitorio intentando presionar mayor uso de los servicios, lo hizo incluyendo en el plan de beneficios, actividades que hasta entonces no estaban cubiertas, varios ejemplos ilustran la situación; la inclusión de las colecistectomías, de actividades de ortopedia, de cirugías de hernia inguinal, etc. Esto condujo a presión mayor sobre las administradoras de dichos subsidios y por tanto a la generación de barreras de acceso para los usuarios.

En otros casos la proliferación de entidades administradoras bajo la concepción de un esquema de administración solidario (empresas solidarias de salud) dispersó notablemente a la población asegurada, generando graves problemas de control. Fue necesario intervenir un número importante de estas administradoras con enormes costos para los sistemas de vigilancia y con la fuga por robo o peculado de mucho dinero proveniente del fondo de solidaridad. Ante tal situación se propuso recientemente la fusión y regionalización de las administradoras del régimen de subsidios.

Otro elemento que afectó gravemente la operación del régimen subsidiado, fue la disposición del flujo de pagos. Los puntos de discusión son múltiples e incluyen costosos trámites de cobro y es frecuente que se presenten glosas y trabas administrativas de todo tipo. Las mismas son originadas en las interpretaciones que se hacen del marco legal de referencia en muchos casos ambivalente y en los borrosos límites establecidos para las coberturas; así, diferentes conceptos emitidos por el organismo rector, han incluido o excluido determinada actividad del plan de beneficios haciendo cada vez más compleja la interpretación y generando abusos que limitan los pagos al prestador o los retardan. Para analizar

algunos de estos problemas se requiere recopilar información sobre los conceptos emitidos, evaluar su pertinencia, contexto, fecha, implicación, etc. Analicemos algunos ejemplos ilustrativos:

- La atención para eventos de ortopedia excluye las cirugías de la mano.
- La cobertura para la atención de cáncer solamente aplica una vez confirmado el diagnóstico.
- Las complicaciones de procedimiento quirúrgicos como colecistectomía no están incluidas.
- La atención a patologías de SNC o medula espinal, solamente está incluida si es para tratamiento quirúrgico.
- La realización de controles médicos no está clara en la cobertura.
- Existen diversas interpretaciones de lo que constituye la atención inicial de urgencias.

Todos estos problemas de cobertura conducen a dificultades de interpretación y causan un verdadero caos en la ejecución de los recursos, pues gran parte de los esfuerzos se dirigen a lograr el pago o a evitarlo. Los costos de transacción del sistema son elevados y un número importante de profesionales debe dedicar su atención a problemas de tipo administrativo.

A la vez dado que los pacientes de todas formas requieren atención, terminan acudiendo a la red pública y esta asumiendo costos de difícil recaudo. Por su parte las aseguradoras aducen que entre tanto no exista orden formal (autorización), no tienen obligación de pagar las atenciones hechas ya a sus afiliados.

2.7 Definiciones básicas

La OPS señala desde su centro de información y análisis sobre reformas del sector salud en América Latina y el Caribe que en general existen cuatro factores asociados a una baja capacidad de respuesta de los sistemas, la segmentación, la fragmentación, el predominio del pago directo y las debilidades del papel rector. En este caso concurren posiblemente los cuatro problemas, la llamada **SEGMENTACIÓN** definida como “la coexistencia de subsistemas con distintos arreglos de financiamiento, membresía y prestaciones, generalmente compartimentalizados, que cubren diversos segmentos de la población, por lo general determinados por su nivel de ingreso o su capacidad contributiva. Habitualmente se manifiesta en un subsistema público pobre y mal atendido –frecuentado por los pobres e indigentes– y en un subsector privado –con más recursos y orientado al cliente– concentrado en los segmentos más ricos. Entre ambos se sitúan los Seguros Sociales que cubren a los trabajadores formales y sus dependientes. Este tipo de organización genera y profundiza las iniquidades en el acceso y el financiamiento de los servicios de salud”¹⁸.

El problema de la segmentación en el régimen subsidiado, es uno de los problemas mayores aunque lamentablemente no el único que se ha presentado con la implementación de la reforma. Si profundizamos un poco más en el análisis encontraremos otros segmentos de población organizados en modalidades distintas de coberturas, entre otros deben tenerse en cuenta los siguientes:

Plan de atención básica, es la cobertura obligatoria a toda la población en actividades específicas de promoción y prevención de carácter genera, está a cargo del estado.

Planes para grupos excluidos del sistema, son beneficios que conservan ciertos grupos sociales o de gremio, docentes, fuerzas armadas, Congreso de la República.

Plan de atención de enfermedades catastróficas y accidentes de tránsito, es una cobertura especial con un fondo proveniente de un impuesto a los vehículos, llamado SOAT seguro de accidentes de tránsito, que prevalece sobre otras coberturas de aseguramiento, con unas coberturas definidas y unos montos de pago por actividad definido mediante tarifas pre-establecidas, cubre las víctimas de accidentes de tránsito y los atentados terroristas entre otros.

Plan de atención a la población desplazada, se definió un monto específico de valor de UPC (Unidad de Pago por Capitación) para pagar la atención, supuestamente transitoria a esta población.

Accidentes de trabajo y enfermedad profesional, es otra cobertura establecida para población trabajadora víctima de estas contingencias y que recientemente se amplió para incluir la enorme población de trabajadores independientes.

Planes de atención complementarios, con coberturas de atención superiores al límite del plan de beneficios de régimen contributivo.

Es importante señalar que algunos de estos esquemas de seguridad social, provienen del esquema anterior mientras que otros se han ido configurando en la medida que la reforma adquiere cada vez más complejidad así como los problemas de salud de la población o los efectos sociales de la crisis.

Como se ve existen múltiples planes de beneficios en todos los cuales aparecen dudas sobre límites, responsabilidades, mecanismos de contratación y pago, manejo de la cartera, reaseguramiento, etc.

Con relación a la **FRAGMENTACIÓN** definida como “la existencia de muchas entidades no integradas dentro de un subsistema”. Esta situación eleva los costos de transacción al interior del sistema en su conjunto y hace difícil garantizar condiciones equivalentes de

atención para las personas atendidas por los diversos subsistemas. La suma de fragmentación más segmentación conduce con frecuencia a dobles y triples coberturas al interior del mismo grupo familiar con la consiguiente ineficiencia en la asignación de recursos¹⁹.

El análisis de esta situación en la reforma de Colombia permite demostrar una gran desintegración y el cruce entre coberturas, duplicidades en la afiliación y movilidad de los afiliados a los diferentes subsistemas. Los mecanismos de selección de beneficiarios en el caso del régimen subsidiado y las explicaciones sobre límites de coberturas dadas antes, son ejemplos de esta situación. El problema de fragmentación más grave se vive con los cruces de coberturas y pagos por atenciones a la población no cubierta por el sistema de demanda. En el caso de las EPS llama la atención la cobertura de acciones de salud que corresponden a las ARP (Administradoras de Riesgos Profesionales) y que terminan siendo cubiertas por el sistema de salud general por fallas en los diagnósticos.

Con relación al tema de **RECTORÍA** habría que señalar que si la misma es débil, impide el establecimiento de reglas de juego justas en la relación usuario-proveedor de servicio y que en el caso del régimen subsidiado, habría que agregar, los problemas resultantes de relaciones más complejas de poder incluyendo la capacidad de lobby de los aseguradores. En el caso que analizamos la rectoría ha atravesado distintas crisis, ya comentadas, diferentes giros, estilos de liderazgo y dirección, así como matices determinados por los intereses de quienes han ostentado el poder en los ámbitos de decisión. Si bien existe un mecanismo colegiado para la toma de las decisiones más importantes, es decir el CNSSS, la representatividad de sus miembros y la claridad de la agenda así como la frecuencia de las reuniones y la evaluación de los actos administrativos que emite, se puede afirmar que existe debilidad técnica y política y habría que admitir que un número importante de decisiones tiene carácter coyuntural y no implicaciones estructurales. El esquema de rectoría se mueve con limitaciones conceptuales y las mayoría de veces las decisiones tienen cambios de última hora a pedido de aquellos con mayor capacidad de lobby. La capacidad de elevar a problema de agenda algunos de los problemas tratados en el presente documento es limitada por la multitud de asuntos operativos que se registran y la necesidad de resolver problemas de coyuntura, un ejemplo claro de ello es el enorme énfasis en la función de asignación de recursos observable en los acuerdos firmados.

En cuanto a los aspectos generales de **FINANCIAMIENTO** o si se quiere del predominio del pago directo, los análisis deben incluir el esquema de manejo de los recursos, la contribución de los diferentes responsables, la fluidez en las diferentes etapas desde la asignación hasta la ejecución, la vigilancia y control, la centralización o descentralización en el manejo de los mismos etc. Es evidente que este resulta un punto crucial para entender problemas de fondo de la reforma en Colombia y para evaluar las posibles soluciones planteadas. En general la discusión sobre el financiamiento no debe ser solo una discusión sobre el flujo de recursos sino sobre la filosofía de la asignación. En Colombia el tema tiene máxima importancia por cuanto las restricciones a las asignaciones directas, reco-

mendadas como mecanismos para introducir eficiencia y equidad en la asignación han obtenido algunos beneficios, por ejemplo de cobertura, pero han generado grandes problemas en la sobrevivencia de la estructura pública de prestación de servicios.

De tal forma que el debate del financiamiento debe ser relacionado con la **GESTIÓN Y ORDENAMIENTO DE LA ESTRUCTURA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** acerca de la cual también debe analizarse qué propone la reforma y valorar los efectos ya descritos de la implementación del actual sistema, en particular los problemas de duplicación de infraestructura, ubicación no correlacionada con las necesidades de la población, incapacidad asociativa y sobre todo integración vertical.

Sobre los argumentos de **CALIDAD** es necesario siempre hacer un balance; las implicaciones de la fragmentación y segmentación, sobre la calidad no han sido tampoco analizadas, con frecuencia se ha abordado el problema de la calidad de la atención en forma fragmentaria y se considera aisladamente que las mejoras en la competencia entre instituciones por los usuarios, por sí misma constituye mejoramiento de la calidad, lo cual en nuestra práctica ha resultado no ser cierto. Graves problemas relacionados con algunos de los atributos de la calidad deben ser tenidos en cuenta, así, la pérdida de oportunidad de la atención, ocasionada por las múltiples trabas administrativas, el trajinar de los usuarios de un sitio a otro hasta encontrar responsables de su atención puede constituir un problema de marca mayor, velado por la opinión de que se cuenta con un esquema explícito de protección.

Por último, aunque no por ello menos importante es que debe ser posible analizar el abordaje dado a las acciones de salud pública, especialmente en el ámbito de las responsabilidades de los diferentes niveles, las formas previstas para financiar dichas acciones, el marco de responsabilidades, el esquema de monitoreo de cumplimiento, etc.

La propuesta de análisis de los esquemas de evaluación de las reformas de salud, propuesta en este documento, avanza, aunque sin excesivas pretensiones, en el sentido de proponer la aplicación cuidadosa de las definiciones básicas a los contextos reales, agregando otras áreas de trabajo, a las usualmente estudiadas. Las áreas pueden ser vistas por separado aunque es claro que operan en forma integrada, debe entenderse el abordaje como un corte transversal asumiendo que su división es solamente un esquema de trabajo. En la práctica la complejidad de los procesos de reforma consiste principalmente en que los elementos están articulados entre sí, con uniones que no son fácilmente comprensibles. En este caso, como en muchos otros, el todo es más que las partes.

En este mismo sentido deberíamos analizar con mucho cuidado si las propuestas de reforma incluyen una visión holística del sector, o más aún, de la salud de la población o acuden a visiones parcializadas y fragmentadas, en cuyo caso los correctivos resultan frecuentemente siendo colchas de retazos y a veces agregando más problemas que soluciones reales.

Uno de los problemas más difíciles de orientar en la implementación de la reforma, ha sido sin duda alguna la decisión sobre el tipo de planes de beneficios posible y sostenible para la población colombiana. La discusión sobre las coberturas de un sistema de atención envuelve múltiples elementos, racionalidades e intereses que en el caso de Colombia podrían no estar suficientemente explícitos, ocasionando múltiples problemas prácticos a la hora de ejecutar la política de salud. La decisión de implementación de un sistema de salud administrada, siguiendo las pautas de los Estados Unidos y haciendo eco de los éxitos del modelo Chileno, sin tener en cuenta las diferencias en los ingresos, el desarrollo económico, la generación de empleo, la situación política social interna, las devastadoras consecuencias de la guerra o cualquiera de las variables analizadas hasta aquí puede constituir un grave error de apreciación, de incalculables consecuencias para la vida de los ciudadanos. Es posible que se puedan aportar elementos de juicio para fomentar la discusión y obtener benéficos puntos de vista basados en evidencias más concluyentes, sobre puntos específicos como las coberturas y desarrollar estudios objetivos que permitan tomar decisiones basadas en la evidencia y no en la importación acrítica de modelos.

2.8 Situación actual

Según proyecciones del censo de 1993 y con base en los cálculos del Banco Mundial²⁰, Colombia tendría un total de 42.1 millones de habitantes, para el año 2001. La distribución, muestra una pirámide de población, con predominio de personas jóvenes, con una esperanza de vida al nacer de 69.1 años para los hombres y 75.3 para las mujeres, con un promedio de 72.2. La tasa de mortalidad infantil es de 25.6 por mil y la tasa media de crecimiento demográfico para el período 2000-2005 se ubica en 1.6, con una tasa de fecundidad de 2.6 y un volumen a la fecha de partos atendidos por personal capacitado de 86%²¹.

Llama la atención que a pesar de la grave crisis económica descrita, la mortalidad infantil y materna descendió en la última década, lo cual es atribuido por algunos investigadores al aumento del aseguramiento para pobres en el régimen de subsidios²²⁻²³. Aunque también se aclara la asociación con el nivel educativo de la madre y la institucionalización de la atención de partos.

Para el período 1999-2000, se redujo la incidencia de infecciones respiratorias agudas de 16 a 12.6%, aunque la de EDA (enfermedad diarreica aguda) aumentó de 12 a 14%. En este mismo periodo el acceso a los servicios básicos de acueducto y alcantarillado pasó de 70 a 85% y de 60 a 72%.

Algunos de los indicadores más negativos, presentan a la vez otra cara del sector salud la coberturas de vacunación, considerada uno de los logros más significativos antes de la implementación de la Ley 100 descendió hasta un 52% para coberturas totales (todas las vacunas) y entre 70 y 75% por vacuna específica. La inclusión dentro de la vacunación en

los planes de beneficios, es considerada un grave error ya corregido del modelo de salud. En los últimos tres años fuertes campañas masivas han contribuido a la recuperación del terreno perdido.

Colombia sigue afrontando el grave lastre del complejo trauma violencia que afecta principalmente a la población adulta y joven especialmente del sexo masculino. En el último cuarto de siglo la tendencia ha sido ascendente con mayor peso para los homicidios (25000 como media anual) Según el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses solamente en el año 1999 hubo 36.947 muertes violentas; de ellas 23.209 por homicidio, 7026 en accidentes de tránsito y 2089 por suicidio. De las muertes correspondientes a varones de 15 a 19 años 69% se deben a violencia, con 13 muertes masculinas por cada muerte femenina, de todas formas las enfermedades del sistema circulatorio siguen ocupando el primer lugar como causa global de muerte, con una leve tendencia decreciente de 125.6 por 100000 habitantes a 115.4 entre 1995 y 1998, las causas externas de 107.8 a 105.1 por 10000, las neoplasias de 62.8 por 100000 en 1998 y las enfermedades transmisibles de 30 por 100000 en 1998²⁴. En los últimos años la disminución de las muertes violentas ha sido consecuencia de medidas políticas de resonancia e impacto en las grandes ciudades, destaca el control al uso de armas y la presión sobre conductores en estado de embriaguez²⁵⁻²⁶.

En la síntesis de la situación actual es fundamental tener en cuenta las enormes diferencias regionales en los indicadores, que muestra a ciudades como Bogotá a la vanguardia en muchos programas e incluso en la cobertura de afiliación al sistema de seguridad social y la realidad de muchos municipios aislados que padecen graves problemas de morbilidad y mortalidad evitable. A este efecto cabe recordar los problemas de salud de las etnias, en particular las tribus y grupos indígenas (2% de la población), las poblaciones de origen africano (25%), en las cuales continúan siendo las principales causas de enfermar y morir las infecciones respiratorias agudas, los parásitos intestinales, la EDA. Por otra parte debe tenerse en cuenta el impacto de las enfermedades transmitidas por vectores, de las cuales la malaria representa un grave problema de salud pública por cuanto acerca de 18 millones de personas residen en zonas de transmisión. En 1998 hubo una epidemia con 240000 casos confirmados, en su momento se discutió el efecto nefasto de la reforma de los servicios de salud en especial al haber desestructurado el funcionamiento del SEM (servicio de erradicación de la malaria), así como haber dejado poco claras las responsabilidades específicas en el control de estas patologías.

Con base en una población calculada para el 2001 en 43.070.703 pertenecerían al régimen contributivo un total de 13.077.930 personas y al régimen subsidiado 11.069.182 para un total de afiliados de 24.147.112, con un porcentaje de afiliación de 56.1 y un volumen de desprotegidos de 18.923.591 equivalente al 43.9% de la población.

Es importante resaltar que a la fecha de la edición final de este documento, se han consolidado cifras diferentes, en las que se incluyen avances notorios de cobertura. Los

siguientes datos consolidan información a cierre de 2004 y proyecciones del año 2005 y fueron reportadas por el Consejo nacional de Seguridad Social en Salud al Congreso de la República en su informe anual²⁷, estos datos coinciden con las cifras del Boletín estadístico Sectorial del Ministerio de Protección social. Según esta información la población cubierta con el régimen contributivo en salud asciende a finales de 2004 a 14. 857.250 con un porcentaje de población de 14% y la del año 2005 ascendería según proyecciones a 15.906.000. La afiliación al régimen subsidiado se calcula en 16.513.662 y la política de aplicación de subsidios parciales cubriría a 2. 067.748. Con estas cifras la población cubierta por el sistema ascendería a 34. 477.410 y demostraría que en los últimos años (2003–2004) se logró revertir la tendencia de decrecimiento en la afiliación a la régimen contributivo, lo cual es explicado en el informe citado del CNSSS, por el comportamiento favorable de las variables económicas durante el 2004, la promoción de la afiliación a grupos especiales por ejemplo gremios, sector informal y trabajadores independientes y por controles adicionales en los sectores con mayor riesgo de evasión.

Los datos mencionados en el párrafo anterior parecen estar en contravía de los citados en párrafos precedentes pero constituyen la realidad presentada por el máximo rector de la seguridad social en el país, el Consejo Nacional y han sido ratificadas por el propio Ministerio. A estos datos debe agregarse la publicación reciente, casi concomitante con la revisión final del presente texto para prensa, de los datos del Censo Colombia 2005, en los cuales se parte de una población real de 41. 2 millones de ciudadanos²⁸; sobre esta base de población y con los datos de cobertura planteados, la cobertura de población con algún tipo de cobertura ascendería a 84 % y las personas sin accesos real al sistema de seguridad social, aunque no a la atención en salud (red pública) correspondería a aproximadamente a 6.9 millones de habitantes, equivalentes al 16% de la población total. Desde esta nueva perspectiva, diríamos que los resultados reales del censo disminuyeron el déficit de cobertura más halla de lo que los supuestos más optimistas lo hacían. A la vez es necesario resaltar que el Gobierno de Uribe habría logrado revertir la tendencia de estancamiento del sistema y generado una ampliación de cobertura con notorio efecto en términos de protección real de seguridad social, a los más vulnerables. La depuración de afiliaciones puede ser parte angular de este resultado, pues el crecimiento de aportes no parece tener el mismo crecimiento. Finalmente habría que preguntarse el efecto de la migración sobre estos datos y la posición social de quienes han abandonado el país, sobre todo porque se asume que corresponden a segmentos de población con capacidad de pago y vinculada formalmente a la economía en cuyo caso el efecto sobre decrecimiento de régimen contributivo debería ser analizado.

3. EL ESCENARIO DE LAS PROPUESTAS DE REFORMA

Es evidente que la situación de la seguridad social en salud, no escapa a la situación general del país, los aspectos económicos se quiera o no inciden en forma directa en la posibilidad de ofrecer servicios seguros, confiables y de calidad a la población. En los últi-

mos años el país, tal como se ha presentado, atravesó una grave crisis económica, de la cual se recupera lentamente, el optimismo relacionado con el mejoramiento en las condiciones de seguridad democrática, planteadas por el Gobierno del presidente Uribe, es sin duda un aliento para muchos, la posibilidad de movilizarse por las carreteras nacionales, antes sitiadas por la guerrilla, suponen incremento en el gasto de hogares y el despegue de algunas actividades económicas antes paralizadas. La confianza y popularidad del Gobierno es una de las más altas, que gobernante alguno haya tenido, como reconocen cercanos y detractores y el apoyo de Estados Unidos a las actividades de fumigación de cultivos ilícitos y al fortalecimiento de las fuerzas armadas, consignadas en la continuidad al llamado Plan Colombia, parecen haber inyectado un aire de gobernabilidad a la nación y haber reactivado por lo menos parcialmente la economía. De todas formas, preocupa mucho el abordaje de los problemas estructurales, en particular las connotaciones del manejo del gasto público, el escaso efecto de las medidas del gobierno sobre las condiciones generales de pobreza de la población, el impacto de la reevaluación del peso, la escalada de los precios del petróleo en el mercado mundial, los efectos de la negociación del TLC con Estados Unidos, la terminación de las preferencias arancelarias, la entrada en vigencia de la liberación de aranceles a productos provenientes de México, el crecimiento del empleo informal, etc.

A la fecha de publicación de este documento el presidente Uribe ha sido reelegido para un nuevo período y las propuestas de reforma de la seguridad social planteadas a continuación y que se constituyan en propuesta de solución a algunos de los problemas estructurales descritos hasta aquí, se hundió en la discusión para aprobación en la plenaria de la cámara, luego de más de dos años de discusiones, foros y propuestas de diferentes sectores. Ese hecho lejos de hacer menos vigente el presente documento, acrecienta su utilidad, pues se requiere que propios y extraños comprendan la complejidad del problema y realicen aportes en la búsqueda de soluciones.

En el campo de la salud es evidente que múltiples grupos de interés, están presionando discusiones de fondo al modelo de salud. La prueba de esta tendencia es la presentación y radicación, en las legislaturas anteriores de por lo menos 12 propuestas modificatorias a la Ley que van desde algunos cambios de forma hasta la transformación completa del modelo.

A mediados de agosto de 2004 se habían radicado en el congreso de la república siete proyectos de reforma, con los números 19, 31, 32, 38, 52, 54 y 58, las cuales fueron unificadas en la ponencia 52, sobre la cual se harán los principales comentarios de este trabajo. Vale la pena tener en cuenta algunas de las tendencias, de tal forma que no se pierda el punto de vista de los actores de esta discusión; un tema de igual importancia es la posibilidad de conocer las visiones políticas frente al tema, lo cual puede contribuir a entender las tendencias de los grupos sociales y los diferentes tipos de abordaje.

En este orden, las propuestas van configurando ideas sobre los principales problemas a corregir en el modelo, lo cual nos permitirá saber si hay unidad de criterio acerca de los conceptos principales que deben ser tenidos en cuenta en la implementación de reformas.

A manera de aproximación revisemos las tesis planteadas a los problemas de universalidad, uno de los temas de mayor discusión. El proyecto 33 planteaba un retorno al subsidio a la oferta pública, con ello se buscaba solucionar el problema de financiamiento de los hospitales y su recuperación como columna vertebral de la oferta de salud para la población más pobre. Esta línea plantea contradicciones con las ideas del gobierno en el sentido de no retroceder en el esquema de transformación de subsidios a la demanda vía aseguramiento de la población. En el proyecto 19 se plantea la figura del aseguramiento pleno, creando una serie de incentivos para la afiliación al régimen contributivo y el 50% de la población bajo un régimen solidario. En estas figuras no se aclaran los problemas de diferencias de beneficios entre grupos explicadas antes como un grave problema de equidad. En términos de cobertura no queda claro en estas propuestas iniciales como cubrir a toda la población, parece ser que lo más aceptable en términos políticos es mantener el esquema de aseguramiento, en la búsqueda de una protección social para aquellos grupos en desventaja, en especial, la población desempleada.

Con relación al problema de segmentación o si se quiere a la ausencia de integralidad, es evidente que los sectores políticos reconocen ampliamente el problema y que el mismo se incluyó en las discusiones de las diferentes ponencias. Como ya se dijo cada plan de beneficios presenta problemas en su diseño y aplicación, así el plan obligatorio de salud del régimen contributivo, tiene dificultades para ser prestado en forma integral, el subsidiado es una cobertura parcial (a nuestro modo de ver bien priorizada, pero de todas formas insuficiente), con graves problemas operativos relacionados con barreras de acceso, excesivos trámites etc. Otros problemas en esta línea incluyen la escasa interacción de estos planes en particular con el plan de atención básica y con las actividades de salud pública. El proyecto 33 propone resolver en parte este problema dando mayor capacidad operativa a la red pública, el 31 aborda el problema a través de una política de subsidios parciales, con la cual en nuestra opinión agrava el problema de segmentación. El proyecto 19 propone un plan de atención integral de salud (PAIS) y un plan de salud pública colectiva, esta propuesta es sin duda la más acorde con el espíritu de integralidad que superaría los problemas de segmentación comentados, sin embargo, no hay suficiente ilustración sobre las fuentes de financiación. Igual que ocurrió en el proceso de construcción de la Ley 100 preocupa aquí saber, a través de que forma es posible agregar integralidad y reducir la discriminación sin reducir beneficios en el caso del régimen contributivo.

Uno de los temas de mayor preocupación es el abordaje del colapso de la red pública de prestación de servicios, como consecuencia de la reducción en los recursos de financiamiento directo y el paso a un modelo de financiamiento a partir de la facturación por venta de servicios a las aseguradoras. En este punto es importante anotar que durante los últimos años se ha observado un gran desarrollo de todos los prestadores de servicio para adaptarse a este modelo operativo y que en la práctica el volumen de recursos transformados es elevado, se calcula en un 60%. Ocurre sin embargo que los problemas de transacción y las excesivas glosas han afectado el flujo de recursos y atentan contra la sobrevivencia de

muchas instituciones públicas que antes dependían de recursos de presupuesto. Desde este punto de vista, las propuestas de reforma se orientan a obligar un gasto mínimo de los recursos del régimen subsidiado en contratación con la red pública, frenar la integración vertical por parte de los aseguradores.

Los proyectos 31 y 52 proponen como solución la transformación total de los recursos de oferta a demanda, con lo cual en nuestra opinión se agravaría la situación de un número importante de instituciones públicas que sobreviven a expensas de recursos de oferta, tienen graves problemas de cartera o atienden población no cubierta y a la vez de difícil cobro al ente territorial correspondiente (Secretarías de Salud). El proyecto 33 pretende fortalecer los recursos para subsidiar la oferta. En general todos los proyectos hablan de la necesidad de organizar redes de servicio, tema que ha sido planteado en forma reiterada en anteriores leyes, en especial la Ley 715 de 2001 sin que su contenido haya tenido el desarrollo que se requiere. En parte uno de los problemas más complejos del sistema es el diseño de mecanismos concretos para exigir condiciones claras de organización y suficiencia a las redes de servicio de las aseguradoras.

En cuanto a los problemas que en forma genérica denominamos de rectoría, se propone una comisión de regulación del sistema que reemplazaría el Consejo nacional de Seguridad Social en salud (proyecto 33), todos los proyectos plantean el fortalecimiento de la vigilancia y el control en cabeza de la Superintendencia de Salud. Se propone a la vez dar capacidad sancionatoria a los departamentos y limitar las acciones de los municipios. Aunque se han hecho propuestas no es clara la definición de mecanismos de participación social en esta función.

Uno de los puntos de mayor debate en el Congreso en estas propuestas de reforma es la discusión de herramientas para resolver los problemas de corrupción, fuga de recursos, politiquería, aspectos que el propio gobierno ha planteado como de urgente abordaje. Es evidente que una de las fallas mayores del diseño de Ley 100 fue haber generado un volumen importante de recursos, no correlacionados con un adecuado esquema de vigilancia y control. El problema es complejo e incluye actores en todos los niveles pues la corrupción no ocurre en un solo nivel, cada actor cuestiona a su vez la ética y el comportamiento del otro, generando una cascada de efectos negativos sobre las finanzas del sistema. Desde el nivel central, a quien se acusa de utilizar recursos de la seguridad social en salud, para cubrir faltantes de tesorería, los municipios y departamentos que movilizan recursos de salud hacia el clientelismo y distraen los beneficios a los más pobres a cambio de prebendas por parte de otros destinatarios sin necesidades, o las administradoras que se apalancan financieramente con dineros que le pertenecen a los prestadores o éstos últimos que en ocasiones facturan servicios no prestados; todos los actores del sistema deberían ser objeto de mecanismos más efectivos de control y sanción. Las propuestas en este sentido son múltiples e incluyen desde la eliminación de los aseguradores considerados intermediarios innecesarios (proyecto 33) o excluyendo la participación municipal y departamental (proyecto 31 y 52) o fortaleciendo el marco de sanciones (proyecto 19).

Si intentamos resumir las tesis de las diferentes propuestas de reforma planteadas encontramos que las inquietudes más profundas abarcan por lo menos los siguientes temas:

- Preocupación por el impacto de la reforma en la salud pública y retroceso en logros significativos que ubicaban al País en mejor posición en el contexto de América Latina.
- Graves problemas en el flujo de recursos desde los diferentes niveles del sistema. Es importante aclarar que el problema de los recursos no se reduce a dificultades de pagos de aseguradoras a prestadores sino de los giros desde el nivel de Gobierno y a decisiones sobre la utilización de los recursos, en el contexto del gasto público.
- Dificultades en la meta de cobertura universal del aseguramiento.
- Fragmentación del sistema de financiamiento con impacto en la sobrevivencia de la red pública de prestación de servicios de salud.
- Efectos negativos de la integración vertical, empoderamiento excesivo del asegurador y tendencia al monopolio que reduce las posibilidades de competencia, libertad de mercado, libertad de escogencia, entre otros.
- Problemas de rectoría, direccionamiento político y estratégico y vigilancia y control.
- Limitaciones en la cobertura a grupos poblacionales específicos.
- Problemas en la definición de planes de beneficios y coberturas específicas a determinadas patologías.

3.1 La propuesta de ponencia definitiva

Es evidente hasta aquí el efecto acumulativo de los problemas relacionados con la operación del sector salud y la participación de diferentes grupos de interés en la elaboración de propuestas alternativas a los problemas detectados. El espacio de negociación natural de las propuestas de reforma llama la atención, por el gran interés demostrado por las agremiaciones de profesionales de la salud, en particular la de los médicos, que en la práctica han visto disminuir sus ingresos y perder su rol principal en el juego de las decisiones del sector. A diferencia de lo ocurrido con la reforma introducida en la ley 100 de 1993 parece que hoy los profesionales desean tener un papel protagónico y no secundario en el futuro del sector. La participación de algunos congresistas que conocen el sector y tienen como profesión base la medicina, deberían incidir favorablemente en los resultados. A su vez debe tenerse en cuenta, que en forma paralela a la discusión que ocupa el presente trabajo, hacia trámite en el Congreso, otra ley de enorme trascendencia para el sector, la llamada Ley de recursos humanos para la salud, en la cual se tocan aspectos relacionados con la certificación de profesionales y las exigencias básicas de ejercicio y recertificación, cuyo texto continua hoy pendiente de la sanción presidencial.

A partir de estos elementos la discusión que se dio sobretudo en el segundo semestre de 2004, pretendió unificar criterios alrededor de las propuestas iniciales, la ponencia final

radicada a finales de año unifica los proyectos: 19, 31, 33, 38, 54, 57, 58, 98, 105, 115, 122, 148 y 151 de 2004 Senado. Como es usual, las unificaciones de conceptos son difíciles y significan para todos ganar en unos temas y ceder en otros aspectos ideológicos, una buena propuesta debe significar entonces éxitos parciales y frustraciones para todos los grupos de interés. Este tema no necesariamente es fácil de admitir y conduce con frecuencia a choques y obstáculos a veces insalvables, para llevar a buen término las reformas. En este caso debe abonarse el esfuerzo de unificación de criterios, preocupa sin embargo que el resultado final haya sido una “colcha de retazos” y que en la práctica no exista una coherencia global en el proyecto que se discutió, lo cual posiblemente incidió en su fracaso final.

Por otra parte debe tenerse en cuenta, la viabilidad de discusión en el contexto global de la agenda legislativa, el discurrir de la nación incluye otros temas en extremo complejos, menciono a manera de ejemplo, el difícil trámite en ese momento, de la Ley para la reincorporación de grupos por fuera de la ley, en particular el de las llamadas autodefensas unidas, comprometidos en el proceso de paz con el actual gobierno. En la misma línea el trámite de la reelección y de reformas estructurales como la tributaria, puso de presente que las prioridades del Gobierno y del propio Congreso eran otras. La pregunta de fondo que cabe hacer es, hasta que punto el gobierno y el propio congreso decidan gastar capital político en reformas a un sector complejo y minado de intereses.

A partir de estos elementos generales se presenta a continuación un balance con observaciones centradas en la lógica propuesta en el documento sobre el abordaje de los principales temas de interés tocados en la ponencia final, que sin duda resultará de gran interés y actualidad, para los interesados, dado que una vez iniciada la nueva legislatura y ante el hundimiento de la reforma en discusión se deberán retomar muchos de los elementos aquí señalados.

Es necesario aclarar que la visión presentada a continuación constituye la propia interpretación del autor y es básicamente una guía para la lectura crítica del texto. Es evidente que a hoy resulta necesario promover material que permita en forma fácil comprender los cambios principales propuestos, tal es la intención última de este documento.

El orden en el que se revisan los temas sustanciales planteados en el marco teórico no es el mismo que el abordado en el texto del proyecto de Ley. Resumamos antes de comenzar los temas clave a analizar en el marco de evaluación de la reforma de la seguridad social en salud propuestos: segmentación, fragmentación, rectoría, financiamiento, calidad y abordaje de los problemas de salud pública. En el caso particular de la reforma Colombiana puede ser de interés analizar las propuestas para resolver problemas en la gestión y ordenamiento de la estructura de prestación de servicios, algunos elementos de orden administrativo orientados a dar salida a los excesos de transacción en el sistema y varias propuestas puntuales de interés en el caso de la cobertura y gestión del régimen contributivo.

3.2 Esquema de revisión temática

3.2.1 Financiamiento

Con relación al financiamiento del sistema, la propuesta de reforma abordaba principalmente el tema de fuentes para garantizar recursos al régimen subsidiado; se planteaba la conformación de fondos específicos y algunos mecanismos adicionales de control, en especial la conformación de un comité de vigilancia y control para dichos fondos. Es evidente que se introduce una modificación estructural, como respuesta a los múltiples inconvenientes de manejo y a las acusaciones sobre corrupción y retardo en el flujo de recursos. La propuesta entraba en abierta contradicción con la política de descentralización político y administrativa del país en el sector salud, por cuanto suprimía competencias específicas a los alcaldes, aunque se pretendía usar la figura del “giro sin situación de fondos” que constituye más bien un mecanismo administrativo en el que se decide la aplicación de los recursos desde el nivel central.

El proyecto de ley 052 creaba el FOCOS, para manejar desde el nivel nacional todo el dinero del Régimen Subsidiado y el correspondiente a la Salud Pública, recursos que actualmente se transfieren a los municipios de las Participaciones de Ingresos Corrientes de la Nación. Se proponía la figura del giro sin situación de fondos, a través del cual se restaba importancia y decisión al manejo de los alcaldes, so pretexto evitar factores de corrupción que efectivamente son uno de los problemas principales del sistema y que inciden en la eficiencia global del mismo. Sin embargo ha de tenerse en cuenta que el nivel central no ha demostrado eficiencia en los giros y ha acudido en diferentes ocasiones al apalancamiento financiero con recursos propios de la seguridad social, con lo cual ha complicado el panorama financiero del sector. Para ello la propuesta recogía un interés general acerca del manejo de los recursos del sector:

*Artículo 4. “De los recursos del Aseguramiento del Sistema de Seguridad Social en Salud”.
“Los recursos de la seguridad social en salud, sean de origen fiscal o parafiscal, se consideran recursos públicos y constituyen una bolsa común de propiedad de todos los afiliados al sistema que se distribuye entre ellos mediante la UPC y que otorga en consecuencia unas garantías explícitamente definidas....”.*

Por otra parte la propuesta pretendía recoger y administrar las rentas cedidas y otros recursos propios, como puede observarse en:

*Artículo 15. “Del Sistema General de Participaciones en Salud”.
A partir de la vigencia de la presente Ley los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud se distribuirán de la siguiente manera:*

- a. 65% para la financiación del Régimen Subsidiado, que se asignarán a cada ente territorial responsable de la afiliación al Régimen Subsidiado y se girarán a la subcuenta que a su nombre exista en el FOCOS.*

- b. 25% para la financiación de la oferta pública de servicios de salud. Los recursos se transferirán a los Fondos Territoriales de Salud de conformidad con la ley 715 y se deberán contratar con la red pública de prestación de servicios salvo excepciones autorizadas expresamente por el Ministerio de la Protección Social.
- c. 10% para los programas de Salud Pública Colectiva, que se girarán a la subcuenta territorial respectiva del FOCOS.

Es claro que el Gobierno Nacional manejaría los recursos, lo cual en parte podría resultar más sano, si se lograra plantear un enorme esquema de eficiencia. De todas formas quedaron grandes dudas sobre este tipo de intervención, no concordante con el marco de la descentralización del país. Habría que analizar con más detalle los esquemas de distribución planteados, pues parece romperse la lógica de distribución por niveles de atención planteada en la Ley 60 inicialmente y recogida en la Ley 715, en especial en su artículo 49.

Por otra parte la participación en las decisiones de contratación resultaba ser una ingerencia indebida que restaba aun más autonomía a los alcaldes, aunque se dejaba como competencia la firma de los contratos del Régimen Subsidiado, en cuyo caso no decidirían pero tendrían la responsabilidad legal frente al tema:

Artículo 42. “Contratación con la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado. Cada Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado EPS suscribirá un contrato de aseguramiento con la respectiva entidad territorial con el objeto de garantizar la atención en salud de las personas que para tal fin las escojan, mediante el proceso de libre elección en la respectiva región, en el marco del plan de beneficios a los afiliados del Régimen Subsidiado. El Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS girará directamente y por bimestre anticipado a la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado, los recursos correspondientes a la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado”.

Igual se proponía en el caso de la Interventoría:

“El Ministerio de la Protección Social ejercerá con cargo al Fondo Territorial Colombia Para la Salud FOCOS, la Interventoría de los contratos del Régimen Subsidiado suscritos entre los municipios y las EPS y controlará el reconocimiento de la UPC conforme a las novedades de aseguramiento que se presenten”.

Aparte los elementos señalados el análisis del esquema de financiamiento debe tener en cuenta el flujo de recursos para el sostenimiento de la oferta pública de prestación de servicios y los mecanismos para garantizar las acciones de salud pública. Sobre el particular llaman la atención los siguientes elementos:

Artículo 14. “De las contribuciones al Sistema general de seguridad social en salud. A partir de la vigencia de la presente ley los doce (12) puntos porcentuales de las cotizaciones obligatorias que los afiliados y empleadores aportan al Régimen Contributivo se distribuirán de la siguiente manera:

- a. *Diez punto veinte (10.20) para financiar la compensación del Fosyga de acuerdo con las normas que la regulan.*
- b. *Uno punto treinta (1.30) para financiar la subcuenta para el Régimen Subsidiado del Focos.*
- c. *Cero punto veinticinco (0.25) para financiar la subcuenta de Salud Pública Colectiva del FOCOS.*
- d. *Cero punto veinticinco (0.25) para financiar las incapacidades por enfermedad general a cargo de las Entidades Promotoras de Salud" (Aprobado).*

Se aumentaba el aporte para el régimen subsidiado que constituía el anterior punto de solidaridad a través del FOCOS. Igualmente se modificaba la distribución de recursos para el régimen subsidiado y para el sostenimiento de la red pública a partir del sistema general de participaciones contemplado en la Ley 715:

Artículo 15. "Del Sistema General de Participaciones en Salud".

A partir de la vigencia de la presente Ley los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud se distribuirán de la siguiente manera:

- a. *65% para la financiación del Régimen Subsidiado, que se asignarán a cada ente territorial responsable de la afiliación al Régimen Subsidiado y se girarán a la subcuenta que a su nombre exista en el FOCOS.*
- b. *25% para la financiación de la oferta pública de servicios de salud. Los recursos se transferirán a los Fondos Territoriales de Salud de conformidad con la ley 715 y se deberán contratar con la red pública de prestación de servicios salvo excepciones autorizadas expresamente por el Ministerio de la Protección Social.*
- c. *10% para los programas de Salud Pública Colectiva, que se girarán a la subcuenta territorial respectiva del FOCOS" (Aprobado).*

Uno de los elementos más fuertes era el evidente intento de fortalecer los aportes al régimen subsidiado y garantizar su financiación en el mediano y largo plazo, con lo cual se daba una señal clara en el sentido de mantener el esquema de aseguramiento priorizando a la población más vulnerable y manteniendo a la población de los estratos medios en una situación ambigua y dependiente de la oferta pública de prestación de servicios sin mayor especificidad. De todas formas resultaba evidente el interés en vincular en forma explícita, continua y progresiva recursos del presupuesto nacional para cofinanciar el régimen subsidiado (ver el literal c a continuación) tratando de dar respuesta en el mediano plazo a los problemas asociados con el incumplimiento del compromiso que en ese sentido se estableció en la Ley 100.

Artículo 17. "Financiamiento del Régimen Subsidiado

El Régimen Subsidiado estará financiado con los siguientes recursos:

- a. *Uno punto treinta (1.30) de la cotización obligatoria que deben aportar como solidaridad los afiliados al Régimen Contributivo y los aportes de los regímenes exceptuados.*

- b. *El aporte de las Cajas de Compensación de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993.*
- c. *Un aporte progresivo anual del Presupuesto Nacional, que para el año 2006 será igual a cuatrocientos veinte mil millones de pesos (\$ 420.000.000.000) y que se incrementará anualmente en un 20% real hasta que se logre igualar el monto que generen anualmente los recursos de que trata el literal a del presente artículo.*
- d. *Los recursos provenientes del impuesto de remesas de utilidades de empresas petroleras correspondientes a la producción de las zonas petroleras de Cusiana y Cupiagua así como a la de nuevos proyectos de hidrocarburos que se exploten a partir de la presente ley.*
- e. *Las contribuciones de las agremiaciones de la población destinadas a cofinanciar el Régimen Subsidiado.*
- f. *Un porcentaje de los recursos del monopolio de los juegos de suerte y azar que conforme a la Ley 643 de 2001 explota y distribuye a los municipios la Empresa Territorial para la Salud – ETESA, que se hayan destinado al aseguramiento en salud a la vigencia de la presente Ley.*
- g. *El 65% del total del Sistema General de participaciones en Salud.*
- h. *El 40% de las rentas cedidas a los departamentos destinadas a salud*
- i. *Los recursos propios de las entidades territoriales que éstas de forma permanente destinen a la financiación del aseguramiento de la población pobre, conforme a lo previsto en la presente Ley.*
- j. *Los rendimientos financieros generados por la inversión de los anteriores recursos”.*

En cuanto a la estructura del FOCOS llama la atención el intento por dar prioridad al régimen subsidiado y al esquema explícito de financiamiento de la salud pública colectiva, sin embargo resulta complejo entender el manejo que se daría en forma centralizada a las subcuentas territoriales individuales. A la vez se modificaba la estructura del Fondo de Solidaridad y Garantía, aunque no se eliminaba y los recursos de las antiguas cuentas de solidaridad y de promoción y prevención quedaban integradas en el FOCOS. Los artículos 20 a 25 del proyecto de Ley 052 mencionaban con detalle la estructura del fondo en las que se integraban cuatro subcuentas, salud pública colectiva, global para el régimen subsidiado, territoriales individuales para el régimen subsidiado y territoriales individuales para la salud pública colectiva. Toda esta estructura de organización demuestra la intención de control sobre los recursos, con un esquema centralizado el cual es visible en la estructura del comité de vigilancia, el cual constituía sin duda, un reto de tipo organizativo y de representatividad, pues no quedaba muy claro en que consistiría su función por cuanto velará por el “cumplimiento de las obligaciones contractuales” tema que resulta bastante genérico y de orden administrativo. Se omiten los textos por razones de espacio, pero el proyecto explicaba además y con detalle la distribución de recursos a cada una de las cuentas. Un hecho de interés adicional era la definición de recursos específicos destinados a financiar el pago de subsidios parciales.

Parágrafo. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud asegurará que los recursos destinados... complementen la financiación necesaria para el pago de las UPC del total de las personas beneficiadas con subsidios totales o parciales en el respectivo ente territorial".

Se introduce en este parágrafo el mecanismo de financiación de subsidios parciales y por tanto otra categoría de afiliados al sistema, elemento que debe ser analizado en cuanto a las implicaciones de segmentación y fragmentación.

En los artículos 26 y 27 se describía la estructura del Fondo de solidaridad y garantía, reducidas a la compensación interna en el régimen contributivo ya los eventos catastróficos y accidentes de tránsito con el agregado de las enfermedades de alto costo. Y se describían los recursos correspondientes a cada una de ellas.

La reforma obligaba aumentos en el volumen de contratación de la red pública tanto por parte del ISS, como de las EPS que administren régimen subsidiado con un porcentaje mayor que el que hasta ahora se había contemplado en diferentes normas en especial en la Ley 715:

Artículo 31. "Contratación con la Red Pública de Prestación de Servicios de Salud".

El ISS en el Régimen Contributivo contratará al menos el sesenta y cinco por ciento (65%) de los servicios que requiera con Empresas Sociales del Estado cuyas Unidades Prestadoras de Salud hayan sido habilitadas.

Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado contratarán los servicios de salud con las Redes de Prestación de Servicios de Salud del respectivo ente territorial, regional o nacional en todos los grados de complejidad.

Por lo menos el sesenta y cinco por ciento (65%) de la contratación efectiva que formalicen las EPS's del régimen subsidiado, se deberá realizar con Empresas Sociales del Estado cuyas Unidades Prestadoras de Salud hayan sido habilitadas.

El gobierno nacional reglamentará la transición en esta materia hasta que se hayan constituido las ESE's conforme a lo previsto en la presente ley. De igual manera reglamentará sobre las excepciones en las cuales se acepte la contratación con la red pública de primer nivel en municipios vecinos.

Cuando se contrate por capitación la totalidad de los servicios de baja complejidad contenidos en el POS subsidiado, ésta no podrá exceder el cuarenta y cinco (45%) de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

La contratación de servicios con cargo a los recursos del Sistema General de Participaciones de oferta por parte de las ESE's, deberá estar mediada por contratos conforme a la reglamentación que expida el Gobierno Nacional.

Parágrafo 1. Para efectos de evaluar la contratación mínima obligatoria de las EPS's del régimen subsidiado con la red pública, la cual no podrá ser inferior al sesenta y cinco por ciento (65%) de la contratación de servicios de salud, los entes de interventoría, inspección vigilancia y control la evaluarán en función de lo realmente ejecutado y no de lo formalmente contratado.

Parágrafo 2. Hasta tanto no se reglamente la contratación de las ESE podrá contratarse con IPS públicas (Aprobado).

3.2.1.1 Comentarios al esquema de financiamiento propuesto

Como puede verse el análisis de las fuentes de financiamiento resultaba complejo para la mayoría, por cuanto conocer las modificaciones implica conocer el esquema previo, el cual además está contemplado en por lo menos dos normas generales la Ley 100 y la Ley 715 y en un número importante de actos administrativos reglamentarios. No es tampoco la pretensión de este documento llegar a ese grado de detalle, en razón de lo cual hemos omitido la descripción de la mayoría de artículos en los que se describían las fuentes de financiación. Es posible, sin embargo extraer varias conclusiones parciales y aportar algunos elementos a la discusión:

- La propuesta de solución a los problemas detectados de corrupción, lentitud en el flujo de recursos, distribuciones clientelistas, etc. consistía en la centralización de todos los recursos relacionados con el régimen de subsidios. Esta medida, está en contravía del proceso de descentralización que el país y el sector han trabajado en los últimos 15 años y constituía un retroceso en esa línea.
- Las responsabilidades de los alcaldes quedaban muy reducidas y no se veía claro el papel de los entes departamentales.
- Los mecanismos de operación de este nuevo sistema centralizado incluyen de todas formas responsabilidades legales para los alcaldes, sin poder de decisión.
- El manejo logístico de las cuentas locales, las relaciones de giros y sobre todo la necesidad de independizar este manejo de las presiones de control macroeconómico, son los retos más importantes de esta propuesta. Si se revisa con detalle lo que ocurrió en el pasado con el manejo de los recursos de salud manejados en forma centralizada, por ejemplo a través del fondo de Solidaridad y Garantía, se generaría una preocupación adicional para el caso del FOCOS, respecto del manejo de independencia y la posibilidad real de evitar la ingerencia del gobierno en su manejo o la toma de decisiones unilaterales para cubrir déficit fiscal con estos recursos.
- Es notorio el interés por unificar los recursos destinados a las acciones de salud pública colectiva.
- Se constituye un fondo de vigilancia, cuyo funcionamiento, acciones y responsabilidades no queda claro en el enunciado.
- Es evidente el interés en fortalecer el financiamiento del subsidio a la demanda, a partir de lo cual se puede concluir que el congreso y el gobierno han llegado a la conclusión definitiva y previsible de que el modelo de aseguramiento es la proyección futura y única del sistema. Sobre este punto se trata de reducir el colapso inevitable de la red pública, que esta decisión puede generar presionando la contratación de porcentajes mayores para la atención con hospitales públicos. En este esquema se puede concluir existe la intención deliberada de dar gusto a grupos de presión.
- Con relación a las fuentes de financiación es necesario analizar cuidadosamente si hay aumentos reales en los recursos o si detrás de las propuestas se esconden reducciones en beneficio de terceros.

- Aunque no queda claro, parece entreverse una propuesta de solución a un tema de gran sensibilidad y costo en la operación del sistema en el régimen contributivo, el manejo del reaseguro de enfermedades de alto costo, en el que se evidencia el interés en que la subcuenta ECAT tome un papel más activo y real, definiendo inversiones específicas en ese campo.
- La introducción de criterios de riesgo para la asignación de recursos puede constituir un gran avance en materia de definición de recursos.
- Existe una intención clara de unir el concepto de financiación con el de beneficios, estableciendo límites más claros al alcance de las coberturas.
- Se propone otra vez generar una obligación expresa para que el gobierno nacional aporte recursos al sistema para la financiación del régimen subsidiado en consonancia con lo que genera el sistema por sí mismo.

Con estos elementos generales quedan algunas inquietudes de fondo, especialmente en relación con la posibilidad de contar con un financiamiento global para el funcionamiento de todo el sistema. La tendencia a la centralización tiene de entrada el costo de perder todos los esfuerzos del pasado por empoderar a los niveles locales. Los riesgos del manejo en un solo fondo de todos los recursos, en términos de corrupción, lentitud ineficiencia o utilización de los recursos para fines diferentes constituyen alertas, que deben ser tenidas en cuenta. Finalmente el análisis minucioso debe incluir no solo el valor a pesos de hoy de los incrementos reales sino el costo global del cambio de operación global del sistema.

3.2.2 Segmentación

La posibilidad de unificar en un solo plan de beneficios a toda la población, fue una discusión inicial en algunos de los proyectos de reforma; en la práctica los mecanismos de financiación de una propuesta de tal envergadura no han sido explicados. En el caso del proyecto 33, se proponía esta cobertura universal vía el fortalecimiento de la red pública, en el caso del proyecto 19 se propuso como ya se señaló un plan de atención integral de salud y un plan de salud pública colectiva, en todos los casos la posibilidad de financiar este tipo de propuestas parte de la base de centralizar los recursos. Una vez unificadas las múltiples propuestas, es claro que no se ve viable, la definición de un plan único de beneficios o de lograr el sueño de la cobertura universal en el corto plazo. En ese sentido las propuestas mantienen el esquema de Ley 100 con su segmentación de regímenes y los definen en forma similar, aparecen sin embargo otros elementos a tener en cuenta, veamos la propuesta de la reforma frente a este punto:

Artículo 5. Cobertura Universal y subsidios estatales a la demanda y a la oferta.

En adelante el sistema general de seguridad social en salud tendrá, entre otras, las siguientes características.

- a. *En el año 2006 el Sistema de Seguridad Social en Salud deberá tener incorporada, además de los afiliados al régimen contributivo, al menos al 50% del total de la*

- población colombiana, con prioridad en los más pobres clasificados en niveles 1, 2 y 3 del SISBEN o del instrumento que lo sustituya, identificados con cédula de ciudadanía o registro civil de nacimiento, mediante subsidios en salud.
- b. Mientras se cuenta con los recursos suficientes para lograr integralidad y universalidad de coberturas, además de los subsidios por el total de la UPC, podrán otorgarse subsidios parciales para garantizar una determinada porción del plan o subsidios parciales para cofinanciar con el mismo beneficiario o su gremio la UPC correspondiente al régimen contributivo o la del régimen subsidiado según las disponibilidades.
 - c. La Nación y las entidades territoriales, a través de las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas en todos los niveles de atención que tengan contrato de prestación de servicios para este efecto, propiciarán el acceso a los servicios que ellas tengan disponibles a quienes no estén amparados por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, hasta cuando éste logre la cobertura universal, o cuyas demandas en salud no estén amparadas en el correspondiente plan de beneficios hasta que se logre igualar la integralidad del Plan Obligatorio del régimen contributivo. Estos servicios se prestarán a las tarifas subsidiadas que establecerá el CNSSS.

Artículo 6. De las excepciones en el Sistema general de seguridad social en salud.

Los regímenes exceptuados, de que trata la Ley 100 de 1993, quedan obligados a efectuar los aportes de solidaridad correspondientes al 1.3% del salario base de cotización tanto de los trabajadores como de los pensionados y deberán transferirse a la subcuenta de Régimen subsidiado del Fondo Territorial Colombia para la Salud, FOCOS.

Lo anterior no implica aumento de la cotización actual a cargo de los trabajadores ni de los pensionados" (Aprobado).

Artículo 32. Definición

"Para efectos de esta Ley entiéndase por aseguramiento la estrategia o mecanismo estructurado y formal, por el cual una persona y su familia es protegida o amparada de unos riesgos en Salud específicos, mediante una Unidad de Pago por Capitación (UPC) previamente establecida y que cubre un plan de beneficios también previamente determinado. Son funciones de aseguramiento la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en Salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, asegurar la calidad en la prestación de los servicios de Salud y la representación del afiliado ante los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario.

Artículo 33. Del riesgo en Salud (aprobado)

El riesgo en salud, es la probabilidad de ocurrencia de un hecho o daño, que es incierto, que afecta la salud o que requiere un servicio de salud y que en consecuencia puede vulnerar la economía familiar. Es el posible acontecimiento previsto y cubierto por el plan de beneficios. La gestión del riesgo en salud, es el conjunto de acciones de la EPS tendientes a proteger o intervenir la ocurrencia de contingencias que afectan el estado de salud de los afiliados y sus familias.

Artículo 34. Del Plan de Beneficios (aprobado)

El Plan de beneficios, es la cobertura expresada como el conjunto de prestaciones, es decir actividades, procedimientos, intervenciones, suministros e indemnizaciones a que tienen derecho los afiliados o los beneficiarios. El plan de beneficios deberá ser integral, que permita la gestión del riesgo en salud por las aseguradoras, desde la promoción hasta la rehabilitación. Parágrafo. El Consejo Nacional de Seguridad Social actualizará por lo menos una vez al año el Plan Obligatorio de Salud y hará una revisión integral del mismo por lo menos cada tres años sin disminuir de ninguna manera sus beneficios.

Artículo 44. Priorización de los subsidios

El régimen subsidiado proveerá los subsidios totales que requiere la población pobre y vulnerable, desde las distintas fuentes de financiación, que serán administradas a través del Fondo Territorial Colombia para la Salud. FOCOS, incluyendo a todos los miembros del nivel 1 y 2 que sean susceptibles del subsidio. El CNSSS definirá los demás criterios de priorización para la población beneficiaria de los subsidios en salud.

Artículo 45. Subsidios Parciales.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, para las personas del nivel 3 del SISBEN o del sistema de identificación de beneficiarios de subsidios en salud que defina el CONPES, determinará la concurrencia entre el subsidio parcial y el aporte del afiliado para cada uno de los miembros de su grupo familiar o para el cubrimiento de ciertas y determinadas contingencias de salud, especialmente de alto costo. En el subsidio parcial podrán concurrir los entes territoriales en la forma como lo determine el citado Consejo. El CNSSS solo podrá otorgar como subsidio parcial un máximo del 50% del subsidio total. El subsidio parcial solo lo podrán recibir personas que estén clasificadas en el nivel 3 del SISBEN y excepcionalmente en un nivel superior de acuerdo a reglamentación del CNSS. El resto de la población pobre susceptible de acceder al régimen subsidiado recibirá subsidios totales.

Parágrafo.- Las personas identificadas en el nivel 2 del SISBEN que sean beneficiarias de los subsidios parciales a la fecha de expedición de la presente Ley, recibirán el subsidio pleno de conformidad con la ampliación de cobertura

Artículo 46. Plan Obligatorio de salud

El Sistema General de Seguridad Social en Salud garantiza a través del aseguramiento en salud en cualquiera de sus regímenes, el acceso a un Plan Obligatorio de Salud (POS) para la protección del individuo en sus fases de, promoción, prevención, protección, tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud, mediante el desarrollo de estrategias de atención domiciliaria y comunitaria, con enfoque de salud familiar que garantice la prestación de los servicios básicos de salud. El Plan Obligatorio de Salud será definido en todos los casos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud e incluirá los servicios y atenciones necesarias de salud en general y teniendo en cuenta en especial lo relacionado a la salud mental.

La UPC reconoce a las personas, el amparo del riesgo en salud y la prestación oportuna de los servicios en todas las fases y niveles contenidos en el Plan Obligatorio de Salud. (Aprobado)

Artículo 47. El Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo.-

En el régimen contributivo se garantiza el Plan Obligatorio de Salud de carácter integral que para el efecto apruebe el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, reconocido a las personas pertenecientes a dicho régimen.

Los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud serán ampliados progresivamente por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología disponible y las condiciones financieras del Sistema.

Aquellos beneficios no contenidos en el Plan Obligatorio de Salud y cuya protección se pretenda por el afiliado deberá ser contratados mediante planes complementarios. (Aprobado).

Artículo 48. El Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado.

El régimen subsidiado garantiza un Plan Obligatorio de Salud aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, para las personas pertenecientes a dicho régimen, el cual se irá ampliando en forma progresiva.

Las Secretarías de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud evaluarán periódicamente en la forma como lo señale el reglamento, la forma como las Entidades Promotoras de Salud garantizan en forma efectiva el acceso oportuno y con calidad a los servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud.

Aquellos beneficios no contenidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado y que se encuentren incluidos en el Plan Obligatorio de Salud Contributivo, serán atendidos por la red pública de prestadores de servicios de salud de acuerdo con sus disponibilidades de servicios y con cargo a los recursos que perciban por concepto del Sistema General de Participaciones y de las rentas cedidas conforme lo señalado en esta Ley. (Aprobado)

Artículo 49. Las actividades de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad.

Para efectos de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, las Entidades Promotoras de Salud en cualquiera de sus regímenes, diseñaran un plan estratégico de tales actividades que deberán someter a la aprobación de las secretarías de salud en donde tengan afiliados y que como mínimo deberá tener en cuenta, el perfil epidemiológico de su población afiliada, la focalización de las actividades a desarrollar, el tipo de entidades a contratar; el período de contratación y el diseño de los indicadores exigidos para su medición y control.

La contratación de las actividades de promoción y prevención en ningún caso significarán cesión del riesgo o de las responsabilidades que corresponden en esa materia a las entidades de aseguramiento (Aprobado).

Artículo 50. Planes Complementarios.

Los Planes complementarios de Salud y las pólizas de Salud serán prestados únicamente por las Entidades Promotoras de Salud, por las Empresas de Medicina Prepagada y por las compañías de seguros debidamente autorizadas para tal fin, de acuerdo con la reglamentación que para el efecto establezca el Gobierno Nacional.

Los planes complementarios de salud serán pagados con recursos distintos a los de las cotizaciones en salud, y deben ser todos aprobados por la Superintendencia Nacional de Salud, sin perjuicio de que las Entidades que venden pólizas de salud sin ser EPS ni empresas de Medicina Prepagada deban ser autorizadas por la Superintendencia Bancaria.

3.2.2.1 Comentarios al esquema de planes de beneficios propuesto

En general la propuesta de reforma conservaba el esquema de planes de beneficios, con el cual se pretende cubrir a diferentes segmentos de la población, de tal forma que no existía una propuesta real de cobertura universal a toda la población, se trata de una categorización de obvias consecuencias discriminatorias, concebida con un marco de gradualidad de corto plazo (2006) y escaso alcance global (50%), por cuanto le apuesta a cubrir a una parte del todo más pobre. El llamado segmento de “vinculados” sobre el cual se hizo antes las observaciones de rigor, continua bajo la cobertura de una red pública que cada vez cuenta con menos recursos para operar, dado el proceso de transformación de las fuentes de financiamiento. Se mantienen los mecanismos de revisión en cabeza del Consejo Nacional de Seguridad Social, planteados en la Ley 100. Aparte los anteriores problemas no resueltos la intención de la reforma ahonda el problema de segmentación al incluir un nuevo segmento el de la población cobijada con subsidios parciales, en los cuales se incluye el concepto de aportes menores de los posibles afiliados a ese grupo. De hecho la reforma solamente legitimaba un sistema que se encuentra hoy en funcionamiento y que cubre a 2 millones de ciudadanos.

Un tema adicional incluido es el del enfoque de abordaje de los planes y el de su operatividad práctica, en este caso se propone dar énfasis a las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y a la atención domiciliaria y comunitaria. No queda claro la forma en la que se articularan estas propuestas con la operación normal del sistema y menos aún con las exigencias de contratación con la red pública.

Con relación a la posibilidad de equiparar las coberturas del régimen subsidiado a aquellas del régimen contributivo, no se plantean mecanismo específicos para este logro. Tampoco es claro, el esquema de límites entre planes descrito como uno de los problemas operativos más complejos del sistema.

3.2.3 Fragmentación

Vista La fragmentación como la multiplicidad de entidades no integradas dentro de un mismo subsistema y que por tanto ocasionan ineficiencia global, deberíamos admitir que la propuesta de la reforma busca solucionar algunos de estos inconvenientes, así, se propone unir esquemas de administración especialmente en el caso del régimen subsidiado recogiendo propuestas contempladas en algunas normas anteriores, en especial el decreto 1804. El propio esquema de centralización de manejo de recursos pretende limitar la participación de los actores territoriales, (Municipios y Departamentos). Los esfuerzos para controlar la integración vertical apoyan la idea de que la reforma pretendía reducir la fragmentación del sistema, veamos algunos ejemplos en esa línea:

Artículo 3. De la organización en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Para cumplir la misión de mejorar las condiciones de salud de los habitantes del territorio colombiano y propiciar la satisfacción de la demanda de servicios de salud, el sistema general de Seguridad Social en Salud tendrá la siguiente organización.

- a) Dirección, regulación, vigilancia y control a cargo del Ministerio de la Protección Social, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, Superintendencia Nacional de Salud, Direcciones Territoriales de salud.*
- b) Financiamiento a cargo de las contribuciones parafiscales de empleadores y trabajadores, recursos fiscales de la nación, departamentos, distritos y municipios mediante el Sistema general de participaciones SGP, otros recursos del Presupuesto General de la Nación, rentas cedidas, ingresos propios de los entes territoriales, transferencias de Etesa, el FOSYGA y el FOCOS.*
- c) Aseguramiento a cargo de las Entidades Promotoras de Salud tanto en el Régimen contributivo como en el régimen subsidiado.*
- d) Prestación de servicios de salud a cargo de las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud, IPS tanto públicas –Empresas Sociales del Estado– como privadas o mixtas, incluidos los profesionales de la salud independientes.*
- e) Salud pública colectiva a cargo de la Nación, Departamentos, Distritos y Municipios los cuales deberán contratar su ejecución con las Empresas Sociales del Estado siempre y cuando estas ofrezcan los servicios en forma oportuna y de buena calidad o con entidades especializadas, previamente autorizadas por el Ministerio de la Protección Social para las diferentes acciones definidas en el Plan Colectivo de Salud.*

En este artículo se definían con claridad los diferentes elementos que componen la estructura del sistema de seguridad social en salud; el aseguramiento se define en cabeza de un solo actor, las entidades promotoras de salud, con lo cual se intenta claramente unificar la dispersión de figuras responsables del aseguramiento.

En el caso de la salud pública colectiva se definía la responsabilidad a la nación, departamentos, distritos y municipios y se pretendía que la ejecución estuviera a cargo de

las empresas sociales del estado, con lo cual se intenta reintegrar a los hospitales una función vital para la salud de las población, sobre todo la que tiene menos capacidad de pago. En este punto existe una gran controversia por cuanto estas instituciones han perdido capacidad operativa. Volveremos sobre el punto cuando analicemos el abordaje de salud pública en la reforma. Queda claro, que la reforma mantiene en la organización del sistema la figura del asegurador o tercero pagador, aunque propone medidas específicas para limitar el número de ellos. Otro elemento de análisis en el tema de fragmentación es el establecimiento de responsabilidades de vigilancia y control, en principio el esquema continuaba igual aunque se intentaba fortalecer la función de la Superintendencia Nacional de Salud, uno de los grandes vacíos de la Ley 100, en gran parte responsable de la situación actual, por cuanto las medidas de control, la imposición de sanciones, etc. han resultado ser procesos muy ineficientes o por lo menos con gran retraso en términos operativos dada la magnitud de áreas que deben ser objeto de control.

En este orden de ideas, aunque el sistema es complejo, cuenta con niveles bien definidos de operación, habida cuenta que se definen niveles desde el Ministerio de Protección social y la Superintendencia Nacional de Salud, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, los Departamentos, Distritos, Municipios, los Aseguradores y Prestadores. En este esquema llama la atención el escaso énfasis dado a la participación de los usuarios como eje del sistema.

La definición de funciones para cada actor es clara, como puede verse de en los artículos correspondientes, se modifica la estructura de la Superintendencia definiendo delegaciones en ciudades con mas de un millón de habitantes. Veamos:

Artículo 12. De los Departamentos y el Distrito Capital.

Sin perjuicio de las demás funciones que les asigna la Ley, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud los Departamentos y el Distrito Capital tendrán las funciones de:

- a) Diseñar y ejecutar, conforme a lo previsto en esta Ley, el Plan de Salud Pública Colectiva del Departamento y de acuerdo con los lineamientos definidos por el Ministerio de la Protección Social.*
- b) Supervisar y apoyar los planes locales de salud pública colectiva en su jurisdicción según los lineamientos trazados por el Ministerio de la Protección Social y conforme a las prioridades generadas por la situación de salud departamental.*
- c) Por delegación de la Superintendencia Nacional de Salud podrán ejercer Inspección, Vigilancia y Control en todo lo relacionado con los aspectos de salud pública.*
- d) Organizar y administrar los Registros de Habilitación de Instituciones Prestadoras de Salud y de Redes de Servicios en su territorio, de acuerdo con las normas establecidas para tal efecto por el Gobierno Nacional.*
- e) Presupuestar y ejecutar sin situación de fondos, los recursos de su propiedad, provenientes del Sistema General de Participaciones, y del Fondo Territorial Colombia para la salud FOCOS que se les asignen para el aseguramiento de la población al Sistema*

General de Seguridad Social en Salud, en virtud de los artículos 356 y 357 de la Constitución Política en los términos establecidos en la presente ley. (Aprobado)

Artículo 13. De los Municipios y Distritos.

Sin perjuicio de las demás funciones que le asigna la Ley, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud los Municipios tendrán las funciones de:

- a) Diseñar y ejecutar, conforme lo previsto en esta Ley, el Plan de Salud Pública Colectiva del Municipio, el cual deberá articularse con el del Departamento, de acuerdo con los lineamientos establecidos por el Ministerio de la Protección Social.*
- b) Vigilar y controlar las acciones de prevención y promoción dirigidas al individuo que serán entregadas como parte del plan de beneficios tanto en el Régimen Contributivo como en el Régimen Subsidiado.*
- c) Remitir al Ministerio de la Protección Social, Sistema Integral de Información en salud, la información de la caracterización socioeconómica de la población, de acuerdo a la normativa vigente para tal fin.*
- d) Presupuestar y ejecutar sin situación de fondos, los recursos de su propiedad, provenientes del Sistema General de Participaciones, que se les asignen para el aseguramiento de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud, y para los programas de salud pública colectiva. en virtud de los artículos 356 y 357 de la Constitución Política en los términos establecidos en la presente ley.*
- e) Presupuestar y ejecutar sin situación de fondos, los recursos que le asigne el Fondo Territorial Colombia para la Salud - FOCOS, para el aseguramiento de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud y para los programas de salud pública colectiva.*
- f) Establecer y difundir los listados de potenciales beneficiarios de los subsidios en su jurisdicción de acuerdo con las normas y con el instrumento que establezca el gobierno nacional.*
- g) Convocar a los beneficiarios del subsidio al proceso de selección y afiliación en las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado y su red de servicios y de las personas beneficiarias de la Tarjeta de Registro del Subsidio en Salud, en su jurisdicción.*
- h) Difundir públicamente los resultados de la selección de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del Régimen Subsidiado realizada por la población, suscribir los contratos correspondientes y remitir los listados y los contratos debidamente firmados al Fondo Territorial Colombia para la Salud -FOCOS-.*
- i) Ordenar al Fondo Territorial Colombia para la Salud - FOCOS, la administración de los contratos para el aseguramiento en el Régimen Subsidiado en los términos establecidos en la presente Ley, y los respectivos pagos a las EPS. Dicha orden se entiende impartida con la remisión del listado de beneficiarios de los subsidios y del contrato debidamente firmado al Fondo Territorial Colombia para la Salud, - FOCOS.*
- j) Girar oportunamente a la cuenta del Focos los recursos propios del departamento.*

Independiente las críticas que resulte válido hacer, dadas las implicaciones que la centralización de los recursos tenga sobre la función específica de los entes territoriales, se

definen una serie de funciones específicas en las que se da preeminencia a las acciones de salud pública de tipo colectivo. Como ya se expresó antes, surgen inquietudes relacionadas con las responsabilidades asignadas y la disminución del poder de tomar decisiones. En algunos casos las funciones son muy inespecíficas y en otras se omiten acciones concretas en temas críticos, por ejemplo en el control de calidad en la prestación de los servicios. La asignación de la función de vigilancia y control de las acciones de promoción y prevención dirigidas al individuo y realizadas por las aseguradoras, es una acción compleja que debe articularse con las funciones y responsabilidades encargadas, en relación con las acciones de salud pública colectiva.

Un tema de importancia es la asignación de rol de organización de las redes de servicios en cabeza del ente departamental, que debe propender por el control del excesivo y anárquico crecimiento de la oferta de servicios de salud. En este sentido la función prevista no puede ser simplemente “organizar y administrar los registros” debe preverse la posibilidad de intervención y control más directo, incluyendo los controles de calidad en el servicio.

En general la tendencia de la reforma en estos temas era centralista y ambigua en la definición de funciones, si no se conservan las funciones descritas en otras normas planteadas con antelación y se precisa cuales quedan vigentes y cuales derogadas, se puede generar un vacío de funciones concretas de carácter técnico, que entonces debilitarían el sistema en forma global.

A pesar de ello debe reconocerse que hay intentos de unificación de funciones y que la concepción macro prevista ya en Ley 100 ha contribuido a resolver problemas de fragmentación, que en el pasado eran mucho mayores. Digamos que la reforma Colombiana ha contribuido ha unificar los conceptos básicos alrededor del tipo de participantes en el sistema y de sus funciones, lo cual puede ser considerado un gran avance si se compara con la realidad de fragmentación de otros países de la región o aún más del área en los cuales la fragmentación se refiere en ocasiones a niveles tan dispersos como provincias. Preocupa en este contexto, el efecto que pueda tener el retroceso en la política de descentralización. La ponderación de el nivel de centralismo necesario para frenar los problemas de corrupción, es uno de los grandes retos operativos de cualquier reforma.

En cuanto al sistema de vigilancia y control, la reforma describía un sistema y unas funciones específicas, lo cual era un gran logro si se tiene en cuenta que los últimos años hemos padecido una grave incompetencia en este campo, con elevados costos de fuga de recursos y de impunidad, la descripción detallada de funciones para la Superintendencia Nacional de Salud y la creación de delegaciones en las regiones, así como la definición de recursos adicionales constituían un importante avance de la reforma, veamos:

Artículo 68. Sistema de Inspección, Vigilancia y Control.

Créase el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control como un conjunto articulado de agentes, normas y procesos para lograr los siguientes objetivos:

- a. *Proteger los derechos de los usuarios de los servicios de salud, en particular, su derecho al seguro de salud, de acceso a los servicios, información y calidad en los mismos y libre elección, entre otros.*
- b. *Vigilar la generación de los recursos que por la constitución y la ley deben destinarse a la salud y su completa y oportuna transferencia al sector salud en el nivel que corresponda.*
- c. *Vigilar y garantizar la adecuada, oportuna y eficiente administración y aplicación de los recursos para la salud por las entidades competentes, tanto en Seguros contributivos, Subsidios a la demanda y a la oferta y salud pública colectiva.*
- d. *Vigilar y promover el mejoramiento integral de la calidad de la atención en todos los actores involucrados en el aseguramiento, la provisión de servicios y la rectoría del sistema.*
- e. *Vigilar el cumplimiento de las reglas y condiciones para la competencia regulada en el Sistema y en particular los procesos de afiliación, compensación, contratación y pagos y comprobación de derechos.*
- f. *Proteger y promover la participación social y la rendición de cuentas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.*
- g. *Asegurar el acatamiento, por parte de los entes vigilados, de las normas que rigen su actuación en el sistema General de Seguridad Social en Salud.*

Artículo 69. Ejes del Sistema.

El sistema de inspección, vigilancia y control se organizará de acuerdo con los siguientes ejes, orientando sus actividades dentro de cada uno a los macroprocesos y procesos prioritarios previamente identificados:

Eje de Generación de recursos financieros del sector salud. Su finalidad es velar por la eficiencia en la generación y efectiva transferencia de los recursos del sector.

Eje de Seguros Contributivos y oferta privada de servicios de salud. Su finalidad es velar por los derechos de los usuarios y el cumplimiento de las normas que deben observar aseguradores y prestadores.

Eje de Subsidios en salud. Su finalidad es velar por de los derechos de los usuarios y el cumplimiento de las normas respectivas por aseguradores, prestadores y entes territoriales, incluyendo las acciones de salud pública colectiva.

Eje de acciones y medidas especiales.

Artículo 70. Organismos de Inspección, Vigilancia y Control intrasectorial.

Los siguientes son organismos que tienen asignadas las competencias de Vigilancia, Inspección y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud: la Superintendencia Nacional de Salud, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA, el Instituto Nacional de Salud INS, las entidades territoriales y los Tribunales de Ética.

Artículo 71. Sujetos de Control.

Son sujetos de Control de la Superintendencia de Salud y del Sistema de Inspección Vigilancia y control, todas las personas naturales y jurídicas, públicas, privadas o mixtas que estén obligadas a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud y aquellas que

cumplan funciones de aseguramiento, financiamiento, dirección del Sistema, generación, transferencia, gestión, programación y ejecución de recursos, prestación y control de los servicios de salud individual y colectivos, inclusive los que operen en regímenes excepcionales o excluidos por la ley 100 de 1.993 (Aprobado).

Artículo 72. Dirección del Sistema de Inspección Vigilancia y Control.

El órgano director del Sistema de Vigilancia, Inspección y Control será la Superintendencia Nacional de Salud, organismo adscrito al Ministerio de Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente.

La Superintendencia Nacional de Salud en su estructura desconcentrada contará con Delegaciones en los departamentos con más de un millón de habitantes. Para los casos en que no se cumpla el requisito anterior habrá una misma Delegación para dos o más departamentos (Aprobado).

3.2.3.1 Comentarios al esquema de soluciones a la fragmentación propuesto

La reforma conservaba el concepto general de organización de entidades y responsabilidades, modificando en forma estructural, las funciones relacionadas con el control de los recursos, para lo cual ofrece como solución una amplia política de centralización. La creación de un sistema de vigilancia y control, la desconcentración de funciones de la Superintendencia Nacional de Salud, son aportes de interés. Al mantenerse la figura de las aseguradoras se conserva al actor “tercero pagador”, criticado como elemento que contribuye a la fragmentaciones de funciones y responsabilidades. Finalmente es evidente que algunas funciones están enunciadas en forma muy general, lo cual puede conducir a que en la práctica dichas funciones se conviertan en funciones de bajo perfil, a ejemplo la de organización de las redes de servicios.

3.2.4 Rectoría

Uno de los temas más críticos en la implementación del sistema de seguridad social en salud planteado en la Ley 100 ha sido este de la función de rectoría. A lo largo del proceso ha sido evidente como ya se mencionó una pérdida continua del rol en cabeza del Ministerio. Algunos problemas relacionados con el abordaje de las reformas estructurales del Estado y la asunción, a veces acrítica y sin definición de prioridades de las recetas internacionales para reducción del gasto público generaron en algunos casos la pérdida de áreas técnicas responsables de ofrecer lineamientos claros al sistema. Por otra parte, la fusión del antiguo Ministerio de Salud con el Ministerio de Trabajo, para conformar el Ministerio de Protección Social, ha sido criticada en diferentes sectores como causante de mayores debilidades en la estructura administrativa y en la posibilidad de ofrecer respuesta oportuna y de fondo a diversos problemas. El problema no es solamente de concepto burocrático, va más allá, porque toca aspectos de representatividad para un sector vital.

Aparte estos problemas la dilución de responsabilidades que por competencia e importancia son función del Estado, condujo durante algunos años a retrocesos en campos muy sensibles para la sociedad, en particular la pérdida del rol de direccionamiento y en parte la ausencia de dolientes específicos en temas concretos y de alta sensibilidad como la vacunación, las políticas de salud pública o el control y gestión de la tecnología.

De lo que se trata en este aspecto es de analizar si la reforma contenida en el proyecto 052 contenía alternativas de solución a algunos de esos problemas. Es evidente que se conserva el esquema general de direccionamiento del sistema y que el Consejo Nacional de Seguridad Social, continua siendo el eje de decisión; parece que se pretendía darle énfasis a las acciones de rectoría relacionadas con la salud pública, que por antonomasia deben ser funciones bajo la dirección y tutela del estado. En otro sentido se podría considerar que el esquema de centralización planteado con el FOCOS pretende recuperar la función de rectoría al menos respecto del control y destinación de los recursos, dando una línea concreta en la orientación de la financiación de subsidios vía demanda. Veamos algunos elementos claves en estos sentidos:

DE LA DIRECCIÓN, REGULACIÓN Y CONTROL DEL SISTEMA

Artículo 7. Del Ministerio de la Protección Social.

Sin perjuicio de las demás funciones que le asigna la Ley, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Ministerio de la Protección Social tendrá a su cargo la rectoría, dirección, regulación, supervisión, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para ello deberá:

- a. Formular, dirigir y coordinar las estrategias, programas y planes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.*
- b. Dirigir y coordinar la operación del Sistema General de Seguridad Social en todo el territorio nacional.*
- c. Formular y adoptar las políticas de salud pública de acuerdo con los planes y programas de desarrollo económico, social y ambiental que apruebe el Congreso de la República.*
- d. Definir las políticas de Salud Pública Colectiva y establecer las acciones prioritarias.*
- e. Para la ejecución de las políticas de salud, realizará la coordinación intersectorial con las entidades de gobierno no integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.*
- f. Ejercer a través de la Superintendencia Nacional de Salud la coordinación de las acciones de inspección vigilancia y control de conformidad con lo establecido en el capítulo séptimo de la presente ley (Aprobado).*

Artículo 8. Del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud es el organismo de dirección y concertación entre los diferentes integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Sus decisiones serán obligatorias y podrán ser revisadas periódicamente por el mismo Consejo (Aprobado).

Artículo 9. Composición del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

La composición del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud estará constituida por trece miembros, así:

- 1. El Ministro de la Protección Social quien lo presidirá.*
- 2. El Ministro de Hacienda*
- 3. Un representante de las entidades territoriales*
- 4. Un representante del Instituto de los Seguros Sociales. .*
- 5. Un representante de las EPS's del régimen Contributivo.*
- 6. Un representante de las EPS's del régimen Subsidiado públicas*
- 7. Un representante de las IPS Privadas o Mixtas.*
- 8. Un representante de las Empresas Sociales del Estado.*
- 9. Un representante de los profesionales de la salud*
- 10. Un representante de los trabajadores.*
- 11. Un representante de los pensionados*
- 12. Un representante de los empleadores.*
- 13. Un representante de los usuarios.*

Parágrafo. El Gobierno Nacional reglamentará como a través de mecanismos democráticos se escoja a los representantes de los organismos no gubernamentales. El periodo de los representantes no gubernamentales en el CNSSS será de dos años y podrán ser reelegidos (Aprobado).

Artículo 10. De la Secretaría técnica del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

El Consejo contará con una Secretaría Técnica, de carácter permanente, escogida por el mismo Consejo entre los funcionarios del nivel directivo del Ministerio de la Protección Social, la cual será responsable de presentar al Consejo sus recomendaciones para la toma de decisiones. El Ministerio de la Protección Social contratará de manera ininterrumpida los siguientes estudios que aseguren el soporte técnico a la Secretaría y al Consejo:

- a. Evaluación de tecnología.*
- b. Evaluación financiera.*
- c. Evaluación de planes de beneficios.*

Para el logro de sus responsabilidades, la Secretaría Técnica contará con comisiones ad-hoc, transitorias y ad-honorem conformadas por expertos en las áreas de estudios técnicos señalados en el párrafo anterior.

Parágrafo 1. Serán asesores permanentes del Consejo, coordinados por la Secretaría técnica: un representante de la Academia Nacional de Medicina, uno de la Federación Médica Colombiana, uno de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, uno en representación de las Asociaciones de Profesionales de la Salud diferentes a la medicina y uno en representación de las Facultades de Salud Pública, un representante de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas de la Asociación de Empresas Sociales del Estado y hospitales públicos, un representante de las centrales obreras y un representante de las confederaciones de pensionados. Estos asesores serán escogidos autónomamente por cada una de estas agremiaciones.

Parágrafo 2. La contratación de los estudios de que trata el presente artículo, se hará por parte del Ministerio de la Protección Social y se financiará mediante recursos propios del Ministerio (Aprobado).

Artículo 11. De las funciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

A partir de la vigencia de la presente ley, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud tendrá las siguientes funciones:

- a. Definir los Planes Obligatorios de Salud que las EPS garantizaran a los afiliados según las normas de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.*
- b. Definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación del régimen contributivo.*
- c. Definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación del régimen Subsidiado.*
- d. Definir el valor por beneficiario de los subsidios parciales en salud, sus beneficios y los mecanismos para hacer efectivo el subsidio.*
- e. Definir el listado de medicamentos esenciales y genéricos que harán parte de los Planes de Beneficios.*
- f. Definir los criterios generales de selección de los beneficiarios del Régimen subsidiado por parte de las entidades territoriales, dando la debida prioridad a los grupos de personas de escasos recursos económicos y vulnerables.*
- g. Definir el régimen de pagos compartidos de que tratan el numeral 3 del artículo 160 y los artículos 164 y 187 de la Ley 100 de 1993, conforme a lo previsto en la presente ley.*
- h. Definir el régimen que deberán aplicar las Entidades Promotoras de Salud para el reconocimiento y pago de las incapacidades originadas en enfermedad general y de las licencias de maternidad a los afiliados según las normas del Régimen Contributivo.*
- i. Definir las medidas necesarias para evitar la selección adversa y selección de riesgo de usuarios por parte de las entidades promotoras de salud y entidades territoriales una distribución inequitativa de los costos de la atención de los distintos tipos de riesgo.*
- j. Recomendar el régimen y los criterios que debe adoptar el Gobierno Nacional para establecer las tarifas de los servicios prestados en los casos de riesgos catastróficos, accidentes de tránsito y atención inicial de urgencias.*
- k. Definir las reglas para el traslado de afiliados entre EPS al interior de cada régimen.*
- l. Determinar con base en el perfil epidemiológico de una determinada región los márgenes porcentuales que se utilizarán de la UPC para solucionar los aspectos prioritarios en salud de dicha población, en los eventos a que haya lugar a ello.*
- m. Definir el porcentaje máximo de administración de las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado.*
- n. Presentar ante las Comisiones Séptimas de Senado y Cámara, a través del Ministro de la Protección Social, un informe anual sobre la evolución del Sistema General de Seguridad Social en Salud y sus recomendaciones para mejorarlo..*
- o. Adoptar su propio reglamento.*
- p. Las demás que le sean asignadas por Ley.*

Parágrafo 1. El valor de pagos compartidos y de la Unidad de Pago por Capitación, serán revisados por lo menos una vez por año, antes de iniciar la siguiente vigencia fiscal. Para

determinar el valor de la UPC deben existir estudios técnicos previos y solo en casos excepcionales debidamente justificados la ausencia de estudios, se incrementará automáticamente en una proporción igual al aumento del salario mínimo, aprobado por el gobierno nacional para esa vigencia.

Parágrafo.- Las decisiones anteriores que tengan implicaciones fiscales y sobre la calidad del servicios público de salud requerirán conceptos previos favorables del Ministro de la Protección Social.

3.2.4.1 Comentarios al esquema propuesto de rectoría y organización del sistema

Resulta clara la intención de la reforma, de definir con más precisión las funciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, que si se observa en detalle, es el verdadero organismo de rectoría del sistema dado su enfoque. Aunque no se resta importancia a las funciones que están definidas en otras normas y en la propia propuesta de reforma para las funciones asignadas al Ministerio de Protección Social, es claro que las decisiones sobre planes de beneficios, UPC, medicamentos esenciales, etc. corresponden al Consejo, en este sentido son de importancia los intentos de democratización y de dar representatividad a sectores específicos por ejemplo a los prestadores públicos.

La contratación permanente de estudios prevista para los temas de evaluación de tecnología, evaluación financiera y planes de beneficios, demuestra a las claras la escasa capacidad técnica actual del Ministerio. La presencia de comisiones técnicas asesoras y de asesores permanentes, daría mayor capacidad técnica al consejo y permite suponer que se enriquecería el mecanismo a través del cual se toman las decisiones. No queda claro si el excesivo poder que hasta ahora tiene el Ministerio de Hacienda en las decisiones del Consejo tendría alternativas de manejo o si el consejo mismo superará su limitado abordaje de problemas estructurales dado el énfasis de la agenda en la solución de situaciones administrativas y financieras.

3.2.5 Calidad

El abordaje de la calidad en el modelo, no parece ser un elemento trascendente en las discusiones, por lo menos hasta ahora. Es evidente que los problemas señalados antes, tienen mayor peso en la agenda política del sector. Las discusiones giran mucho en torno a los aspectos financieros, al manejo del poder de decisión frente al uso de recursos, las posibilidades de cobertura universal, etc. Los problemas sobre la calidad de los servicios prestados y los mecanismos de control establecidos, son de orden secundario. Es posible que se considere que este tema en particular, ya ha sido abordado con suficiencia, dado que la Ley 100 definió con claridad el quehacer y responsabilidades en cada nivel. Por si fuera poco la Ley 715 reforzó los argumentos del llamado Sistema Obligatorio de garantía

de calidad y sucesivas reglamentaciones han hecho eco del tema. Llama la atención que en varios artículos se mencionan en forma expresa responsabilidades con la calidad y un evidente logro era la inclusión de varios intentos para generar una política de incentivos, veamos algunos de esos elementos:

Dos elementos del objeto de la reforma son de particular interés:

Artículo 1

- a. Procurar la calidad en la prestación de los servicios de salud y de aseguramiento en salud.*
- b. Racionalizar la gestión pública de prestación de servicios de salud conforme a la demanda existente con criterios de equilibrio presupuestal, equidad social y regional.*

Asimismo aunque no se ratifica ninguna función específica de los niveles de rectoría por lo menos para Ministerio y CNSSS, con relación a sus responsabilidades en el tema de calidad, se expresa al final de las funciones del consejo:

Artículo 11

Parágrafo 2.- Las decisiones anteriores que tengan implicaciones fiscales y sobre la calidad del servicio público de salud requerirán concepto previo favorable del Ministro de la Protección Social.

En este sentido parece, se quisiera proteger la calidad del servicio público de salud de cualquier decisión que pudiera afectarla. El parágrafo deja de todas formas dudas en términos de los mecanismos específicos, o los temas en los cuales podría verse afectada la calidad del servicio.

Con relación a las funciones de los entes departamentales como ya se mencionó antes la reforma mantiene una disposición genérica, tal y como aparece en el:

Artículo 12. De los Departamentos y el Distrito Capital.

- d) Organizar y administrar los Registros de Habilitación de Instituciones Prestadoras de Salud y de Redes de Servicios en su territorio, de acuerdo con las normas establecidas para tal efecto por el Gobierno Nacional.*

Sobre este punto y dado que la problemática del ordenamiento, concepción, funcionamiento y coordinación de la red de servicio, constituye un elemento crítico para el funcionamiento de todo el modelo, debería darse un mayor énfasis al papel regulador y de dirección del sistema en cabeza de los entes departamentales. La escasez de argumentos en este punto demuestra la escasa comprensión de la importancia de la red de servicios en la articulación y funcionamiento del sistema.

En cuanto a las funciones de aseguramiento y su relación con el tema de calidad:

Artículo 32. Definición

Son funciones de aseguramiento la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en Salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, asegurar la calidad en la prestación de los servicios de Salud y la representación del afiliado ante los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario.

Este artículo ratifica el concepto ya expresado en otras normas sobre las responsabilidades del asegurador con la calidad.

Artículo 35. De la Unidad de Pago por Capitación (UPC)

Unidad de Pago por capitación será establecida por el CNSSS previos los estudios elaborados por la secretaría técnica del CNSSS o contratados con terceros y deberá estar calculada acorde a la cobertura del plan de beneficios y a los riesgos cubiertos, y podrá ajustarse por concentración de riesgo en enfermedades de alto costo, por zona geográfica, edad y género o por indicadores de calidad derivados de la acreditación o por impacto de las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (Aprobado).

Los elementos concretos incluidos que son de interés para el tema de la calidad, son la concepción de “gestión de riesgo” tema en el que se requeriría saber con exactitud el tipo de actividades que las aseguradoras abordarían, desde su comprensión del tema y el ajuste de riesgo por indicadores de calidad derivados de la acreditación, tema en el que se menciona en forma explícita el componente de mejoramiento continuo centrado en el usuario y la posibilidad real de que acreditarse constituya un incentivo para los aseguradores.

Artículo 40. Selección de la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado.

La selección de las Entidades Promotoras de Salud se hará mediante la libre elección de los usuarios en cada municipio conforme las siguientes reglas:

El Ministerio de la Protección Social tendrá en cuenta para la autorización regional los criterios de domicilio de la EPS en la región, propiedad de la EPS de personas naturales o jurídicas domiciliadas en la región, cobertura de municipios en la región, cartera del régimen subsidiado con las IPS's en el país siempre y cuando las entidades territoriales estén al día con las EPS del régimen subsidiado, calificación de las IPS's con las que tenga contratos en el régimen subsidiado, porcentaje de propiedad de los usuarios y acreditación de estándares de calidad superiores a los mínimos de habilitación.

Se presenta la acreditación como uno de los elementos a tener en cuenta en el discutido proceso de regionalización de la atención en el régimen subsidiado.

Artículo 48

Parágrafo 2. Las Secretarías de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud evaluarán periódicamente en la forma como lo señale el reglamento, la forma como las Entidades

Promotoras de Salud garantizan en forma efectiva el acceso oportuno y con calidad a los servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud.

Se ratifica la función de los entes territoriales y de la Superintendencia Nacional de Salud, frente al tema de vigilancia de la calidad para el cumplimiento de las actividades del Plan Obligatorio de Salud.

Artículo 53. De las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS.

Las entidades con personería jurídica en cuyo objeto social se establezca la prestación de servicios de salud tendrán la denominación genérica de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y la sigla IPS. Para operar, las IPS deberán estar habilitadas por la respectiva Dirección Territorial de Salud, conforme las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

En todo caso, toda dependencia que preste servicios de salud en una entidad cuyo objeto social no contempla dicha prestación deberá cumplir con las condiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

Para los efectos de esta ley los profesionales independientes que prestan servicios de salud se asimilarán en lo pertinente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Artículo 55. De la habilitación de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Para prestar con calidad y eficiencia un determinado portafolio de servicios todas las IPS deberán habilitar el cumplimiento de las condiciones básicas que señale el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. Las IPS, o las unidades o servicios pertenecientes a ellas que no cumplan con el requisito de habilitación limitarán su operación de la forma en que señale la Superintendencia de Salud o las Direcciones Territoriales de Salud, conforme al reglamento y en todo caso no podrá contratarse con las EPS del régimen Contributivo o del Régimen Subsidiado los servicios no habilitados.

En estos dos artículos se ratificaba la importancia de la habilitación como elemento que determina la entrada al sistema, preocupa que se intentara abrir la posibilidad de operación para las que no cumplan dichos requisitos por lo cual el artículo 55 resulta contradictorio.

Artículo 56. De la libertad de escogencia de IPS:

Las EPS, tanto del Régimen Contributivo como del Subsidiado, garantizarán a los afiliados la posibilidad de escoger entre las diferentes opciones de IPS existentes en el área de influencia de la aseguradora. Para tal efecto las aseguradoras basadas en el censo de IPS habilitadas de la zona informarán a sus afiliados los criterios con los cuales diseñó su red de prestadores haciendo énfasis en las ventajas de calidad, resolutivez y accesibilidad de esa red. No obstante lo anterior los usuarios podrán exigir la inclusión en la red de aquellas entidades del área que se destaquen por sus resultados científicos, por sus resultados de calidad técnica y funcional o por haber obtenido reconocimientos en la implementación del sistema de garantía de calidad.

Lo anterior sin perjuicio de lo previsto en la presente ley como porcentaje mínimo a contratar con la red pública de prestación de servicios en el régimen subsidiado. El CNSSS reglamentará los procedimientos a seguir cuando el afiliado quiera utilizar, con cargo a la EPS, los servicios de IPS con tarifas superiores a las contratadas por la EPS.

Parágrafo 1: Están prohibidos todo tipo de acciones que conduzcan a impedir, restringir o falsear la libre competencia para la prestación de los servicios de salud. El usuario que vea menoscabado su derecho a la libre escogencia de IPS o que habiéndose afiliado con la expectativa de una determinada red de prestadores y esta no sea cierta podrá cambiar de aseguradora sin importar el tiempo de permanencia en ésta. El régimen de movilidad general puede ser obviado si se demuestra alguna de las causales anteriores.

Parágrafo 2: La aseguradora que viole el derecho a la libertad de escogencia de IPS deberá ser investigada y eventualmente sancionada por las autoridades de vigilancia y control. Si la conducta es sistemática podrá ser revocada su licencia de funcionamiento.

Artículo 60

Parágrafo 2: La política tarifaria será parte integral de la política de garantía de calidad, generándose incentivos para aquellas IPS con resultados destacados o aquellas que resultaran ubicadas en los primeros puestos del escalafón hospitalario que debe diseñar y promulgar el Ministerio de la Protección Social.

Parágrafo 3: El Ministerio de Protección Social podrá diseñar un sistema de clasificación de IPS por categorías con base en indicadores de calidad y que relacione la categoría básica con el mínimo tarifario, de manera que incentiven a las IPS para ascender de categoría.

3.2.5.1 Comentarios al esquema propuesto para la calidad de la atención en salud

En general el abordaje de la reforma sobre este tema se orientaba a proponer algunas medidas adicionales a las ya contempladas en otras normas con relación a la calidad. Se refuerzan algunos argumentos para dar sentido a la estrategia de libertad de elección de usuarios y de libre competencia. Este impulso es importante por cuanto son estos argumentos de calidad de la reforma anterior que no han funcionado en la práctica. Se asocia la política tarifaria a la política de calidad, con lo cual se generaría un evidente estímulo, aún por reglamentar, pero importante de cara a la implementación del sistema de acreditación. Preocupa mucho la introducción de opciones de funcionamiento sin el cumplimiento de los requisitos de habilitación, pues tal medida desvirtúa por completo el esquema mínimo de exigencias orientadas a prevenir el riesgo a las que se ha apuntado en los últimos años.

Un avance notable de la propuesta era el intento de darle forma a la posibilidad de que el usuario cambie de asegurador en cualquier momento si es evidente que se viola su derecho a escoger IPS o si la oferta de red inicialmente ofrecida no se cumple. En principio es este uno de los rezagos mayores del sistema de aseguramiento, que empoderado excesivamente sobre el usuario, determina a qué lugar, cómo y cuándo debe ser atendido el paciente.

Es necesario que esta racionalidad se lleve a la práctica y tenga el significado de política de calidad que el modelo de atención promueve: Si se logra que esta parte del sistema opere, entonces la calidad será un verdadero elemento de diferenciación en el sistema.

3.2.6 Salud Pública

Aunque en el esquema de análisis propuesto en diferentes trabajos sobre evaluación de reformas de salud, la salud pública no aparece como un punto específico a considerar, no porque se desconozca su importancia sino porque la misma es resultante de esfuerzos multisectoriales y porque siempre se considera una responsabilidad indelegable del Estado, es necesario tener en cuenta los efectos negativos mencionados antes, que la reforma contenida en la Ley 100 generó con relación a algunos temas de mucha importancia para la salud de la población, entre otros las actividades de vacunación, control de transmisión de vectores, prevención de violencia. Es necesario conocer, la visión de la reforma propuesta en el 052 en ese sentido:

Artículo 62. De los servicios de Salud Pública

Sin perjuicio del concepto amplio de que trata el artículo 2 de la presente ley, los servicios de salud pública, en sentido estricto, incluyen las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de carácter individual, familiar y colectivo, el control de los factores de riesgo y fomento de factores protectores, así como las acciones en patologías de interés en salud pública, las funciones de soporte, incluyendo la vigilancia en salud pública, la vigilancia de factores de riesgo del ambiente y del consumo, y el control de gestión de las acciones de interés en salud pública, los cuales se prestarán bajo la regulación y control del Estado. Para su correcta organización y prestación se distinguen los servicios de carácter individual y los de carácter colectivo.

Artículo 63. Situación de Salud y Plan de Salud Pública

Es responsabilidad del Estado, en los diferentes niveles territoriales y con la participación de todos los sectores, mantener actualizado el diagnóstico de la situación de salud de la población. Este diagnóstico debe identificar necesidades y problemas y áreas epidemiológicas que afectan la salud y el bienestar del individuo y la colectividad.

Con base en este diagnóstico, el Ministerio de la Protección Social definirá el Plan de Salud pública para cada cuatrienio que hará parte del Plan Nacional de Desarrollo. Este debe formular y coordinar la política nacional sobre Salud y Seguridad Social en Salud, estableciendo las prioridades de interés en salud pública, las metas de cobertura de aseguramiento y acceso a servicios, la reducción de tasas de morbilidad y mortalidad, los planes de Beneficios y demás intervenciones requeridas tendientes a controlar o minimizar los riesgos y orientar el acceso a los servicios de atención.

A partir del Plan de Salud Pública, establecido por el Ministerio de la Protección Social, será responsabilidad del Departamento, en conjunto con los municipios su ajuste a las condiciones epidemiológicas locales.

Artículo 64. De los servicios de Salud Pública de carácter individual o familiar

Los servicios de salud pública de carácter individual y familiar serán prestados obligatoriamente y de manera integral a través de las Entidades Promotoras de Salud, para los afiliados al Régimen Contributivo y al Régimen Subsidiado, de conformidad con las normas de calidad y metas mínimas de cumplimiento que establezca el Ministerio de la Protección Social. No obstante, el Estado deberá garantizar la cobertura universal en la prestación de estos servicios. Esta prestación de servicios de la salud pública individual será con cargo a la UPC.

Artículo 65. De los servicios de Salud Pública Colectiva.

Los servicios de salud pública de carácter colectivo estarán a cargo de las entidades territoriales del orden nacional, departamental, Distrital y municipal, a través del Plan de Salud pública Colectiva que como un componente del plan de salud publica, será gratuito y obligatorio para todos los habitantes del territorio nacional y dirigido a las colectividades que compartan determinados factores de riesgo.

Este plan incorporará acciones que fortalezcan los factores protectores y hábitos de vida saludables, el fomento y promoción de la salud, la prevención y control de los riesgos del consumo, de establecimientos y espacios públicos, del agua, residuos sólidos y líquidos, los factores de riesgos físicos, químicos, biológicos y psicosociales, las actividades relacionadas con el control de las enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis, la prevención y control de enfermedades inmunoprevenibles y de interés en salud publica, subsidiariamente con los planes individuales, búsqueda activa de casos y contacto de enfermedades de interés en salud publica, la investigación y control de brotes y epidemias.

Artículo 66. Del Plan de Salud Pública Colectiva

El Plan de Salud Pública Colectiva reemplaza el Plan de Atención Básica de que trata el Artículo 165 de la Ley 100 de 1993 y la ley 715 de 2001, su contenido será reglamentado por el Ministerio de la Protección Social de acuerdo con las prioridades en salud pública y de manera que complemente las acciones de los planes individuales y las intervenciones de otros sectores que afectan la salud.

Una vez establecidas para cada Entidad Territorial, las actividades del Plan de Salud Colectiva, éstas serán contratadas por las entidades territoriales con la red pública prestadora de servicios de salud, con cargo a los recursos que a su nombre existan en la subcuenta territorial de salud pública del FOCOS. Excepcionalmente, estas acciones podrán ser contratadas con otras instituciones de reconocida idoneidad y experiencia no inferior a 5 años, prioritariamente regionales y locales, cuando apliquen y cumplan con los requisitos establecidos.

3.2.6.1 Comentarios al esquema propuesto para la salud pública

La propuesta se orientaba a la definición de las responsabilidades de los distintos participantes del sistema con la salud pública. Se presentan propuestas claras frente a uno de los

problemas graves, el de la carencia de planeación y manejo de información orientada a las prioridades detectadas en el perfil epidemiológico. Llama la atención la insistencia en la separación planteada en los conceptos de salud pública: acciones individuales y familiares y aquellas llamadas colectivas. Este esquema de separación complicó mucho la definición de responsabilidades en el sistema de Ley 100. La inclusión de un Plan de Salud Pública como una responsabilidad de los gobiernos en cada cuatrienio, debe ser entendida como la definición de una actividad política de enorme importancia para el país, en el intento de dinamizar el modelo de atención y orientarlo hacia la promoción y la prevención. La definición explícita de normas de calidad en el Artículo 64 para las actividades de salud pública que desarrollen las aseguradoras, abrió la puerta a una discusión de fondo del sistema: el problema de la salud pública, no es solamente de cobertura es también un problema de calidad.

Por otra parte la reforma pretendía obligar que los municipios, departamentos y distritos contraten las actividades del Plan de Salud Pública colectiva con la red pública prestadora de servicios o con otras instituciones de reconocida experiencia, retrocede en el contexto de descentralización pero sobre todo en el de la autonomía y generación de responsabilidades que la Ley 10 de 1990 y la constitución de 1991 impusieron a los entes territoriales. Se pretende que las instituciones públicas manejen el saneamiento básico y una serie de actividades para las cuales ahora no tienen tanta capacidad técnica como otrora, por cuanto en sucesivos procesos de ajuste, se retiraron dichas funciones y se encomendaron a otras instancias. Parece que en esta propuesta se desconocía la realidad actual del sistema de prestación de servicios público, del intento de especialización de funciones trabajado en los últimos años y de la concepción de la salud pública como un elemento estructural del desarrollo del tejido social con grandes implicaciones de orden y responsabilidad política de los gobernantes locales. Si bien, es clara la debilidad de los niveles municipales frente al tema y la necesidad de contar con el referente técnico, no parece la mejor solución proponer la contratación obligatoria de estas actividades. Tampoco debe considerarse que los limitados recursos tradicionalmente destinados a estos temas contribuyan a solventar las instituciones y por tanto a resolver la crisis económica de los hospitales.

A la vez si lo que se pretende es recuperar de fondo el rol que en ningún momento debió perder la red pública prestadora de servicios de salud y orientar el modelo de atención hacia la promoción y la prevención, entonces es necesario concretar la propuesta, determinando que los recursos necesarios para el funcionamiento de la red pública son obligación del Estado y por tanto se requiere analizar en forma más cuidadosa el efecto de la transformación de subsidios de oferta a demanda. El viejo anhelo de contar con hospitales abiertos a la comunidad y a la sociedad puede ser una idea de avanzada pero debe estar sustentada en mecanismos financieros claros.

Sin duda este es un tema que amerita una discusión más profunda y que se constituye en otro error del enfoque de la reforma, que pareció estar más centrada en resolver problemas de grupos de presión que en mirar en forma estructural los problemas.

3.2.7 Prestación de servicios y organización de redes

La forma en la que se diseñe desde el nivel político la prestación de los servicios de salud, incide directamente en la calidad de los mismos y por tanto en la salud de la gente. Visto de esta forma, es necesario tener en cuenta los problemas de organización de las redes de servicios y el impacto posible de su eficiencia o ineficiencia sobre la sociedad en general. Como ya se analizó la prestación de los servicios de salud en Colombia, se vio afectada con la reforma promovida por la Ley 100, el impacto es difícil de medir pero incluye entre otros, la proliferación innecesaria de prestadores de servicios, la ubicación de instituciones sin correlación con la ubicación geográfica de la población a la que debe atender, la construcción o compra de entidades de prestación por los aseguradores, generando esquemas de competencia desleal, mecanismos de contratación con graves desventajas para quienes prestan el servicio, desconfianza, retrasos en los pagos, etc. Todos estos factores llaman la atención sobre la necesidad de organizar de una vez por todas un esquema de prestación de servicios que garantice a los usuarios respuestas oportunas y de calidad. El colapso de la red pública de prestación de servicios, en razón al efecto acumulativo de todos estos problemas, más las distorsiones ocasionadas por el proceso de transformación del sistema de financiación, han hecho pensar a muchos actores de la sociedad, a determinados grupos de congresistas, a representantes gremiales etc., en la necesidad de introducir soluciones de fondo al problema. Aunque es evidente que las soluciones aparecen en algunos casos en forma tardía, dado que ya ha ocurrido el cierre de entidades tanto públicas como privadas, es deseable conocer cuáles son las alternativas propuestas. Al respecto se destacan los siguientes artículos del proyecto de reforma

Artículo 5

- d. *La Nación y las entidades territoriales, a través de las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas en todos los niveles de atención que tengan contrato de prestación de servicios para este efecto, propiciarán el acceso a los servicios que ellas tengan disponibles a quienes no estén amparados por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, hasta cuando éste logre la cobertura universal, o cuyas demandas en salud no estén amparadas en el correspondiente plan de beneficios hasta que se logre igualar la integralidad del Plan Obligatorio del régimen contributivo. Estos servicios se prestarán a las tarifas subsidiadas que establecerá el CNSSS.*

Artículo 30. Recursos para la red pública de prestación de servicios de salud.

La red pública de prestación de servicios de salud se financiará con los siguientes recursos:

- El 25% del total del Sistema General De Participaciones En Salud.*
- Recursos provenientes de la contratación mínima obligatoria y efectiva del 65% por parte de las EPS del régimen Subsidiado en el territorio de la respectiva red.*
- El 60% de las Rentas Cedidas para salud.*
- Recursos provenientes del sesenta y cinco por ciento (65%) de los excedentes de las Subcuenta de ECAT del FOSYGA, con énfasis en los hospitales universitarios y docentes,*

de acuerdo con los criterios de distribución que establezca el CNSSS. De estos recursos, como mínimo, el 20% se destinará a inversión, modernización y actualización tecnológica e investigación.

- e. Recursos propios de las entidades territoriales.*
- f. Venta de servicios al régimen contributivo y otros.*
- g. Donaciones y otros conceptos.*

Parágrafo-. Excepcionalmente en los municipios donde no existan IPS Públicas, los recursos de oferta se podrán contratar con IPS Privadas, previa autorización del Ministerio de la protección Social.

Artículo 31. Contratación con la Red Pública de Prestación de Servicios de Salud.

El ISS en el Régimen Contributivo contratará al menos el sesenta y cinco por ciento (65%) de los servicios que requiera con Empresas Sociales del Estado cuyas Unidades Prestadoras de Salud hayan sido habilitadas.

Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado contratarán los servicios de salud con las Redes de Prestación de Servicios de Salud del respectivo ente territorial, regional o nacional en todos los grados de complejidad.

Por lo menos el sesenta y cinco por ciento (65%) de la contratación efectiva que formalicen las EPS's del régimen subsidiado, se deberá realizar con Empresas Sociales del Estado cuyas Unidades Prestadoras de Salud hayan sido habilitadas.

El gobierno nacional reglamentará la transición en esta materia hasta que se hayan constituido las ESE's conforme a lo previsto en la presente ley. De igual manera reglamentará sobre las excepciones en las cuales se acepte la contratación con la red pública de primer nivel en municipios vecinos.

Cuando se contrate por capitación la totalidad de los servicios de baja complejidad contenidos en el POS subsidiado, ésta no podrá exceder el cuarenta y cinco (45%) de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

La contratación de servicios con cargo a los recursos del Sistema General de Participaciones de oferta por parte de las ESE's, deberá estar mediada por contratos conforme a la reglamentación que expida el Gobierno Nacional.

Parágrafo 1. Para efectos de evaluar la contratación mínima obligatoria de las EPS's del régimen subsidiado con la red pública, la cual no podrá ser inferior al sesenta y cinco por ciento (65%) de la contratación de servicios de salud, los entes de Interventoría, inspección vigilancia y control la evaluarán en función de lo realmente ejecutado y no de lo formalmente contratado.

Parágrafo 2. Hasta tanto no se reglamente la contratación de las ESE podrá contratarse con IPS públicas (Aprobado).

Artículo 51. Regulación de la Integración Vertical Patrimonial

Entiéndase por integración vertical patrimonial aquellos eventos en que una Entidad Promotora de Salud (EPS) asume a su vez la función de prestadora de servicios de salud, o contrata dicha prestación con IPS's que son de su propiedad total o parcialmente, en cuyo

caso se denominará *red propia*. Las Entidades Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado que cuenten con *red propia* sólo podrán prestar servicios a través de dicha *red* en los siguientes casos:

- a. Cuando a 31 de agosto de 2004 contaba con *red propia* de cualquier grado de complejidad en cuyo caso podrá contratar con esta hasta un treinta por ciento (30%) del total de los servicios.
- b. Cuando creen IPS's nuevas que realicen atención ambulatoria de baja y mediana complejidad, en cuyo caso las EPS's no podrán contratar más del treinta por ciento (30%) de los servicios con la *red propia*. Para el caso de EPS que cuenten con *red propia* del tipo definido en los literales a y b la suma de la contratación de los dos tipos no podrá ser superior al treinta por ciento.

El porcentaje restante, al permitido en los literales anteriores, tendrá que contratarse con *red no propia* y que no sea propiedad de otra EPS.

Cuando una EPS sea en forma mayoritaria de propiedad de hospitales públicos, asociaciones de hospitales públicos o cooperativas de hospitales públicos no aplicará la restricción de contratación señalada en los literales a y b.

En todo caso a partir de la vigencia de la presente Ley, ninguna aseguradora, en forma directa o a través de terceros, podrá construir, adquirir total o parcialmente, comprar acciones total o parcialmente o entrar a ejercer algún tipo de dominio sobre alguna institución prestadora de servicios de salud de alta complejidad. El incumplimiento de esta norma será causal de revocatoria de la licencia de funcionamiento de la entidad aseguradora.

Parágrafo 1. En todo caso, cuando se presente contratación entre la EPS y la *red propia* esta no podrá hacerse por encima de las tarifas mínimas establecidas por el Gobierno Nacional.

Parágrafo 2. La Superintendencia Nacional de Salud velará por el cumplimiento de esta norma y en conjunto con la superintendencia de sociedades examinará la composición de la propiedad de las IPS's que obtengan el visto bueno para operar, así como de las ya existentes y la contratación de las EPS con la *red propia* en cada vigencia.

Artículo 53. De las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS.

Las entidades con personería jurídica en cuyo objeto social se establezca la prestación de servicios de salud tendrán la denominación genérica de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y la sigla IPS. Para operar, las IPS deberán estar habilitadas por la respectiva Dirección Territorial de Salud, conforme las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

En todo caso, toda dependencia que preste servicios de salud en una entidad cuyo objeto social no contempla dicha prestación deberá cumplir con las condiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

Para los efectos de esta ley los profesionales independientes que prestan servicios de salud se asimilarán en lo pertinente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Artículo 54. De la regulación de la oferta hospitalaria.

La creación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud nuevas que pretendan prestar servicios de salud, de mediana y alta complejidad, deberán ser aprobadas por el Ministerio

de la Protección Social. El Ministerio podrá delegar en cada caso expresamente esta competencia a los Departamentos que deberán dar su aprobación o negarla de conformidad con el reglamento que establezca el Ministerio. En todo caso se excluyen de este requisito los servicios prestados por los profesionales independientes cualquiera sea la especialidad o complejidad.

Artículo 55. De la habilitación de las instituciones prestadoras de servicios de salud.
Para prestar con calidad y eficiencia un determinado portafolio de servicios todas las IPS deberán habilitar el cumplimiento de las condiciones básicas que señale el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. Las IPS, o las unidades o servicios pertenecientes a ellas que no cumplan con el requisito de habilitación limitarán su operación de la forma en que señale la Superintendencia de Salud o las Direcciones Territoriales de Salud, conforme al reglamento y en todo caso no podrá contratarse con las EPS del régimen Contributivo o del Régimen Subsidiado los servicios no habilitados.

Artículo 56. De la libertad de escogencia de IPS:

Las EPS, tanto del Régimen Contributivo como del Subsidiado, garantizarán a los afiliados la posibilidad de escoger entre las diferentes opciones de IPS existentes en el área de influencia de la aseguradora. Para tal efecto las aseguradoras basadas en el censo de IPS habilitadas de la zona informarán a sus afiliados los criterios con los cuales diseñó su red de prestadores haciendo énfasis en las ventajas de calidad, resolutivez y accesibilidad de esa red. No obstante lo anterior los usuarios podrán exigir la inclusión en la red de aquellas entidades del área que se destaquen por sus resultados científicos, por sus resultados de calidad técnica y funcional o por haber obtenido reconocimientos en la implementación del sistema de garantía de calidad.

Lo anterior sin perjuicio de lo previsto en la presente ley como porcentaje mínimo a contratar con la red pública de prestación de servicios en el régimen subsidiado. El CNSSS reglamentará los procedimientos a seguir cuando el afiliado quiera utilizar, con cargo a la EPS, los servicios de IPS con tarifas superiores a las contratadas por la EPS.

Parágrafo 1. Están prohibidos todo tipo de acciones que conduzcan a impedir, restringir o falsear la libre competencia para la prestación de los servicios de salud. El usuario que vea menoscabado su derecho a la libre escogencia de IPS o que habiéndose afiliado con la expectativa de una determinada red de prestadores y esta no sea cierta podrá cambiar de aseguradora sin importar el tiempo de permanencia en ésta. El régimen de movilidad general puede ser obviado si se demuestra alguna de las causales anteriores.

Parágrafo 2. La aseguradora que viole el derecho a la libertad de escogencia de IPS deberá ser investigada y eventualmente sancionada por las autoridades de vigilancia y control. Si la conducta es sistemática podrá ser revocada su licencia de funcionamiento.

Artículo 57. De las Empresas Sociales del Estado.

La prestación de servicios de salud por parte del estado se hará a través de las Empresas Sociales del Estado, ESE.

Las Empresas Sociales del Estado constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la Ley o por las asambleas o concejos, según el caso, o por las asambleas de constitución cuando se trate de Empresas de propiedad de varios entes territoriales que se asocian debidamente autorizados por las respectivas Asambleas y Concejos.

La ESE está constituida por una o varias sedes o Unidades Prestadoras de Salud. En todo caso, toda Unidad Prestadora de Salud de carácter público deberá pertenecer a una Empresa Social del Estado.

Las Empresas Sociales del Estado podrán ser de carácter nacional, departamental, Distrital municipal, regional, provincial o mixtas, esto es de propiedad de entes territoriales de diferente nivel.

Excepcionalmente el Ministerio de la Protección Social podrá autorizar la prestación de servicios de salud, en el sector público, mediante otros modelos de organización, siempre que se garanticen condiciones de sostenibilidad, calidad y eficiencia.

Artículo 58. De la contratación con las Empresas Sociales del Estado y su financiamiento. A partir del año 2007 se observarán las siguientes reglas en la contratación con las ESE:

- a. Las EPS del régimen subsidiado contratarán el porcentaje mínimo obligatorio de la UPC con la red pública solo a través de las Empresas Sociales del Estado.*
- b. Las EPS del régimen contributivo contratarán los servicios que requieran de la red Pública solo a través de las Empresas Sociales del Estado.*
- c. Las Direcciones locales, Distritales y departamentales de salud contratarán la prestación de servicios no cubiertos con subsidios a la demanda solo con Empresas Sociales del Estado, excepto cuando debidamente autorizadas por el Ministerio de Protección Social, por ausencia de capacidad resolutive de la red pública, deba hacerse con IPS privadas reconocidas y con no menos de 5 años de existencia legal.*
- d. Toda Unidad Prestadora de Salud de carácter público que preste servicios financiados con los recursos de que tratan los literales anteriores, deberá pertenecer a una Empresa Social del Estado*

Parágrafo. - El porcentaje mínimo obligatorio que deben contratar las EPS's del régimen subsidiado se hará solo con Empresas Sociales del Estado o con las fundaciones e instituciones de utilidad común que a la fecha de expedición de la ley 100 llevaban más de 10 años de contratar con el Estado la prestación de los servicios para la población pobre de acuerdo con la certificación que para el efecto expida el Ministerio de la Protección Social a solicitud de la IPS.

Artículo 59. Requisitos para operar como Empresa Social del Estado.

Además de las formalidades para su constitución y el cumplimiento de los requisitos de habilitación de cada uno de sus servicios y Unidades Prestadoras de Salud, para ser Empresa Social del Estado se requiere:

- a. Estar integrada a la Red Pública de Prestación de Servicios de Salud.*
- b. Contar con una población, en su área de influencia, de por lo menos 50.000 personas.*

- c. Contar con un servicio de Hospitalización agregado o desagregado superior a 20 camas.
- d. Contar con Quirófano y sala de partos.
- e. Contar con servicio farmacéutico propio, contratado, concesionado o delegado, con puntos de entrega en las diferentes Unidades Prestadoras de Salud que la conforman.
- f. Contar al menos con 5 médicos generales y 5 enfermeros profesionales.
- g. Contar con un sistema de comunicaciones que integre las diferentes Unidades prestadoras de Salud.
- h. Contar con un sistema de información que permita Identificar y Clasificar al Usuario según el Sisben, comprobar derechos, registrar conforme a las normas la prestación de los servicios, facturar, generar indicadores y reportes obligatorios, integrando todas las Unidades Prestadoras de Salud que la conforman.

Parágrafo 1.- Las Empresas Sociales del Estado existentes a la fecha de expedición de la presente ley que no cumplan con los requisitos anteriores tendrán un plazo máximo hasta el 31 de diciembre de 2006 para ajustarse a lo aquí dispuesto.

Parágrafo 2.- Cuando un municipio no cuente con el mínimo de población exigido para contar con una ESE, o su IPS no cumpla cualquiera otro de los requisitos aquí previstos podrá asociarse con otros municipios y distritos para cumplir con los requisitos para crear la ESE.

Parágrafo 3.- Cuando coexistan ESE's de 2º Nivel y 1º Nivel en un municipio que estos podrán integrarse en una sola ESE de propiedad del departamento y los municipios que se asocien.

Parágrafo 4.- Las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud que no se hayan constituido en Empresa Social del Estado, tendrán que transformarse antes del 31 de diciembre de 2006. Para ello se integrarán a la red de servicios de su región, respetando la autonomía de los Entes Territoriales y garantizando los criterios de sostenibilidad, eficiencia y calidad.

Aparte el articulado del proyecto el texto de la ponencia definitiva incluye dos artículos adicionales sobre el tema de prestación de servicios:

INCLUIR EN EL CAPÍTULO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y EN LO REFERENTE A LAS ESES

ARTICULO NUEVO (1): Los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado serán nombrados por períodos institucionales de cuatro (04) años, mediante proceso que deberá realizarse en los primeros seis (06) meses del período del Presidente de la República o del Jefe de la Entidad Territorial respectiva. Para lo anterior, la Junta Directiva conformará una terna, previo proceso de selección por méritos, de una lista de elegibles.

Durante su período podrán ser removidos o retirados de acuerdo con lo previsto en las normas vigentes y a solicitud de la Junta Directiva con mayoría calificada, de acuerdo a la reglamentación que sobre la materia expida el Ministerio de la Protección Social dentro de los seis (06) meses siguientes a la expedición de la presente Ley.

PARÁGRAFO: En caso de vacancia absoluta de su gerente deberá adelantarse el mismo proceso de selección y el período del gerente seleccionado culminará con el período del respectivo nominador.

PROPOSICIÓN ARTÍCULO NUEVO

Los Gobernadores tendrían un plazo de un (1) año, a partir de la vigencia de la presente Ley, para organizar las redes públicas de prestación de servicios en sus respectivos Departamentos.

3.2.7.1 Comentarios al esquema propuesto de redes y la red pública

La red pública continua siendo el eje de la atención a la población no amparada por el Sistema General de Seguridad Social en Salud. La reforma propuesta incluía varios elementos que buscaban su fortalecimiento, entre otros, la definición de utilización de un 65% de los excedentes de la subcuenta ECAT del fondo de solidaridad y garantía, que de acuerdo con Ley 100, se destinan actualmente a la Red Nacional de Urgencias. En esta medida se señalaba la prioridad de invertir en los hospitales universitarios y de docencia y que por lo menos el 20% de los recursos se orienten a la inversión, la actualización tecnológica y la investigación.

Por otra parte se presiona la contratación con las Empresas Sociales del Estado, como ya se señaló para las acciones de salud pública y por lo menos en un 65% para la prestación de los servicios de salud en el caso del régimen subsidiado.

No queda claro si para el caso de la contratación por capitación en el primer nivel se obtiene un beneficio o un perjuicio para el sistema de prestación, cuando se señala que no podrá exceder el 45% para todo el primer nivel, cuando en la práctica dichas actividades superan el 50% de la UPC. Es evidente que en el tema de la contratación por capitación se han generado muchos problemas sobre todo de cesión del riesgo por parte de las aseguradoras.

Se avanza en la regulación de la oferta de prestación de servicios, al requerir para cualquier construcción nueva la aprobación por parte del Ministerio de Protección Social, por lo menos para los niveles más complejos.

La exigencia a las aseguradoras para que informen a sus afiliados los criterios de diseño de su red de prestadores, haciendo énfasis en las ventajas de calidad, resolutivez, (sic) y accesibilidad, constituyen un mecanismo importante, aunque no el único para forzar un verdadero ordenamiento de la red que dependen de los aseguradores.

Se toman algunas decisiones de fondo con relación al funcionamiento de las Empresas Sociales del Estado, en especial el hecho de que toda unidad prestadora de servicios de salud deba pertenecer a una de estas empresas. Este hecho pone de presente el interés concreto de obligar la fusión de prestadores de pequeños municipios. Aquí parece darse la lógica de las economías de escala, pero aparecen otros problemas, aquellos relacionados con las distancias, la coordinación entre municipios diferentes, etc.

La imposición a los entes territoriales para que contraten con estas Empresas Sociales del Estado, la atención a la población vinculada, constituye un paso muy necesario y urgente para resolver los problemas de corrupción generados por la contratación amañada con prestadores constituidos por las propias autoridades locales. En este sentido también es una medida de extrema pertinencia la de exigir, caso que se requiera contratar con IPS privadas, que tengan una antigüedad mayor de cinco años. Esta medida podría ser criticada en términos de limitar la libertad de empresa, sin embargo es una forma concreta de ejercer control sobre los problemas tantas veces comentados de la contratación.

Por otra parte se definen requisitos adicionales a los ya señalados en las normas vigentes en especial en el decreto 1876 de 1994 para operar como ESE, llama la atención, que se intente definir un número específico de médicos y enfermeros, para cada unidad, en nuestra opinión temas de ese detalle deben tener reglamentos específicos. Es evidente la necesidad de unificar criterios para el funcionamiento de estas Empresas Sociales del Estado, máxime teniendo en cuenta que se modifica el periodo de contratación de sus gerentes, proponiendo una ampliación a cuatro años, plenamente deseable si se consideran los problemas que se están presentando entre gobernantes entrantes y salientes.

En uno de los artículos nuevos se señalaba un plazo para que los Gobernadores organicen realmente el esquema de redes. Es necesario advertir que recomendaciones similares han sido hechas en normas anteriores, en particular la Ley 715 sin que hasta el momento se hayan dado avances de fondo en ese sentido. Es importante revisar las causas por las cuales este proceso no se ha cumplido; como ya se dijo antes, la imposibilidad de regular todas las formas de prestación de servicios, genera una inequidad que parecía aclararse en parte con la reforma, se trata de articular todos los esfuerzos de organización de redes y no solamente los de las entidades públicas.

Un paso trascendental en este sentido es la intención de romper el esquema de integración vertical, como se mencionó antes uno de los problemas más graves del esquema de prestación no solo por su efecto en la eficiencia global del sistema, sino por sus implicaciones en la posibilidad de ejecutar algunos de los elementos conceptuales más fuertes de la propuesta de Ley 100, entre otros el de competencia regulada y libertad de elección. Sobre el particular la reforma proponía limitar el porcentaje de contratación con estas redes, obligar por tanto la contratación con otras entidades, desincentivar la construcción de IPS nuevas. Estas medidas no solo son necesarias, sino que son urgentes, en razón de lo cual preocupa mucho que la reforma no haya logrado su aprobación definitiva, pues entre tanto los procesos de integración continuaran acentuando la ineficiencia y rompiendo el equilibrio necesario para la competencia transparente.

Es evidente que en el esquema de prestación de servicios se proponían modificaciones estructurales y correcciones a los vicios del actual modelo. Las respuestas a los problemas resultan obvias ante la magnitud del problema. Lo que preocupa ahora es saber si estas

necesarias intervenciones resultarán oportunas, si se tiene en cuenta la gravedad de la crisis del sector de prestadores, en especial del sector público, en algunas regiones del país.

CONCLUSIONES

Durante los últimos diez años Colombia ha desarrollado una reforma estructural del sector salud, para algunos la más estructural del sector social de los últimos tiempos.

Como en todo cambio de fondo, hay resultados positivos y negativos que deben ser analizados.

En general podemos afirmar que la reforma al sistema de salud, propuesta en Colombia en 1993 con la Ley 100, tiene en el campo teórico soportes suficientes para ser considerada una alternativa a la compleja situación que proponen la prestación y administración de los servicios de salud en la actualidad. Los intentos de ordenar, regular y construir un modelo de organización basado en el aseguramiento del riesgo y en la posibilidad de hacer real el ejercicio de derechos es un aporte valioso para la sociedad, si tales principios pueden ser llevados a la práctica. A la vez, el abordaje de la discusión sobre las fuentes de financiación y la necesidad de construir un balance mínimo entre los derechos a los que aspiran los ciudadanos y los recursos disponibles conserva plena validez y vigencia y es uno de los elementos a considerar como un logro social. A esta visión de utilidad debe colocarse en paralelo la visión de los innumerables problemas operativos del modelo, sus restricciones para lograr la universalidad de cobertura propuesta y funcionar en medio de las graves restricciones ocasionadas por la crisis económica, la recesión y en general la desproporción entre los recursos existentes y las demandas de la población.

Durante los últimos años, la reforma generó avances en universalidad de cobertura para la seguridad social en salud. Dado que este es uno de los derechos más importantes a que aspira cualquier sociedad para sus ciudadanos y que constituye uno de los retos mayores de los sistemas de salud en el mundo entero, se considera un logro mayor de la reforma que no se puede desconocer, aunque sea insuficiente.

El esquema beneficente, en cabeza del Estado, que durante mucho tiempo fue objeto de severas críticas por razones de eficiencia, corrupción, monopolio, clientelismo y discriminación, entre otros, ha dado paso a un ambicioso intento de subsidio real a los más pobres, basado en una acelerada transformación de subsidios de oferta a demanda y en la concepción de un sistema de aseguramiento familiar, establecido para cubrir eventos de salud previamente definidos y directamente relacionados con los recursos globales del sistema. Aunque el proceso de definición de los eventos cubiertos ha sido muy complejo en términos de decisión, tiene mucho valor para la sociedad iniciar el largo camino de discusión acerca de

cuales eventos la sociedad está dispuesta a cubrir con su modelo de salud, y las causas e implicaciones de dicha decisión.

Algunos beneficios de esta nueva concepción deben ser resaltados y valorados en su justa dimensión por la sociedad, la protección financiera de los riesgos, especialmente en el caso de las enfermedades más graves, puede significar la diferencia entre una mínima estabilidad económica (la de la subsistencia) y la ruina de toda la familia. La inclusión de los medicamentos en la cobertura del plan de beneficios tiene un doble efecto, de una parte la racionalización introducida con el uso de genéricos y de otra la disminución del gasto de bolsillo, especialmente entre las familias más pobres.

En el mismo sentido, la posibilidad real de cobertura de seguridad social mas allá que la simple asistencia por enfermedad y la posibilidad concreta de hacer de ese beneficio, un derecho exigible se constituyen en un logro mayor para los más pobres, en medio de una sociedad marcada por la injusticia, la guerra y la discriminación de clases. La aplicación real del principio de solidaridad de aquellos con mayores ingresos hacia aquella población sin capacidad de pago constituye un avance en términos de redistribución. Igual comentario puede hacerse de los diferenciales de pago establecidos por regiones, en términos de UPC, pues este esquema diferencia y privilegia aquellas poblaciones con mayores problemas de acceso, por lo menos en términos de lo geográfico.

El efecto de esta nueva percepción de posibilidad para los marginados, puede explicar en parte dos efectos de la implementación del sistema, una mayor presión de uso sobre los servicios (que manejada en forma racional y bien orientada puede constituir un paso muy importante en la prevención y conservación de la salud, pero que mal orientada tiene implicaciones negativas sobre el gasto y constituye un factor de restricción de acceso en los esquemas de salud administrada) y una percepción captada en las encuestas de calidad de vida de que el servicio que recibe la población pobre es satisfactorio para esos grupos sociales. En sociedades con graves diferencias como la nuestra, este elemento debe revisarse cuidadosamente, pues existe un evidente sesgo desde la distancia de aquel que tradicionalmente carece de todo y recibe beneficios que no consideraba posibles.

A partir de estos elementos y de otros más, mencionados en el texto, puede afirmarse que la reforma establecida en la Ley 100 de 1993 contiene propuestas de gran interés y de evidente utilidad para solucionar problemas relacionados con la cobertura a toda la población, la distribución de recursos (y de hecho el incremento real de los mismos) la participación del sector privado, la incorporación de conceptos de calidad, competencia, eficiencia y nociones de solidaridad con notable impacto para la población.

A la vez esta nueva dirección ha dado lugar a problemas concretos en la prestación de los servicios, a manera de ejemplo ocurrió una reorientación general del gasto para instituciones de salud públicas. Los hospitales se han tenido que enfrentar en este nuevo esquema a

procesos que antes desconocían: facturación, rendición de cuentas, auditorías, etc. El antiguo concepto de favor ha sido reemplazado por exigencias reales de servicio, hechas por usuarios cada vez más informados. Para algunos, este cambio ha resultado demasiado radical; la lentitud en adaptarse ha conducido a un número apreciable de instituciones al borde del cierre o al cierre definitivo. Parece claro que sin un flujo de recursos oportuno y eficiente, el pago por aquellos servicios efectivamente prestados, se convierte en un riesgo para la sobrevivencia de toda la red pública. La mayor participación del sector privado constituye uno de los logros de la reforma planteada con la Ley 100, sin embargo los esquemas no controlados de integración vertical, han dado lugar a la generación de oligopolios, la duplicación de la infraestructura de prestación de servicios disponible y retrasos considerables en los pagos de servicios prestados a los aseguradores por la red de servicios tanto pública como privada.

Por otra parte la reforma generó problemas en el contexto del modelo de prestación de servicios de salud, el retroceso descrito en la salud pública y en las actividades de promoción y prevención ha sido objeto de críticas permanentes y a puesto en tela de juicio todo el esquema de la reforma. La decisión de incluir dentro de las obligaciones de los aseguradores estas actividades, bajo el supuesto de que resultan costo – efectivas, ha entrado en contradicción con las expectativas de generación de utilidad y una mirada de más corto plazo a la obligación del asegurador para con sus afiliados. En la medida que no sea posible generar relaciones duraderas entre unos y otros, las posibilidades reales de inversiones de los aseguradores en promover realmente la salud de los afiliados, no está clara. Los efectos de esta situación han afectado en el pasado reciente ciertos indicadores de calidad y cobertura impactando negativamente la salud de la población. Habría que agregar, que esta lógica de operación genera incentivos de tipo asistencialista, más que preventivo.

El descontento de los profesionales de la salud, el empoderamiento excesivo de los aseguradores y la escasa capacidad de vigilancia y control por parte del Estado son temas de urgente intervención. Es evidente que el sistema planteado en Colombia constituye un modelo mixto, con participación del sector público y privado, con regulaciones concretas en cabeza del Estado, que define producto, precio y condiciones, aunque en la práctica ha resultado muy complejo regular las relaciones entre los diferentes actores involucrados.

A nuestro modo de ver, hay dos momentos a diferenciar en el desarrollo de reformas de esta magnitud, uno aquel en el que se concibe el modelo, se discute en mayor o menor grado con la sociedad y otro aquel en el cual los conceptos y las estrategias son llevadas a la práctica. En el primer momento, para el caso de la reforma de Ley 100, se vivía cierta euforia relacionada con el aire de gobernabilidad inyectado al país con la asamblea constituyente y la expedición de la constitución de 1991.

Con un optimismo carente de bases financieras sólidas y un número importante de supuestos fallidos, dada la enorme incertidumbre y la modificación constante de la reglas

del juego, la segunda parte del proceso, es decir la relacionada con la implementación, ha ocasionado grandes problemas prácticos.

Después de diez años, la presión de diferentes grupos, en particular prestadores de servicios de salud, profesionales, organismos de vigilancia y control, asociaciones de usuarios, entre otros y la lógica de operación y funcionamiento del propio sistema, en la cual tienen más eco los problemas que las ventajas, han generado la necesidad de una revisión de la reforma.

La presentación en el Congreso de la República de 14 propuestas diferentes demuestra la complejidad de la situación y la heterogeneidad de las respuestas sociales frente al tema. Las propuestas varían desde aquellas que reclaman modificaciones estructurales al sistema, hasta aquellas que consideran innecesarias intromisiones adicionales del legislativo. Entre esos extremos se mueven propuestas de ajuste a algunos elementos funcionales y a otros de estructura.

Una vez revisadas las distintas propuestas en forma general, la unificación en una sola ponencia que recogía inquietudes de uno y otro grupo, parece evidente que existe consenso sobre el mantenimiento del modelo y la necesidad de ajustar su forma de operar. Este primer intento debió surtir todavía el trámite ante tres instancias, la comisión séptima de cámara de representantes y las plenarias de senado y cámara. La evidencia de experiencias acumuladas en estos años, nos hace pensar que se impuso como principal derrotero una racionalidad económica en la que los intereses de grupos, tienen demasiada relevancia y la reforma propuesta en el proyecto de Ley 052 se hundió sin pena ni gloria, dejando al sector salud en una grave situación de ausencia de regulación y control, al libre albedrío de las radicales condiciones impuestas por el mercado y a todos los proponentes con el sin sabor de que se perdieron dos años de discusiones, estudios y análisis.

Las implicaciones económicas de las decisiones que se toman en estos temas son de mucha importancia para todos nosotros, pero no pueden ser el único factor a considerar. La organización interna del modelo, su construcción, validez y coherencia, son claves a la hora de determinar los resultados. Mayor importancia tiene el significado que se de a las necesidades reales y la energía con que se quieran resolver problemas que afecten la vida o el bienestar de la población. Todos los elementos que contribuyan a que los usuarios reciban el mayor y mejor contenido de atención posible con los recursos disponibles, tienen valor para la sociedad y deben ser analizados, documentados y apoyados. En este sentido las reformas a los sistemas de salud deben buscar alternativas para resolver los graves problemas de inequidad en el acceso, que aquejan a países pobres y también a los ricos. El debate en términos de justicia sanitaria es suficientemente claro: nunca como ahora hubo más desarrollo técnico y posibilidades para mejorar las condiciones de salud y nunca antes el debate sobre los costos de los servicios fue mayor. La discusión sobre el sentido de lo que es justo cubrir en términos de beneficios se constituye ahora como el

gran reto de los sistemas de salud. La tesis del manejo a través del aseguramiento orientado a la cobertura de los riesgos principales, parece ser una respuesta uniforme de muchos países y una estrategia de indiscutible valor; sin embargo, los mecanismos de operación, resultan a veces muy complejos y generan problemas, pues la moral del asegurador no coincide necesariamente con la del asegurado.

La presión que el tema genera para que los involucrados participen activamente en las discusiones tiene que considerarse un elemento de mucha validez en la discusión, aunque no todos logren lo que quieren. Posiblemente, las mejores reformas dejarán a todos satisfechos pero sólo en parte, si un actor obtiene todo aquello a lo que aspira posiblemente la reforma lo favorece en forma injusta para otros.

Los elementos de análisis propuestos en este documento son de importancia para evaluar en forma clara algunos aspectos específicos de la reforma de Ley 100, valorar sus logros y cuestionar aquellos que tengan mayores efectos negativos, sobre todo para aquellos más vulnerables.

Es evidente que durante los próximos meses quizá el tema más importante a tratar en el sector salud, aparte la cobertura casi siempre amarillista de los medios sobre las dificultades de operación, los paros o los escándalos por mala práctica o muertes accidentales, será la discusión sobre una nueva propuesta de reforma a la seguridad social; las decisiones que se tomen incidirán como siempre en la salud de la gente y a veces en su vida misma.

En este sentido el presente trabajo resulta de singular actualidad dado que cientos de trabajadores de la salud, usuarios y público en general carecen de acceso a la información sobre el particular. Este documento propone que para analizar la reforma del modelo de salud en Colombia, se utilicen los argumentos fundamentales de: Segmentación, fragmentación, rectoría, financiamiento, como argumentos críticos a evaluar en cualquier reforma. Aparte estos elementos claves, se propone discutir otros elementos: la calidad de la atención brindada a los usuarios, la organización de la red de prestación de servicios, la salud pública. Se trata de facilitar un esquema de análisis, sobretodo ahora que se discute de nuevo, los elementos a reformar. En este sentido, se describen con algún detalle los elementos a tener en cuenta en cualquier reforma y se analiza como se presentan y aplican esos conceptos en la realidad social. La crítica de mayor fondo, tiene que ver con un problema típico: sin un norte concreto los cambios terminan volviéndose aleatorios y se pierde el control de la situación.

De estos análisis la reforma propuesta a la Ley 100 en el proyecto 52 de 2004 no sale bien librada. La carencia de un modelo ordenado que permita saber con claridad, cuáles son los problemas que se pretende resolver y cuáles las soluciones, conduce a una esquema de soluciones parciales y coyunturales que a veces comporta mayores riesgos para la sociedad. Posiblemente detrás de esta conclusión haya un sentido de esperanza para que la búsqueda de las soluciones que debemos buscar realice aportes más estructurales y se base

en los aspectos positivos que se habían planteado en este proyecto, evitando aquellos, en los que no quede clara la intención de mejora.

En esta línea, la ponencia final que hemos analizado en el presente documento, se casaba de entrada con la propuesta del Gobierno: lo que se debe hacer según esta concepción es, acelerar el proceso de transformación de los recursos desde la dinámica de financiación de la oferta hacia aquella que financia el aseguramiento, el llamado subsidio a la demanda. De hay en adelante la propuesta se va agotando en su propia lógica al intentar cubrir los requerimientos de todos los interesados.

Con mucho, el tema principal de discusión, es lógicamente el manejo financiero. La propuesta en este sentido hecha por el Gobierno, pretende la centralización del manejo de todos los recursos; esta contradicción con el espíritu descentralista que el país ha desarrollado en los últimos veinte años a un costo muy alto para la ciudadanía, constituía parte fundamental del proyecto. A las críticas que hemos señalado, cabe agregar las relacionadas con la debilidad de los niveles centrales.

En cuanto a la segmentación, se podría afirmar que lejos de presentarse una propuesta de solución, la reforma ampliaba los segmentos al introducir el llamado esquema de subsidios parciales. Es llamativo que en este aspecto el gobierno implementó el esquema, entre tanto ocurría la discusión, con lo cual se puso de presente que no era necesario llevar dicha intención hasta la fuerza de Ley.

Con relación a la organización del modelo de salud se intentaba promover estrategias de atención domiciliaria y comunitaria con enfoque de salud familiar, no quedaba claro como se articularían esos esfuerzos en la lógica del modelo de aseguramiento.

La situación de la población no cubierta con el sistema de seguridad social en salud, cuya cifra puede oscilar bastante de acuerdo con el esquema de conteo de los posibles o reales beneficiarios del sistema, permanece en cabeza de los hospitales públicos, que aparentemente habrían resultado beneficiados de implementarse esta reforma porque se promovía la obligación de contratarlos en porcentajes mayores a los actuales.

Se puede afirmar, vista en detalle esta revisión, que la reforma planteada en el proyecto de Ley 52 de 2004, ponencia definitiva, no resolvía la problemática que el sistema plantea en dos aspectos específicos que comprometen el derecho de los ciudadanos: acceso universal y equidad en la distribución de los recursos. Dado que no parece factible generar recursos adicionales nuevos para el sistema, la propuesta de reforma presentaba como alternativa de solución la aplicación de subsidios parciales, con lo cual se agrava el problema de segmentación (múltiples planes de salud) descrito. En términos de las posibilidades de la sociedad, esta discusión incluye decisiones que pueden significar discriminación para aquellos que acceden a los planes de salud que menos cobertura tengan.

Es importante señalar que el ritmo de los cambios es cada vez más rápido y con frecuencia los profesionales de la salud carecemos del tiempo, interés o recursos necesarios para estudiarlos, comprenderlos y mucho menos adaptarnos a su ritmo. La discusión sobre las reformas a los modelos de salud, ha excluido tradicionalmente a los profesionales del sector, bien sea por falta de interés, ausencia de representatividad o participación política, o por la magnitud de trabajo que representa conocer con algún detalle los problemas, sus causas y las posibles soluciones.

El presente trabajo intenta solucionar en parte ese vacío, describiendo en la forma más sencilla posible el contexto de la reforma planteada en la Ley 100 de 1993, su desarrollo, los principales elementos positivos que representan de ganancia para la sociedad y aquellos elementos negativos que repercuten en la salud de la población, las instituciones o los profesionales. A partir de ese estado del arte, se proponen una serie de conceptos clásicos para la revisión de las reformas de salud, segmentación, fragmentación, financiamiento, rectoría y los demás elementos planteados, que deben ser analizados para ver como opera dicha lógica en un modelo determinado y entendidos como instrumentos de análisis. Esta visión permite percatarse con detalle de los evidentes problemas de justicia sanitaria y de los tradicionales conflictos que los modelos de salud ofrecen desde la perspectiva bioética, a quienes trabajan en su diseño, implementación y evaluación. Destacan para el caso analizado los problemas relacionados con la imposibilidad de brindar cobertura universal, la exclusión de una parte de la población cubierta con recursos de subsidio de oferta, cuando estos son cada vez menores, dado el proceso de transformación, lo cual constituye un grave dilema: a mayor transformación de recursos, más posibilidades de afiliación al sistema pero a la vez menos recursos para la atención de población no cubierta.

La imposibilidad de definir un plan de beneficios único comporta a la vez dilemas de justicia relacionados con la discriminación y con la imposibilidad de concebir en forma práctica el principio de igualdad. Aparte estos problemas estructurales y otros descritos en el texto con detalle, es evidente que el modelo colombiano plantea opciones para la discusión sobre las obligaciones de la sociedad con sus afiliados y los compromisos de todos con el sistema. Aunque no se logren soluciones inmediata tal discusión constituye un logro social, que no debe desconocerse.

Para acercarnos a una conclusión final, es evidente que los problemas de equidad en la distribución de recursos, el uso eficiente de los mismos y los efectos para la salud de la población de todo el esfuerzo de la gestión de los servicios de salud, continuaran siendo un problema con respuestas solamente parciales en los próximos años. A las dificultades para hacer real la aplicación de los principios, hay que agregar el de las consecuencias de las decisiones políticas. En nuestro caso parece estarse dando exagerada importancia a elementos operativos del modelo, que siendo legítimos, evidencian carencias notorias en

la concepción del modelo, para resumir: excesivo énfasis en la visión asistencialista, con menoscabo en el abordaje de una visión que integre la promoción del autocuidado, la prevención y las acciones de salud pública. Dificultades para establecer claramente el rol del Estado y ejecutarlo con propiedad y evidencia de la primacía de intereses particulares sobre los generales, entre otros temas. Estudiar estos problemas y plantear posibles alternativas de solución, en un marco reflexivo y comprensivo de la magnitud de los problemas y sus implicaciones constituye un reto mayor y una obligación ética par todos los trabajadores de la salud.

Para terminar, la siguiente cita resume un poco la inquietud del presente trabajo en la perspectiva de la bioética:

"Los sistemas capitalistas son impulsados en mayor medida por los consumidores, pero las empresas tienen que pagar las cuentas cada vez con mayor frecuencia. La atención netamente capitalista, que cada individuo compra según desea o puede costear, parece irrealizable y el Estado se convierte inevitablemente en proveedor, al menos en el caso de los pobres, de los ancianos o de ambos. Aun así, surgen situaciones que muchos ciudadanos consideran patentemente injustas y moralmente inaceptables. Los hospitales no pueden absorber por mucho tiempo el costo de la atención de tantos desasegurados. En los centros urbanos, los hospitales públicos están a punto de desplomarse bajo el peso de los pobres y de las personas cuyo único medio de acceso a la atención en salud, es la sala de urgencia. En lugares como Nueva York o Washington D. C. Hasta las personas que tienen seguros a veces no reciben la atención necesaria por falta de camas disponibles. La comunidad moral no puede soportar un sistema de atención de la salud en el que la vida y la muerte dependan de la riqueza y en el que solo se puede tratar debidamente a las personas muy ricas.

Si bien los diferentes tipos de sistemas económicos crean diversos problemas de prestación de servicios de salud, todos obligan a hacer las mismas reflexiones sobre lo que es correcto o justo. Estos problemas conducen inevitablemente a reflexionar sobre los temas de las justicia.

Si a pesar de diferencias ideológicas puede haber cooperación, en asuntos de política, economía y defensa, quizá no sea excesivo abrigar la esperanza de que los planificadores de la atención de la salud (incluso aquellos que defienden distintas teorías de justicia) encuentren un área de interés común y colaboren para convertir la atención de salud que tanto valoran todas las personas en una realidad, o para ser más comedidos, podría pedirse al menos que los teóricos y los planificadores cooperaran para evitar que muriera gente inocente cuando hay recursos para salvarlos, si solo esos recursos formaran parte de un sistema de distribución mas justo"²⁹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Profesión médica investigación y justicia sanitaria, Gracia Diego, Ética y Vida, Estudios de Bioética No. 4, Editorial Búho 1998, Pág. 27-31.
2. Introducción a la Historia de la Salud en Colombia. Hernández Mario. En "Situación de la salud en Colombia y las nuevas perspectivas de la salud pública y la epidemiología". Instituto Nacional de Salud 1995.
3. Bioética y justicia sanitaria, Colección Bios y Ethos, Ediciones El Bosque, 1999, pág. 201.
4. *Ibíd.* 1 Pág. 174-176.
5. Banco Mundial. Salud, Documento de política sectorial. Washington 1975.
6. OPS/OMS. IV Reunión especial de Ministros de Salud de las Américas. Document 155. 1978.
7. Karen Stocker. M. A., Hordward Waitzkin, "La exportación del sistema de cuidado administrado a Latino América". New England Journal Of Medicine. Vol. 340 No 14/ 1999.
8. Yepes Luján Francisco José y Luz Helena Sánchez Gómez. "La reforma del sector salud en Colombia: ¿Un modelo de competencia regulada? (Rev. Panam salud Pública/8 (1/2).
9. Política Social, Pobreza y desarrollo, volumen I consejería presidencial para la política social; la política social 1998 – 2002. Presidencia de la República. Colombia P18.
10. *Ibíd.* 5 P 21.
11. OPS/ OMS. La salud en las Américas Vol. 2 edición 2002. Publicación científica y técnica No. 587.
12. *Ibíd.* 5 P 23.
13. Banco Mundial 2002. Colombia Poverty report. Colombia Safety Net Assessment.
14. J. Figueras/ P. Musgrove/ G. Carrin / A Duran. "Retos para los sistemas sanitarios de Latinoamérica: ¿Qué puede aprenderse de la experiencia Europea?" Gaceta Sanitaria 2002; 16 (1) 5-17.
15. Cristopher J. L. Murray y J. Frenk "Un marco para evaluar el desempeño de los sistemas de salud" Boletín de la Organización Mundial de la Salud, Ginebra Suiza. No 3, 2000.
16. López Acuña Daniel. Et Al. "Hacia una nueva generación de reformas para mejorar la salud de las poblaciones" Rev. Panam Salud Pública/ 8 (1/2) 2000 p 147.
17. *Ibíd.* 7 P.
18. OPS documento sobre evaluación de reformas.
19. *Ibíd.* 14 P.
20. World Population Prospects, the 2000 revision. Naciones Unidas. Indicadores por países del Banco Mundial.

21. Ibid 7.
22. Ibid. 5 P 171.
23. 2000 DANE Colombia. Proyecciones anuales de población por sexo y edad. 1985 – 2015. Estudios Censales No 4.
24. <http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/index1.htm>
25. Presidencia de la República informe al congreso 2004.
26. Fondo de Prevención vial, Informes sobre mortalidad 2003 – 2004.
27. Informe anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en salud a las comisiones séptimas de senado y cámara (2004 – 2005) p 18 y siguientes.
28. Departamento Nacional de Estadísticas (DANE) Resultados preliminares del censo 2005.
29. Bioética Temas y Perspectivas, Publicación científica No. 527, 1990, Cuestiones de justicia en la prestación de servicios de salud, James F. Drane.

Otras referencias:

- Proyecto de ley 152. Ponencia definitiva. Gaceta del Congreso de Colombia Octubre de 2004.
- Public Health Journal on the Net. 76 a enero de 2005.
- Public Health Journal on the Net. 75 a abril – junio 2004.
- Public Health Journal on the Net. 74 a enero – marzo 2004.

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 evidencio 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, jiferos, 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 adquirían 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, sobretudo 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 neoliberales, el modelo socialista significó altos costos en vidas humanas, sin la consolidación de la igualdad. De otro lado, según los neoliberales, 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, sobretudo 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 sobretudo 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 está 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, sobretudo 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 esquiwa 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 modular (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); prospestando 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, sobre costos 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 proletarianización 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 desestiman 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 nulatorio 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 inhumano 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 principialista (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 diferentes 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 las 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 sí, 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 mas 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 morbilidad, 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 organizarán 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, redunda 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. Ciertamente, 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 a 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 1º 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*.
- Múnica 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.

LOS AVANCES EN LA GENÉTICA, UN RETO FRENTE A LA BIOÉTICA

Gladys León Salcedo¹

INTRODUCCIÓN

Haber descifrado los 3.000 millones de “letras” del ADN humano es considerado uno de los mayores logros científicos. Comienza una nueva era de medicina genética, prometiendo nuevos tratamientos y nuevos medicamentos para enfermedades hasta ahora incurables. La secuencia específica de las bases (adenina, timina, citosina y guanina) en la molécula de ADN gobierna las funciones biológicas desde el momento de la concepción, y determina las características individuales. Cada célula encierra alrededor de 100.000 genes, que contienen toda la información vital con que nace el individuo.

“La Biología Molecular e Ingeniería Genética han contribuido a resolver problemas de carácter industrial (eliminación de xenobióticos o residuos), agrícola y ganadero (mejora genética y alimentos transgénicos). Las aplicaciones en Farmacia, Medicina y Veterinaria, que se centran en la lucha contra la enfermedad humana y animal (etiología, patogenia, diagnóstico, tratamiento y prevención) y en síntesis de moléculas con fines terapéuticos, ya han rendido sus primeros frutos. Este extraordinario avance ha dado lugar a una serie de términos que, en general, incluyen el prefijo bio - o el adjetivo molecular. Como representativo de todos ellos, se acepta hoy el término Biomedicina o medicina Molecular, considerando de una forma amplia como una “visión molecular” de todos los aspectos relacionados con la enfermedad”².

¹ Abogada, Universidad Externado de Colombia. Maestría en Bioética, Universidad El Bosque. Asesora Jurídica Tribunal Ética Médica de Cundinamarca. Invitada permanente Comisión Intersectorial de Bioética. Profesora Universidad El Bosque. Investigación realizada con la colaboración de Juan Pablo Villate León, M.D.

² Luque Cabrera, José, Herráez Sánchez, Ángel. Biología Molecular e Ingeniería Genética. Universidad Alcalá de Henares, Editorial Harcourt, Madrid, 2001. Pág. 2.

El conocimiento acerca de la ubicación de los genes, sus funciones y alteraciones, ofrece perspectivas inimaginables frente a los procesos vitales, al diagnóstico y al envejecimiento celular. Sus aplicaciones trascienden el campo médico, repercuten en la biología, la investigación básica, la industria alimentaria, en la biodiversidad y el medio ambiente.

La ciencia es uno de los agentes más poderosos del cambio en una sociedad y la sociedad debe aprender cómo manejarlos. Darryl Macer analizando el tema, sensibiliza nuestro espíritu: "Nuestra primera reacción ante el gran avance de la ciencia en el campo de la genética debe ser de admiración".

Entre más entendamos el lenguaje y el mensaje de los genes, en los humanos y en otras criaturas, más entenderemos nuestra historia y nuestra posición en el mundo, como criaturas vivientes. La humanidad ha ganado la habilidad para adaptar el medio ambiente a sus genes y está aprendiendo cómo se adaptan los genes a este medio ambiente, al mismo tiempo nosotros apreciamos la universalidad del código genético y sus implicaciones en el entendimiento de nuestros orígenes biológicos³.

Carlos Maldonado en conferencia dictada en el mes de agosto de 2003, en el recinto de la Universidad El Bosque, durante el Congreso sobre "Ciencia, Ética y Biotecnología" hacía la reflexión acerca de la participación en el proceso evolutivo por medio de la ciencia, enfatizando en la biología como una de las expresiones de la complejidad de la sociedad contemporánea frente a la cual, la defensa de la biotecnología se torna en la defensa del conocimiento, de la investigación, del respeto a la "defensa de la pasión humana para realizar su destino", panorama dentro del cual la bioética, de cara a la vida, no puede ser ajena a las transformaciones conceptuales ni a la comprensión de los seres vivos.

En el otro lado de la balanza, se sitúa el lado oscuro de los conocimientos mal utilizados. Las posibilidades de abuso de los conocimientos científicos en detrimento de los derechos de la especie humana. La discriminación que puede surgir derivada del uso indebido de la información genética y la investigación sin el lleno de los requisitos previstos por las leyes para la protección de los derechos y el bienestar de los seres humanos y del ecosistema.

De la nueva Genética ha surgido multiplicidad de asuntos éticos, sociales y legales que exigen que las comunidades éticas, científicas y jurídicas de nuestro país, en forma urgente, abandonen la indiferencia que a veces nos agobia.

Pero los acercamientos éticos y legislativos presuponen conocimientos, fundamentados en la verdad, transparencia, rigor, comprobación y ciencia, alejados de las formas irreflexivas e irresponsables con que a veces se construye la opinión pública.

³ Macer, Darryl R. J. *Shaping Genes: Ethics, Law and Science of Using New Genetic Technology in Medicine and Agriculture*. Eubios Ethics Institute, Barcelona, 1990.

Que el hombre juega a ser Dios. Que nos encontramos en las puertas de conocer al verdadero Frankenstein, que los centauros poblarán la tierra, con muy poco sustento fáctico, son las expresiones del miedo a lo desconocido. Responder a estos miedos envuelve argumentación filosófica y entendimiento del conocimiento científico. Ningún acercamiento ético ni legislativo sería racional partiendo de premisas alejadas de la realidad científica.

Es el comienzo de un largo proceso en materia de información y reflexión desapasionada. La ignorancia de las consecuencias exige precaución en el uso de las nuevas técnicas y esta precaución debe ser el fundamento legislativo, sin olvidar que el mejoramiento de la calidad de vida, las posibilidades de la terapia génica frente a múltiples enfermedades causa del sufrimiento humano, el conocimiento de las deficiencias de nuestro código genético, son perspectivas muy importantes de tener en cuenta. La protección a la investigación como consecuencia de la libertad de pensamiento y de la necesidad del progreso del saber se hace necesaria.

Las aplicaciones de la investigación sobre el genoma humano, sobre todo en el campo de la biología, la genética y la medicina, deben orientarse a aliviar el sufrimiento y mejorar la salud del individuo y de toda la humanidad, tal y como se dispuso en La declaración de la UNESCO el 11 de Noviembre de 1997 en la vigésima novena reunión de la Conferencia General: "Ninguna investigación relativa al genoma humano ni ninguna de sus aplicaciones podrá prevalecer sobre el respeto de los derechos humanos, de las libertades fundamentales y de la dignidad humana de los individuos o si procede de grupos de individuos".

Treinta años han transcurrido, desde la fecha en que el profesor emérito de Oncología, en el Sur de Dakota, Van Rensselaer Potter, utilizó el neologismo de Bioética, en su libro "Bioethics Bridge to the Future" y durante este lapso, el término usado en diferentes contextos, ha sufrido cambios, que obligando a una ruptura de los valores y conocimientos tradicionales, son descritos por el mismo Potter en su artículo, escrito en compañía de Peter J. Whitehouse *Deep and Global Bioethics for a Livable Third Millenium*, publicado en Junio de 1998, en el cual describe la Bioética, como el puente de sobrevivencia que permitirá concluir el tercer milenio con salud, paz, un ecosistema estable y justicia social.

"La ética es mas que razón, su tarea es escoger el futuro del mundo"⁴. La ética profunda como la designa Potter tiene su razón de ser en el futuro. En el futuro de la tierra, de nosotros y de las nuevas generaciones. "La integración de la ciencia y de los valores humanos para asegurar un puente al futuro".

En París el día 24 de octubre del año 2001, con la participación de 52 ministros de la ciencia, de los varios países del mundo, la trigésima primera (31) comisión general de la

⁴ Van Rensselaer Potter and Peter Whitehouse. *Deep And Global Bioethics for a livable third Millenium*. The Scientist Jan.05/1998.

UNESCO, como resultado de su estudio sobre las implicaciones internacionales de la Bioética, ha concluido que la reflexión ética es parte integral del desarrollo científico y tecnológico; que ésta, debe anticiparse a los desafíos planteados por el progreso, y que debe basarse en la práctica de la democrática y activa participación de todos los ciudadanos.

Señala este documento, cómo la Bioética trasciende todas las fronteras y cómo sus principios esenciales, universalmente reconocidos de dignidad humana, libertad, justicia, equidad y solidaridad deben inspirar a los estados en la propuesta de leyes y regulaciones. En un comienzo se pensó que la Bioética era una forma de ética aplicada, para resolver los dilemas planteados a los médicos en el ejercicio diario de su profesión; y es así como se idearon métodos inentendibles de resolución de problemas, en esquemas que pretendían reducir la complejidad de la conducta humana y de sus valores, al almacén de un rompecabezas.

Pero la Bioética va más allá de la aplicación de principios. Parece ser que el principalismo no ha sido lo suficientemente bueno para cambiar la actitud del hombre hacia la vida, tal vez los hombres se estancan frente a las definiciones o se traban en la labor hermenéutica.

La Bioética es la herramienta más provechosa con la que cuenta la sociedad para la resolución de los problemas planteados por la tecnología, la ciencia médica y la investigación, frente a los presupuestos de dignidad, integridad y autonomía. La Bioética es destinataria de una tarea global relacionada con la evolución del hombre, para garantizar la supervivencia del planeta y de sus especies, creando espacios que permitan la eliminación de la violencia, de la pobreza, de la destrucción y la realización de la justicia social, de la dignidad, del autocontrol, de la felicidad y de la vida.

El debate bioético se desarrolla en un ámbito complejo frente a diferentes concepciones del mundo y del hombre, dentro de un marco de profundo respeto a la libertad de conciencia, a las diferentes creencias religiosas o a la ausencia de las mismas, a la autonomía, a la pluralidad, con el fin de establecer criterios compatibles con la solidaridad universal, sujetos a una revisión continua.

“La bioética muestra, más bien, la multiplicidad irreductible de nuestras sociedades y, por ende, el carácter dogmático, totalitario, paternalista e intolerable de toda voluntad no pacífica de dar a las preguntas bioéticas respuestas de pretensión universal, sustentadas en principios y fundamentos absolutos que busquen imponerse amparadas en la figura de la “única verdad”. La bioética puede invitar, principalmente, a modificar el punto de vista pretenciosamente fundamentalista por un punto de vista regulador -si se acepta, débil-, al menos en aquello que concierne al establecimiento de una ética pública común. Porque el hecho de llegar a admitir que no exista ni un horizonte ni un fundamento absoluto o común para la experiencia humana, no constituye real impedimento para que los hombres y mu-

jeros actuales, a partir de su diversidad, hagan un cierto número de cosas juntas sobre la base de un acuerdo mínimo respecto de la vida social plural, que obedece a una ética evolutiva y permanentemente abierta a todas las voces del presente”⁵.

Es desde esta óptica de la Bioética que abordaremos el estudio de los diferentes pronunciamientos que en el ámbito de legislación y de tratados Internacionales han hecho los diferentes Países del mundo sobre el tema de la Investigación en Humanos y de la biotecnología aplicada.

El nacimiento de Louise Brown en 1978, marcó el principio de una nueva era. La era de la reproducción artificial que cambió radicalmente los conceptos de reproducción humana. El advenimiento de la reproducción artificial fue acompañado inicialmente de escepticismo, críticas, que iban desde la aprehensión religiosa de que el hombre jugaba a ser Dios hasta el beneplácito expresado por todos los que consideraron que la reproducción artificial era una magnífica solución para todas aquellas personas que habían fracasado en su intento de ser padres. Una solución a la esterilidad y a la angustia de muchas parejas.

La técnica fue introducida a lo largo y ancho del mundo durante los años ochenta y ha producido millones de niños, siendo una de las técnicas más efectivas en el tratamiento de la infertilidad. La fertilización in vitro es solamente otra técnica dentro del campo de la inseminación artificial.

En Colombia existen múltiples centros de inseminación artificial que en su gran mayoría actúan con mucha responsabilidad y ética frente al tema del buen ejercicio médico y del respeto por la dignidad humana. No obstante, más de veinticinco años han pasado sin que exista una legislación que regule el tema de manera concreta. Demasiados proyectos legislativos se han presentado con el fin de regularla, pero la falta de integración de equipos interdisciplinarios conformados por científicos, expertos en Bioética, y legisladores, ha impedido la elaboración de una ley aceptable.

Pero ahora no se trata solamente del campo de la inseminación artificial, se trata de avances que lo trascienden, superando toda humana imaginación. El final de los descubrimientos e inventos no se vislumbra. Por el contrario todos los días el hombre se despierta maravillado y temeroso a la vez por un nuevo avance que no se sabe a donde llevará a la especie humana.

El futuro nos mostrará si nuestra descendencia, tomará el control de nuestra propia evolución, convirtiéndonos en una especie diferente, quizás más fuerte, quizás más sana,

⁵ Villarroel, Raúl. Bioética para un mundo tecnocientífico. Departamento de Filosofía. Revista electrónica de la Facultad de filosofía y humanidades de la Universidad de Chile, 1997.

quizás más inteligente y por lo tanto más pacífica. Los caminos abiertos por la ciencia, no tienen final.

La legislación en nuestro país es incompleta y sobre el tema que nos ocupa es muy precaria. Los proyectos de Ley que cursan en nuestras legislaturas no guardan armonía ni con los avances científicos ni con los principios bioéticos. Existe la necesidad de hacer una revisión de estas legislaciones con el fin de plantear soluciones acordes con nuestras necesidades y con los principios de beneficencia, no- maleficencia, autonomía y justicia. Proponemos un análisis de las implicaciones médicas, filosóficas, éticas y legales, como consecuencia de los avances científicos en el campo de la genética, desde la perspectiva de la Bioética, acorde con los pronunciamientos que serán objeto de nuestro estudio.

Se impone la necesidad de diseñar normas que hagan compatible la realidad científica con la sostenibilidad de la vida, la biodiversidad (variedad de organismos vivos y sus interacciones ecológicas) y el respeto de los Derechos del Hombre.

Médicos, científicos, creadores y usuarios de tecnología, legisladores y economistas deberán actuar guiados por la reflexión moral acorde con estas metas.

Un nuevo lenguaje se nos acerca, con implicaciones, científicas, éticas, filosóficas, legales y económicas. La formulación de normas de investigación, las posibilidades de aplicabilidad de los avances científicos, el acceso de los pacientes, gobierno, aseguradoras, y empleadores a los datos de nuestro genoma, exigen arduas jornadas en pro de la defensa de los derechos humanos, de las libertades fundamentales, para que no haya discriminación dependiendo de la predisposición y condiciones genéticas y para que se garantice el derecho a la privacidad y confidencialidad de la información.

Nos encontramos ante la necesidad de explicar los cambios traídos por los descubrimientos en biotecnología y biomedicina y conocer su potencialidad, posibilidades y reales peligros frente al tema de la dignidad humana y del mejoramiento de los patrones de vida de la sociedad.

I. UN POCO DE HISTORIA

Los temas de la reproducción artificial y de los datos genéticos, obviamente pertenecen al mundo de la genética. Siendo la genética la ciencia de la herencia y de las conexiones generacionales entre las especies y sus avances, producto del esfuerzo de muchas generaciones, nos parece importante aproximarnos al tema desde una óptica histórica que nos permita algo de comprensión de la laboriosa tarea de la humanidad en busca de su identidad biológica.

Charles Darwin, (1809-1882) considerado como el padre de la biología moderna, formuló la teoría de la selección natural, según la cual los individuos de una misma especie se diferencian por multitud de caracteres y que una determinada variación es común a muchos individuos que forman una variedad, o subespecie. Concluyó que las especies evolucionan para producir nuevas especies más aptas para sobrevivir. Este proceso conocido como selección natural, suponía la modificación de las características de la población, de manera que los rasgos más fuertes se mantendrían y propagarían, mientras que los menos favorables se harían menos comunes y acabarían desapareciendo. La mayor dificultad que entraña la teoría darwiniana se centró sobre el problema de la herencia, es decir, como se transmiten a la descendencia las variaciones. Darwin, consciente de esta dificultad sostuvo las hipótesis de la pangénesis y de la herencia de caracteres adquiridos, que se conocía desde la antigua Grecia. Cada órgano o célula emitiría un esbozo minúsculo o gémula portadora de sus características; las gémulas pasarían al torrente sanguíneo y de allí a los gametos; una vez en el cigoto, desarrollarían órganos o células idénticos a los que las formaron. Esta hipótesis proporcionaba una explicación a la herencia de los caracteres adquiridos.

Aunque Darwin admite la posibilidad de la herencia de los caracteres adquiridos, no hace de éstos el proceso principal de la evolución: las variaciones son puramente casuales y es únicamente la selección natural la que perpetúa a los seres más adaptados.

Gregory Johann Mendel, nacido en Heizendorf, Austria, el 22 de julio de 1822 y fallecido el 6 de enero de 1884, monje del monasterio agustino de Santo Tomás de Brunn, inició una serie de trabajos en el guisante (*pisum sativum*) Esta planta de fácil obtención y cultivo, hermafrodita y por tanto con capacidad para autofecundarse, ofrecía la posibilidad de realizar fecundaciones cruzadas entre distintas variedades, muy numerosas en el guisante y fácilmente distinguibles. En sus estudios, en lugar de analizar la transmisión global de las características de la planta, prestó atención a un solo rasgo cada vez, permitiéndole seleccionar determinados aspectos de la planta que presentaban alternativas claramente diferenciables, como por ejemplo la forma de la semilla (rugosa o lisa) o su color (amarilla, blanca o verde), para tratar de descubrir la forma en que se transmitían los caracteres heredables a través de sucesivas generaciones. Los estudios de Mendel se basaron en cuatro aspectos:

- Estudiar la transmisión de caracteres aislados;
- Contar el número de descendientes de cada tipo;
- Cruzar cepas o razas puras;
- Elegir una planta en la cual el origen de los gametos podía ser controlado.

En 1866 publicó los resultados de sus experiencias llevadas a cabo durante 7 años en el jardín del monasterio de los Agustinos, cuestionando las antiguas concepciones sobre la herencia que prevalecían en su época, según las cuales los caracteres se transmitían de padres a hijos a través de una serie de fluidos relacionados con la sangre.

Mendel expuso una nueva concepción de la herencia, según la cual los caracteres no se heredan como tales, sino que solo se transmitían los factores que los determinaban. Su estudio del comportamiento de los factores hereditarios se realizaba, con total intuición, 50 años antes de conocerse la naturaleza de estos factores (posteriormente llamados genes).

A pesar de que describió el comportamiento esencial de los genes, sus experimentos no revelaron la naturaleza de las unidades de la herencia, hecho que ocurrió hacia la mitad del siglo XX e involucró muchos trabajos de diferentes científicos de todo el mundo, durante varias décadas.

Hacia 1900, Hugo de Vries, botánico holandés; Carlos Correns, botánico alemán y Erich Von Tshermak, comerciante de plantas en Viena, designaron como "Leyes de Mendel" las conclusiones basadas en su trabajo, referidas a que un sólo polen realiza la fecundación, la existencia de un factor en cada polen y en cada óvulo, capaz de determinar un sólo carácter en la descendencia por ejemplo, corto, o blanco, y que los caracteres recesivos desaparecen en la segunda generación y reaparecen en la tercera, en proporción de un recesivo por cada tres dominantes⁶.

Durante los 100 años que siguieron a la publicación de Mendel, se descubrieron lentamente los mecanismos moleculares que permiten la transmisión de los caracteres hereditarios a la descendencia.

En 1909 se introducen los conceptos básicos de gen, genotipo y fenotipo por William Louis Johannsen.

En 1910 Thomas Hunt Morgan en estudios de la mosca *Drosophila* prueba experimentalmente que los genes están situados dentro de los cromosomas. En 1926 Hermann J. Muller descubre que los rayos X inducen mutaciones genéticas y cambios hereditarios en la mosca de la fruta.

Merecen mencionarse los estudios de un embriólogo alemán Hans Spemann, a finales de 1920 quien en búsqueda de la respuesta a la pregunta sobre si cada célula tenía la capacidad de diferenciarse y si retenía la capacidad genética en el cigoto. Realiza experimentos utilizando células de Salamandra que tienen capacidad de regeneración. En 1938 Spemann planteó la posibilidad, de transferir el núcleo de una célula diferenciada tomada de un embrión en una etapa avanzada o de un organismo adulto y transferirla a un huevo enucleado, pero para los recursos tecnológicos y conocimientos científicos de la época la pretensión era más que fantasiosa.

⁶ Mendel, Gregor. 1866. Leyes de la Herencia en *Proceedings of the Natural History Society of Brunn*.

Frederick Griffith en 1928 y Alfred Hershey y Martha Chase en 1952 realizan estudios que demuestran que el ADN es responsable de la transmisión de la información hereditaria a las próximas generaciones.

En 1952 los embriologistas Robert Briggs y Thomas J. King hacen la primera transferencia exitosa de una célula embrionaria en etapa temprana.

En 1953 el norteamericano James Watson y el Británico Francis Crick anuncian en Cambridge la descripción de la estructura de la molécula del ADN con su típica forma de doble hélice, descubrimiento que los hará ganadores del premio Nóbel en 1962.

En 1956 se descubre que los seres humanos tienen 46 cromosomas y en 1959 se conoce que el Síndrome de Down es de naturaleza cromosómica.

En 1960 el doctor Sydney Brenner con el doctor Mathew Meselson y Francois Jacob prueban la existencia del RNA mensajero, el transcriptor que contiene el mensaje genético del ADN.

Las Enzimas de restricción descubiertas por Daniel Nathans y Hamilton Smith llevaron a Paul Berg en 1972 a fabricar la primera molécula de DNA.

Day Hoff y sus colaboradores organizaron las proteínas en familias y súper familias, basadas en el grado de similaridad de la secuencia. Merece destacarse la base de datos creada con la secuencia del ADN, primeramente ensamblada en los Alamos National Laboratory New Mexico por Walter Goad y sus colegas en el Banco de Genes y en el European Molecular Biology Laboratory en Heidelberg Alemania. Goad coleccionó datos de genes desde 1982 hasta 1992. El banco de genes está ahora bajo los auspicios del Centro Nacional para Información Biotecnológica. Actualmente es de gran importancia el International Nucleotide Sequence Database Collaboration.

En 1970 A. J Gibbs y G. A Mackentery describieron un nuevo método para comparar dos aminoácidos y las secuencias del nucleótido.

A pesar de que muchos virus habían sido secuenciados, el primer intento de secuenciar un organismo viviente fue hecho por Fred Blattner y sus colegas usando la bacteria de E coli. La primera secuencia del genoma que se publicó fue de la bacteria Hemophilus influenzae, en 1995 por el Instituto de Investigaciones Genéticas sobre las investigaciones de Criag Venter y con la colaboración del microbiologista Hamilton Smith.

En 1977 se constituye Genetech, la primera empresa del mundo en hacer medicamentos con ADN recombinante. El mismo año se creó la primera molécula de mamífero con esta técnica. En este mismo año Allan Maxam de la Universidad de Harvard y Frederick Sanger

del centro médico de Investigaciones (MRC) de la Gran Bretaña en forma independiente desarrollan métodos para secuenciar el ADN.

En 1978 nace en Gran Bretaña el primer bebé probeta, Louise Brown, engendrado mediante fertilización artificial o in-Vitro, hecho que cambió radicalmente el concepto de reproducción.

En 1982 sale al mercado en Estados Unidos la insulina, producida mediante manipulación genética.

1989. El Instituto nacional de salud Estadounidense crea una agencia para coordinar el estudio del genoma humano dirigida por Watson.

Entre los años 1986 y 1990 el Departamento de Energía de los Estados Unidos y el Instituto Nacional de Salud aúnan sus esfuerzos; paralelamente el Centro médico de Investigaciones (MRC) de la Gran Bretaña prosigue sus investigaciones y comienza el programa internacional de Proyecto del Genoma Humano para establecer el mapa íntegro del patrimonio genético humano. Muchos logros hacen parte de esta Historia, bástenos citar algunos, como la consecución de los dos primeros mapas parciales de cromosomas humanos, el 21 y el Y efectuada en 1991 en el Massachussets Institute of Technology (MIT), mapa físico del cromosoma humano 21 que fue complementado en 1993 por Investigadores del laboratorio francés Genethon.

En febrero 23 de 1997 sucede un hecho sorprendente en el mundo de los mamíferos. El científico británico, doctor Ian Wilmut del Instituto Roslin en Scotland, clona una oveja usando DNA de otra oveja de 7 meses de edad, llamada Dolly. La noticia revolucionó al mundo y muchos experimentos se hacen después de la concepción de Dolly, más ovejas son clonadas en el mismo Instituto, la Universidad Nacional de Seoul en febrero de 1998 clona un becerro, la Universidad de Hawaii clona un ratón, la Universidad de Kinki en Nara, Japón clona 8 becerros partiendo del DNA de una vaca.

La clonación de la oveja Dolly representa sin duda una revolución en la biomedicina. El éxito de este experimento científico tiene una dimensión inmensa por cuanto hasta ese momento se creía que una vez que las células se habían diferenciado hasta convertirse en células de un ojo, o de un riñón, o en el caso del experimento de Wilmut, del tejido mamario-su DNA ya no serviría para formar otro organismo.

La clonación de la oveja Dolly abrió un debate mundial de inmensas proporciones. El pensamiento de que la clonación podría servir también para generar seres humanos genéticamente idénticos provoca un profundo debate que subsiste en toda su intensidad al nivel de todas las naciones del mundo. La reacción de los movimientos, religiosos, bioéticos, jurídicos, científicos y económicos no se ha hecho esperar. Y aunque en nuestro País el

debate no ha sido tan prolífico, varias naciones solicitan pronunciamientos y posiciones con respecto al tema que exigen que trabajemos en la materia con el fin de que nuestras decisiones sean lo más racionales posibles y en concordancia con los principios de la Bioética, de la dignidad y bienestar del ser humano.

Algunos años han pasado y el mundo se debate frente a los dilemas de si debe permitirse la clonación terapéutica, el uso de células embrionarias para fines investigativos y los tratamientos que de ellas puedan derivarse, primando la incertidumbre de si se trata de investigaciones de invaluable perspectiva para la vida humana o si por el contrario la humanidad está abriendo la caja de Pandora.

2. LAS CÉLULAS MADRE Y LA PROBLEMÁTICA ACTUAL

Un fascinante, esperanzador y controvertido campo, relacionado con los avances de la biología, está constituido por el tema de las células madres.

Tratemos de llevar a términos sencillos, nociones científicas complejas, con el fin de aproximarnos a esta materia que, en la actualidad, está produciendo un intenso debate de carácter ético y legal, en el seno de todas las naciones del mundo.

2.1 Las células en general

Todos los organismos vivos están compuestos por unidades biológicas, llamadas células. En el interior de su núcleo se encuentra el DNA que se organiza formando los cromosomas que contienen la información genética⁷.

La mínima secuencia de DNA que es capaz de codificar una función se llama GEN.

⁷ Cely Galindo, Gilberto, GEN - ÉTICA. Donde la vida y la ética se articulan, Colección Bioética, 3R Editores, Pág. 35 "La estructura del ADN es similar en todos los seres vivos y está compuesta de un número muy elevado de nucleótidos. La molécula de ADN está constituida por dos cadenas complementarias de secuencias de cuatro sub unidades de nucleótidos, los cuales están formados por un grupo fosfato, un azúcar (la desoxirribosa) y una base: A (Adenina), C (Citosina), T (timina), G (Guanina). La secuencia de desoxirribonucleótidos se mantiene unida por enlaces covalentes fosfodiéster. Las dos cadenas se unen formando una doble hélice por apareamiento de bases complementarias así: A con T y C con G. El ADN se encuentra en el núcleo de las células formando los genes o fragmentos específicos de la cadena de ADN que poseen una función delimitada. Los genes, como lo hemos dicho anteriormente, son unidades de ADN, (ácido desoxirribonucleico) codificados con instrucciones para producir una determinada proteína, según reciban información para ello. Los genes se encuentran agrupados conformando los cromosomas cuyo número varía en cada especie. Los aproximadamente 30 mil genes que tenemos los seres humanos se encuentran situados en cantidades variables en los 23 pares de cromosomas. De estos 23 pares, 22 pares de cromosomas constituyen la acción somática y un para la acción sexual: XX o XY "7.

Todas las células de un ser vivo contienen toda la información genética de ese ser. A pesar de ello, como quiera que cada una tenga una función, solo puede leer y procesar la información de los genes, que codifican la función, para la que cada célula esta destinada.

El mecanismo que desarrolla la célula para no leer los genes, que no corresponden a su función es el sistema de plegamientos y metilaciones. Al aplicarse estos sistemas a un gen, ese gen se hace ilegible.

2.2 La pluripotencialidad y la diferenciación

Las células en su desarrollo poseen dos cualidades básicas contrapuestas: la pluripotencialidad y la diferenciación. Cuanta más pluripotencialidad posee una célula, menos grado de diferenciación tiene, y al revés.

La pluripotencialidad, propia de la célula inmadura o indiferenciada, es la capacidad para convertirse en todas o en otras posibles estirpes celulares. La diferenciación es la cualidad por la cual adquiere ya una especialización dentro de un tipo celular concreto que le impide convertirse en otro distinto.

A causa de su habilidad para reproducirse ellas mismas y para diferenciarse en otro tipo de células las células madre ofrecen el prospecto de desarrollar células necesarias para tratamientos para reparar o reemplazar tejidos dañados por fractura, quemaduras y otras heridas y para tratar un amplio rasgo de muchas enfermedades regenerativas comunes tales como el Alzheimer, falla cardíaca, la diabetes y la enfermedad de Parkinson.

2.3 Las células madre

Las células madre, troncales o estaminales son células indiferenciadas a partir de las cuales se pueden obtener células de distintos tejidos. Se caracterizan por la posibilidad de poder ser cultivadas indefinidamente en un medio experimental.

Las células madre tienen dos características que las distinguen de los otros tipos: a.- Son células no especializadas, que se renuevan a través de la división celular. b.- Bajo ciertas condiciones fisiológicas o experimentales, pueden ser inducidas a convertirse en células con especiales funciones, como por ejemplo las productoras de insulina del páncreas⁸.

⁸ European perspective of the opinion issued by the European group on Ethics on 14 November 2000 and D G Research working paper on Human Stem Cells research published on 3 April 2003 (Website <http://europa.eu.int/comm/research/conferences/2003/bioethics/pdf/sec2003>).

Se pueden clasificar por su origen y por su diferenciación.

Por su origen, pueden ser embrionarias o de tejidos adultos.

Por su contenido pueden ser somáticas: contienen en su núcleo dos series de genes (diploides) derivados del padre y de la madre. Las células germinales contienen solo los genes paternos o maternos (haploide)

Por su diferenciación, pueden ser:

- Totipotentes: pueden dar lugar a un individuo completo de su especie.
- Pluripotentes: pueden dar lugar a células de todo tipo de tejidos.
- Multipotentes: pueden dar lugar a células de diversos tejidos. Las células madre de la médula espinal son multipotentes porque dan lugar a diferentes tipos de células presentes en la sangre, pero normalmente no se desarrollan por ejemplo en células neurales.
- Unipotentes: sólo dan lugar a células de un solo tejido⁹.

2.4 Células madre embrionarias

Las células madre pueden ser embrionarias o adultas¹⁰.

En los momentos posteriores a la fecundación, el embrión es unicelular; tiene en su núcleo toda la información genética de un nuevo ser. El DNA de este embrión está absolutamente legible, se puede expresar toda la información, se pueden leer todos los genes. El

⁹ European perspective of the opinion issued by the European group on Ethics on 14 November 2000 and D G Research working paper on Human Stem Cells research published on 3 April 2003 (Website <http://europa.eu.int/comm/research/conferences/2003/bioethics/pdf/sec2003>).

¹⁰ Marcelo Palacios. Presidente del Comité Científico de la Sociedad Internacional de Bioética (SIBI) Clonación y Transplantes. Capítulo X páginas 155 Las células troncales se pueden obtener:

- 1) de blastocistos originados por fecundación *in Vitro* (ES).
 - de preembriones viables
 - de preembriones no viables.
- 2) de la *cresta o pliegue gonadal o sexual* del embrión pos implantatorio y en las primeras etapas del feto abortados (EG).
- 3) de blastocistos causados por transferencia de núcleos (ES).
- 4) de tejidos adultos (AS): En algunos tejidos (médula ósea, intestino delgado, tejido graso, epitelio de la piel, etc.) son abundantes, en otros son mucho más escasas, y no se han hallado en todos por ejemplo, en el corazón. Las AS son *multipotentes*, pueden dar lugar a algunas líneas celulares y de tejidos, pero no a todas, e incluso solo a una (*unipotencia*); en el laboratorio puede no ser fácil cultivarlas, se dividen más lentamente que las embrionarias y acaban por dejar de dividirse, se debe investigar a fondo si causan hibridación o no en el tejido donde se implantan.

Zigoto o embrión unicelular empieza a dividirse produciendo un grupo de células llamadas embrionarias, estas células tempranas son totí potentes.

A medida que el embrión sigue su desarrollo y se van produciendo más divisiones celulares, las células embrionarias se van diferenciando hacia funciones y estirpes celulares determinadas. Esta diferenciación se consigue a través de los plegamientos en el DNA celular, que dejan ilegibles los genes que no van a necesitar expresarse en esa célula.

En la fase de blastocisto (7-14 días posfecundación), las células tienen capacidad para dar lugar a cualquier estirpe celular, pero no a un embrión completo, las denominamos células pluripotenciales. En el caso descrito, estas células pluripotenciales se llamarían también células madre embrionarias o stem cell embrionarias. En sus sucesivas divisiones, la célula madre embrionaria va perdiendo su capacidad de dar lugar a todos los distintos tejidos, al tiempo que empiezan a diferenciarse, a especializarse hacia un tejido u otro.

El embrión en la etapa de blastocisto contiene dos tipos de células unas que mas tarde se convertirán en el feto (Inner cell mass) y otras (trophoblast) que eventualmente se convertirán en la placenta que dará nutrientes al feto. También se considera célula embrionaria la del cordón umbilical, que tiene la potencialidad de convertirse en varios tipos de células, especialmente sanguíneas e inmunes.

En el embrión existen gran cantidad de células pluripotenciales que se multiplican a gran velocidad para ir dando lugar a las diferentes partes y órganos del individuo. A medida que proliferan esas células, se van diversificando hacia uno u otro, produciéndose la especialización: la célula con una ubicación, y con una función concreta.

Después de ocho semanas de desarrollo el embrión humano ha adquirido las características humanas, se habla del feto. Las células fetales son pluripotentes. Cuando el feto se encuentra aproximadamente en el 3 mes de vida (fin de la etapa de organogénesis), la mayor parte de sus células ya se hallan diferenciadas según el tipo celular que se necesita para cada órgano.

2.5 Células madre adultas

Tras el nacimiento, prácticamente todos los tejidos, sobre todo, aquellos que más se renuevan, conservan una cantidad pequeña variable de células pluripotenciales, capaces de multiplicarse y poder así proporcionar células con el fin de renovar y reparar los tejidos en los que residen; por ejemplo las células olfativas. Esas células formadoras de múltiples células hijas, que están programadas para regenerar el tejido donde residen, se llaman células multipotentes. Son otro tipo de células madre o progenitoras llamadas células madre adultas, aunque ellas existen en un niño o en un adulto.

Algunos autores han llamado a estas células madre, de adulto, células madre órgano específicas, para diferenciarlas de las embrionarias. Estas células madres también se han encontrado en muchos otros órganos: cerebro, hígado, piel, retina, médula ósea... La capacidad de estas células madre de adulto para regenerar zonas dañadas es muy limitada.

En la Médula Ósea es donde mejor se conoce la función de estas células madre, como una fuente inagotable para la regeneración de las poblaciones celulares de la sangre (glóbulos rojos y leucocitos...).

2.6 Nuclóvulos. Transferencia de núcleos con fines de investigación y terapéuticos

Marcelo Palacios, Presidente del Comité Científico de la Sociedad Internacional de Bioética (SIBI) España, acuñó el término de nuclóvulo para designar la célula resultante de tomar un óvulo, quitarle su núcleo y transferirle el núcleo de una de las células que acompañan y rodean al óvulo. Esta célula se diferencia del cigoto porque en su formación no interviene el espermatozoide¹¹.

El profesor Jaime Escobar Triana en su artículo "Algunos aspectos de la clonación de seres humanos, comentando el libro del precitado autor¹² nos dice "M. Palacios sostiene

¹¹ Marcelo Palacios. Presidente del Comité Científico de la Sociedad Internacional de Bioética (SIBI) Clonación y Transplantes. Capítulo X páginas 154-156 Transferencia de núcleos con fines de investigación y terapéuticos página web <http://www.armaindustria.es/farmaweb>: "Por su origen, el **nuclóvulo** tiene un estatuto biológico propio, por lo que procede establecer sus posibilidades científicas, hacer las valoraciones y propuestas bioéticas (estatuto bioético) pertinentes, y determinar, en su caso, su estatuto jurídico." Consigna el autor las diferencias entre el cigoto y el nuclóvulo así:

CIGOTO. En su creación participa el espermatozoide. La fertilización es un proceso de unas 30-33 horas de duración. Hubo singamia y fertilización. Hay determinación del sexo. Su genoma es el de los padres, modificado. Hay movilización de Ca y aumento de las oxidaciones. Hay activación del cigoto para la 2ª meiosis y la mitosis posterior (división celular, segmentación.) Tendrán lugar los intercambios de partes de cromosomas y genes y las mutaciones causantes de la variabilidad de la especie (en el preembrión de 2 a 8 células) Se crea sexualmente o asexualmente (laboratorio, FIV) Programación gradual. Adquirirá con el desarrollo su propia experiencia genética. Además Sus fines son reproductivos, y nacerá un hijo/s En el 1 X 300 de los partos nacerán gemelos.

NUCLÓVULO. En su creación no participa el espermatozoide. No hay proceso de fertilización. El sexo ya viene determinado. Su genoma es el del donante, mas el de las mitocondrias del óvulo. La movilización de Ca y aumento de las oxidaciones es de tipo declinante. No hay activación espontánea a la división. Invariabilidad del genoma nuclear. Se crea en el laboratorio. La programación gradual es posible, si se activa. Defectuosa. Tiene la experiencia genética del núcleo: mutaciones, vejez precoz, telómeros acortados, patologías, etc.) Siempre serían gemelos.

¹² Palacios, M. La Clonación: Consideraciones Bioéticas en: Ética y Clonación. Realidades y exageraciones. Fundación Valenciana de Estudios Avanzados. 2002, Valencia. Pág. 77 y 78.

que la célula creada por la transferencia del núcleo no es un Zigoto y le da el nombre de **noclóvulo**. Este, al ser estimulado puede dividirse por mitosis y dar lugar a dos células o blastómeros y continua dividiéndose para formar la **mórula** y hacia el quinto día el **blastocisto**. Tanto el zigoto como el noclóvulo pueden desarrollarse como preembriones.

Es diferente el estatuto biológico de noclóvulo y el del zigoto. El primero es producto de la transferencia del núcleo de una célula somática diferenciada, por tanto no es un zigoto". El zigoto es el resultado de la fertilización de un óvulo por un espermatozoide y su estatuto biológico es diferente. No tiene igual constitución biológica. La clonación por transferencia nuclear no se produce jamás espontáneamente en los mamíferos.

2.7 La problemática actual

Un intenso debate esta tomando lugar en muchos países relativo a la permisibilidad de la investigación de las células madre con fines terapéuticos. Si por una parte existe un acuerdo en todos los países de prohibir la clonación con fines reproductivos, no existe este mismo acuerdo sobre la legitimidad de los experimentos con células madre, con fines científicos o terapéuticos.

Las opiniones están divididas de acuerdo con las tradiciones éticas, filosóficas y religiosas de los diferentes pueblos. Algunos Países consideran que debe prohibirse todo tipo de investigación en células madre de origen embrionario aun en las etapas tempranas de la formación del embrión; Otros que puede permitirse antes de que se cumplan los primeros catorce días de formación del embrión, otros autorizan que se utilicen los embriones super-numerarios o sea aquellos que se encuentran congelados y que han sobrado de los procedimientos de fertilización in Vitro o que se obtengan células madre de los fetos que han sido abortados espontáneamente. El Reino Unido y Bélgica permiten por Ley la creación de embriones humanos para propósitos de investigación.

Las diferentes opiniones han sido dadas a conocer por la Comisión Europea mediante un documento publicado el 3 de abril de 2003, en el cual se consignan las legislaciones existentes, así como, las opiniones de los comités nacionales de ética de los diferentes países, documento del cual nos permitimos traducir aquellos puntos que consideramos ilustrativos sobre el tema¹³.

¹³ European perspective of the opinion issued by the European group on Ethics on 14 November 2000 and D G Research working paper on Human Stem Cells research published on 3 April 2003 (Website <http://europa.eu.int/comm/research/conferences/2003/bioethics/pdf/>).

En Bélgica una ley acerca de la fertilización in Vitro, fue aprobada por el senado en el año 2002 y adoptada por el parlamento en abril 3 de 2003. La legislación autoriza la obtención de células madre en embriones supernumerarios bajo ciertas condiciones:

- Investigaciones para propósitos terapéuticos.
- Basadas en conocimiento científicos recientes.
- Llevadas a cabo por un laboratorio registrado.
- Controladas por especialistas.
- En embriones no mayores a 14 días de desarrollo.
- Que no haya métodos alternativos de investigación efectivos.

El consentimiento de los donadores se exige y la investigación debe ser controlada por autoridades locales y federales.

En el Reino Unido una respuesta del gobierno a la Casa de los Lores relacionado con la investigación en células madre fue publicada en julio del 2002. El Comité Nuffield publicó en el año 2000 un documento sobre la investigación en células madres con fines terapéuticos analizando sus implicaciones éticas. La investigación en embriones es permitida para cualquiera de los propósitos que se especifican así:

- Para promover avances en el tratamiento de la infertilidad.
- Para mejorar los conocimientos relacionados con la causa de las enfermedades congénitas.
- Para incrementar el conocimiento acerca de las causas del aborto espontáneo.
- Para desarrollar técnicas de control natal más efectivas.
- Para desarrollar métodos que permitan detectar las anomalías genéticas o cromosómicas en la reimplantación de embriones.
- Para incrementar el conocimiento acerca del desarrollo del embrión.
- Para incrementar el conocimiento acerca de enfermedades serias.
- Para aplicar este conocimiento en el desarrollo de tratamientos y terapias.

En Dinamarca en mayo 27 de 2003 el Parlamento implementó un cambio en la legislación sobre la reproducción asistida, permitiendo la investigación en células madres embrionarias con el propósito de obtener nuevos conocimientos que mejoren las posibilidades de curar las enfermedades en humanos. La investigación en células madre y en óvulos fertilizados se permite con el propósito de mejorar las técnicas de fertilización in Vitro o de diagnóstico pre-implantatorio. Es prohibida cualquier investigación a. Con el propósito de desarrollar seres humanos, clonación reproductiva. b. Investigación con los propósitos de facilitar la creación de una entidad humana mezclando embriones genéticamente diferentes o partes de embriones antes de la implantación en el útero. c. investigación con el propósito de crear híbridos mezclando genes de diferentes especies. d. investigaciones con el propósito de desarrollar individuos humanos dentro de un útero no humano.

En Finlandia la producción de células madre utilizando embriones supernumerarios es permitida y la producción de embriones solo para propósitos de investigación no esta permitida. La legislación define un embrión como una fusión de gametos así que los embriones producidos por transferencia nuclear no estarían cobijados por la Ley que regula el tema.

Grecia permite investigaciones sobre: a.- Las células madre removidas de tejidos embrionarias después de un aborto, siempre y cuando los donantes de los gametos hayan dado su consentimiento, seguido de información apropiada acerca del uso específico. Los antecedentes o acuerdos posteriores que lleven a la práctica del aborto son totalmente prohibidos, las penalidades llegan a ser mucho más severas cuando tales acuerdos comprenden compensaciones económicas. b.- Células madre removidas de embriones in Vitro. De acuerdo con el artículo 18 de la convención de derechos humanos y de biomedicina, la investigación de células madres provenientes de embriones in Vitro es permitida, siempre y cuando sea precedida del consentimiento informado de los donadores de los gametos y se trate de fines terapéuticos. c.- Las células somáticas removidas de una persona adulta, previo consentimiento informado. Se debe proteger la identidad del donador a menos que se trate de un uso terapéutico para él mismo.

La Comisión Nacional de Bioética Italiana, no tomó una decisión formal frente al tema, sin embargo y no por unanimidad, se hicieron pronunciamientos por algunos de sus miembros que consideramos muy interesantes, así: Se estima que la posibilidad de cultivar en el laboratorio células madre representa una línea de investigación de particular interés, dadas las posibles aplicaciones terapéuticas para la reparación de tejidos y órganos dañados, y que esta investigación abre nuevas perspectivas en el tratamiento para una gran cantidad de enfermedades, de frecuente ocurrencia. La comisión expreso la esperanza de que tales líneas de investigación consigan los objetivos y éxitos propuestos en reprogramar las células maduras y se obtenga la capacidad de diferenciación para poder regenerar los tejidos de los pacientes, en orden a lograr un auto trasplante celular. Considerando que las células madres pluripotentes con mayor potencial para diferenciarse, son las embrionarias, en la etapa de blastocisto, inclusive cuando ellas son obtenidas por la técnica de reemplazo somático nuclear. Sabedora del intento alternativo de obtener células madres del cordón umbilical o de otros tejidos capaces de expandirse y diferenciarse en células o tejidos. Estimando que es éticamente legítimo derivar células de los fetos que fueron abortados espontáneamente o de aquellos producidos por la interrupción del embarazo, siempre y cuando se excluya cualquier tipo de relación entre el hecho de abortar y la intención de obtener células, debiendo eliminarse cualquier tipo de colaboración entre la persona que abortó y el equipo que va a utilizar el feto para la investigación.

Debe señalarse, como lo señala el documento en comentario que algunos de los miembros estuvieron de acuerdo con la prohibición de crear embriones humanos, con el solo propósito de usarlos para la investigación científica. Muchos de los miembros del comité Italiano con-

sideraron éticamente permitido obtener células madres para propósitos terapéuticos de aquellos embriones que habiendo sido fertilizados *in Vitro*, con fines de reproducción, no iban a ser implantados, siempre y cuando mediara el consentimiento escrito de los donantes. Renato Dulbecco, premio Nóbel, quien ha presidido la comisión de Bioética Italiana, recomienda que se utilicen los embriones congelados para la investigación científica. Otros miembros del comité, sin embargo, estuvieron totalmente en contra del uso de embriones supernumerarios, porque tales prácticas tendrían como consecuencia la deliberada supresión del embrión y consideraron este hecho ofensivo a la dignidad del embrión. Otros por su parte expresaron la esperanza de que un tópico de tanta importancia para la investigación médica y biológica, relacionado con el tratamiento de enfermedades de gran impacto social, se analice a través de un amplio debate donde se adquiriera gran información sobre el tema.

En Italia se ha propuesto centrar los esfuerzos en el uso de óvulos no fecundados para obtener células madre con el fin de desarrollar tejidos que puedan curar enfermedades. Con el uso de esta tecnología el gobierno italiano trata de evitar toda la problemática que conlleva la manipulación de los embriones humanos rechazada por el Vaticano.

En Eslovenia no es éticamente aceptable la creación de embriones humanos para investigación o para propósitos terapéuticos. Las células madre deben y pueden ser adquiridas de otras formas, tales como del cordón umbilical, de los fetos abortados y de los embriones creados en el proceso de reproducción asistida.

En España el 29 de octubre de 2004 el Consejo de Ministros aprobó el último Real Decreto que regula el procedimiento por el cual los progenitores de embriones sobrantes de la fecundación *in Vitro* podrán donarlos a la investigación, siempre y cuando se trate de embriones almacenados en los centros de fecundación "*in Vitro*" con antelación al mes de noviembre del año 2003. La norma permitirá poner en marcha la investigación con células embrionarias. Establece los requisitos y mecanismos para solicitar el desarrollo de proyectos de investigación, las condiciones en las que se utilizarán y el procedimiento para que los progenitores de los embriones puedan dar su consentimiento. La norma también indica que los proyectos serán informados a la autoridad sanitaria correspondiente y establece los requisitos que deben cumplir los proyectos científicos para ser aprobados por una nueva comisión, dependiente del Ministerio de Sanidad. Paralelamente, el Gobierno está trabajando en un proyecto de Ley de Investigación Biomédica que se encargará de "fijar los límites éticos sobre la investigación con células madre".

De acuerdo con una publicación hecha por Kathryn Wheat and Kirstin Matthews, Ph.D que ilustra la diversidad de acercamientos de los diferentes estados para regular la clonación humana y la clonación en células madre embrionarias en los Estados Unidos que hace parte del libro *Stem Cells: Saving Lives or Crossing Lines*, los estados de Arkansas, California, Iowa, Michigan, Rhode Island, North Dakota, Virginia, New Jersey, and South Dakota tienen leyes que prohíben la clonación humana con fines reproductivos.

Arkansas, Iowa, Michigan, North Dakota y South Dakota, también prohíben la clonación terapéutica o cualquier clonación. Michigan específicamente prohíbe el uso de fondos del estado para cualquier clonación humana, mientras Missouri prohíbe el uso de fondos estatales solamente cuando se trate para clonación reproductiva. California, New Jersey y Rhode Island permiten la clonación terapéutica y California y New Jersey han ido mas lejos aprobando investigaciones en materia terapéutica usando fondos estatales. Veinte estados no tienen legislación que expresamente prohíba o permita la investigación en embriones pero de cierta manera tienen normas que prohíben la obtención de embriones con fines experimentales. Louisiana es el único estado que prohíbe la experimentación en embriones creados para la fertilización in Vitro e Illinois es el único estado que prohíbe la experimentación en embriones vivos, finalmente otros veinte estados no tienen ninguna legislación al respecto¹⁴.

LA ONU está actualmente considerando dos diferentes proyectos de resolución que con carácter universal regule el tema de la clonación humana. Uno es el proyecto de convención internacional presentado por el representante permanente de Costa Rica ante las naciones Unidas, para prohibir la clonación humana en todas sus formas y otro es el proyecto liderado por Bélgica que prohíbe la clonación con fines reproductivos dejando a la decisión de cada país la determinación sobre la permisión de la clonación terapéutica.

En octubre 22 de 2004 dada la controversia que presentó el tema en todos los países consultados, la decisión de la resolución fue pospuesta por segunda vez.

La Comisión intersectorial de Bioética de Colombia, fue consultada en el mes de noviembre del año 2003 adhiriéndose a la posición de Bélgica que prohíbe la clonación con fines reproductivos y permite la clonación con fines terapéuticos de acuerdo con las reglamentaciones y normas que cada país produzca al respecto. Consideró la Comisión de Bioética Colombiana que esta posición es congruente con el Código Penal Colombiano que en sus normas que regulan la manipulación genética, prohíbe la clonación con fines reproductivos, cuando en su artículo 132 penaliza la manipulación con genes humanos alterando el genotipo, para finalidades diferentes¹⁵.

¹⁴ Kathryn Wheat and Kirstin Matthews, PhD Stem Cells saving lives or crossing lines. Páginas 14-18. <http://www.ruf.rice.edu/~neal/stemcell/supplement.pdf>

¹⁵ Código Penal Colombiano: Artículo 132. Manipulación genética: El que manipule genes humanos alterando el genotipo con finalidad diferente al tratamiento, el diagnóstico, o la investigación científica relacionada con ellos en el campo de la biología, la genética y la medicina, orientados a aliviar el sufrimiento o mejorar la salud de la persona y de la humanidad, incurrirá en prisión de uno (1) a cinco (5) años.

Se entiende por tratamiento, diagnóstico, o investigación científica relacionada con ellos en el campo de la biología, la genética y la medicina, cualquiera que se realice con el consentimiento, libre e informado, de la persona de la cual proceden los genes, para el descubrimiento, identificación, prevención y tratamiento de enfermedades o discapacidades genéticas o de influencia genética, así como las taras y endémicas que afectan a una parte considerable de la población.

2.7.1 El estatuto del embrión humano

La investigación en el embrión humano ha despertado numerosos conflictos de naturaleza ética y legal, desde los días en que se inició la fertilización in Vitro, sin que la humanidad, se haya podido poner de acuerdo al respecto: hecho que encontramos plenamente explicable, atendiendo a la diversidad cultural, a la pluralidad de religiones, credos y posiciones, en un tema que no puede abordarse desde la perspectiva de lo absoluto o de las verdades inamovibles.

Las discusiones acerca de la naturaleza del embrión humano son frecuentemente acompañadas del interrogante sobre cual es el status moral sobre el embrión. Se sostiene por una parte que el embrión es una persona y que por lo tanto debe ser objeto de la protección que es propia de los seres humanos. Por otra parte se sostiene que el embrión es un ente merecedor de respeto debido a su potencial humano pero que no tiene la entidad de persona, en especial, en sus etapas tempranas.

Algunas creencias sostienen que el status de persona empieza durante la fertilización, es decir cuando se unen los gametos femeninos y masculinos y nace una nueva composición genética. Otros creen que empieza aproximadamente 14 días después de la fertilización, cuando el embrión ha sobrevivido, se ha convertido en un individuo singular y se inicia la formación de su sistema neurológico.

Muchos autores emplean como argumentos en contra de la investigación en embriones, con fines terapéuticos, toda una serie de razones, mucho más compatibles con la problemática del aborto que con el tema que nos ocupa. Hay una gran diferencia entre interrumpir un embarazo en curso, de un feto que se encuentra en el útero de la madre y efectuar investigaciones en embriones creados en un laboratorio para propósitos de investigación, o que habiendo sido creados para fines de inseminación artificial, no fueron implantados en un útero, como es el caso de los embriones supernumerarios.

También existe la controversia sobre si el status del embrión es el mismo en las diferentes etapas de su desarrollo. Pedro Laín Entralgo, médico, filósofo, intelectual y pensador católico, vinculado a José Ortega y Gasset, a Xavier de Zubiri y a la generación del 98, en su artículo sobre la Ontogénesis del cuerpo humano a la pregunta sobre si la célula germinal de la especie humana es un hombre siquiera en potencia responde rotundamente y en forma negativa¹⁶.

¹⁶ Laín Entralgo, Pedro (1989). El cuerpo humano Teoría Actual Madrid Editorial Esparsa Calpe, S.A. (Pgs 298-300) Octubre de 2003. Ontogénesis del cuerpo humano " El cuerpo humano llega a ser lo que es cuando, tras su nacimiento, se ha hecho bipedestante, habiendo sido sucesivamente célula, mórula, blástula, gástrula, composición de hojas germinales y todo lo acerca de su ulterior formación intrauterina enseña la embriología.

“Acaso se diga que el cigoto es un hombre en potencia, mas tampoco esto parece cierto. El cigoto puede ser un hombre, si, pero sólo si se desarrolla en condiciones “naturales” ó “normales”. Lo más que legítimamente puede decirse es que el cigoto de la especie humana es un hombre en potencia condicionada. Y si con la venerable terminología aristotélica y escolástica se quiere decir que el desarrollo del cigoto humano conduce

Del cigoto al feto. Nuestro primer problema consiste en saber cómo, del Cigoto resultante de la fusión del espermatozoide de un varón y del óvulo de una mujer, se forma un cuerpo viviente específicamente humano. Recordemos las dos significativas interrogaciones con que Zubiri, tras haber afirmado taxativamente la sustantividad -la esencial unidad de soma y psique- de la célula germinal, y que la psique “brota” de las estructuras materiales del germen, se pregunta: La célula germinal ¿es un hombre? Y ¿pero cuándo? Interrogaciones a las cuales yo añadía una tercera no menos ineludible: ¿y como? Muy dispuesto a la rectificación si se me ofrecen razones convincentes, daré una respuesta a cada una de estas tres interrogaciones.

1º. La célula germinal, el cigoto humano, ¿es un hombre? Puesto que debe admitirse que los resultados de la experimentación embriológica y genética en lo: más distintos animales son extrapolables al cigoto y al embrión humanos -aunque por razones éticas deba rechazarse, eso sí, la manipulación experimental de eso: cigotos y esos embriones-, la respuesta a esa pregunta tiene que ser tajantemente negativa. No; la célula germinal de la especie humana no es un hombre ni siquiera en potencia.

Los resultados de la embriología experimental y de la ingeniería genética nos hacen saber que en las primerísimas etapas del desarrollo -cigoto y mórula- no está terminantemente establecida la especificidad del germen: sometido éste a ciertas condiciones artificiales, distintas, por tanto, de las que presiden su desarrollo normal, puede llegar a ser algo distinto de lo que específicamente eran sus progenitores. Por otra parte, las células embrionarias muestran en las fases más tempranas de la ontogénesis una afinidad genética de carácter orgánico (las células se juntan con las destinadas a formar el mismo órgano, aunque éste sea de otra especie) y no de carácter específico (las células se apartan de las que componen el embrión de la misma especie).

2º. *¿Cuándo el germen llega a ser el embrión de un ser humano? Lo que hoy sabemos del proceso de la embriogénesis permite decir:* a) *Que la actualización de esa condicionada potencia morfogenética es gradual, con la gradualidad que lleva consigo cambios cualitativos;* b) *Que con toda probabilidad es en la cuarta semana del desarrollo embrionario, tras la implantación del blastocisto en la mucosa uterina, y conforme va avanzando el proceso de la gastrulación, cuando se produce la efectiva hominización del embrión. Afirmación que sólo se funda, a mi modo de ver, en el hecho de que el embrión ya no puede llegar a ser otra cosa que un individuo humano - esto es, que su destino biológico consiste en este dilema: ser un individuo humano o perecer -, y no porque en la morfología externa y en la dinámica bioquímica del embrión puedan ser detectados caracteres inequívocamente humanos.*

3º. *¿Cómo un germen que sólo de un modo potencialmente condicionado puede ser un individuo humano se transforma en un esbozo de él morfológicamente irreversible? Éste es, en el caso de nuestra especie, el verdadero nudo del problema ontogenético. A él deben darse dos respuestas cualitativamente distintas entre sí, una de carácter científico, relativa a lo que en esa transformación es empíricamente cognoscible, y otra de orden metafísico, tocante a lo que en su realidad misma es tal transformación.*

Según lo que la ciencia nos ha hecho conocer, el proceso de la hominización del germen tiene un carácter campal. En él se conjugan, en efecto, la potencia morfogenética del germen, a la postre biofísica y bioquímica, y todos los momentos integrantes del campo biológico en que esa potencia se actualiza, en definitiva maternos (momentos nutricionales, térmicos, hormonales, electrolíticos, etc.).

necesariamente a la formación de un hombre, habrá que añadir que tal necesidad no es necesitas absoluta, sino necesitas conditionata o ex hypothesos¹⁷.

Nos hallamos ante realidades biológicas diferentes.

Uno es el embrión en el útero y otros son los embriones creados en laboratorio, algunos de los cuales ni siquiera resultan de la unión de los gametos masculino y femenino, como lo examinamos al tratar de la creación de nucléulos, para designar la célula resultante de tomar un óvulo, quitarle su núcleo y transferirle el núcleo de una de las células que acompañan y rodean al óvulo. Otra realidad que diferencia el tema se refiere a los embriones supernumerarios o sobrantes del proceso de fertilización in Vitro que carecen de potencialidad para llegar a ser un ser humano, dado que no existe la intención de transferirlos a un útero para hacerlos viables, así como los embriones abortados espontáneamente que nunca podrán ser seres humanos porque precisamente se trata de un embarazo no viable. Es para este tipo de embriones y no para ningún otro que se plantea el tema de la viabilidad, ética y legal, de su utilización para investigación terapéutica.

Nos parece muy interesante ilustrar esta posición con el pensamiento del filósofo y teólogo de Utrech y Strasburgo Egbert Schroten, miembro del grupo de consejeros para la ética y biotecnología en los Países Bajos, quien fundamenta la diferencia desde el punto de vista moral, entre los embriones destinados a la investigación, y los embriones destinados a ser transferidos a un útero¹⁸.

¹⁷ *ibidem*

¹⁸ Schroten, E.. (2002). "Le clonage reproductif humain intrinsèquement mauvais?" en: Me Laren, A; *Le clonage*. Paris: Council of Europe Publishing. Editions du Conseil de L'Europe. Págs. 95-112 "Homo est et qui est futurus un futuro ser humano debe ser igualmente tratado como un ser humano. ¿Qué decir sobre esta posición? De modo muy esquemático mi respuesta será la siguiente: en la cultura tradicional occidental, la cuestión de estatuto moral del embrión humano es objeto de discusiones en el contexto de problema del aborto y de la obstetricia. El embrión significa el embrión en el útero, un futuro niño en sí. En tanto que, después de la aparición de las técnicas tales: como la FIV o, más tarde la crío preservación se han hecho realidad, debemos enfrentarnos a una nueva situación, o a los nuevos hechos: existen los embriones in Vitro y en el congelador, lo que significa que no están en el útero. Así, como la FIV, como con las otras técnicas como la clonación, nos encontramos frente a una extensión de nuestras responsabilidades; esto significa, en la práctica, una extensión del dominio de la toma de decisión. Si los embriones están destinados a ser transferidos al útero, como se da en el caso de la clonación reproductiva podemos considerarlos, y por tanto tratarlos, como futuros niños en sí, es decir que esperamos que finalmente se convertirán en niños. Pero, si por una razón u otra, decidimos no transferirlos al útero, como en el caso de la clonación terapéutica, permanecen como embriones humanos pero no como futuros niños en sí. Por consecuencia la FIV y la crío preservación requieren necesariamente la distinción entre dos categorías de embriones, según el uso a que se destinan: los embriones para transferir y los embriones para no ser transferidos (lo que llamamos embriones supernumerarios). Los embriones supernumerarios no están destinados a convertirse en niños, su estatuto moral difiere de aquellos embriones que sí están destinados a serlo. Y aunque tienen en común un

2.7.2 La investigación en células madre

La obtención y cultivo de células derivadas de un embrión no implica falta de respeto a la dignidad humana. No existen argumentos para hacer una distinción moral entre la investigación en métodos diagnósticos en la reproducción, lo cual es permitido en todos los países y la investigación en materia terapéutica.

patrimonio genético humano, lo que implica que tienen un estatuto especial, no llegarán a ser seres humanos en el sentido normal del término. De este hecho aunque tienen una posición particular, no será necesario tratar los embriones supernumerarios como futuros seres humanos. Su estatuto moral es inferior, a mi sentir, a aquel de los embriones que llegarán más tarde a ser niños. Un argumento a menudo utilizado contra esta posición es el que llamaré el argumento del «estatuto ontológico». La tentativa de hacer una distinción fundamentada sobre el estatuto moral del embrión humano, es decir que se apoya con el argumento del uso previsto del embrión, no tiene en cuenta el estatuto embriológico del embrión es decir que no es verdaderamente un embrión. Entendido que todos los embriones tienen en común un patrimonio genético humano, son, después del proceso de fecundación seres humanos potenciales. Sería una falacia de mi parte refutar esta idea. Es por lo que yo pienso que es importante para mí admitir que los embriones supernumerarios deberán tener un estatuto particular. Sin embargo, no pienso que se trate de un argumento sólido contra mi posición según la cual el uso previsto de los embriones conlleve un punto de vista moral; esto deberá ser tenido en cuenta en política. Me explico: el potencial del embrión humano de convertirse en un ser humano existe ciertamente, pero es muy improbable, si me puedo expresar así, pues depende considerablemente de factores extremos, en otros términos de condiciones que nada tendrían que ver con el estatuto(«el estatuto ontológico») del embrión en sí mismo. Estas condiciones incluyen:

- Una transferencia exitosa en el útero;
- La nidación, y
- Un embarazo sin problemas.

Si estas condiciones no se reúnen, un embrión no se convertirá jamás en un ser humano en el sentido normal del término. Bien al contrario. Si un embrión (humano) es abandonado, morirá. En otros términos, tener en común un patrimonio genético humano es una condición necesaria pero no suficiente para convertirse en un ser humano. Los embriones supernumerarios no llenan estas condiciones, no se convertirán en seres humanos, y no deberán, por este mismo hecho, ser considerados como tales.

¿O podrán llegar a serlo? Sobre la base del argumento del estatuto ontológico se encuentra igualmente el argumento del derecho a la vida. Cada (o todo) embrión humano (ser humano potencial) dispone del derecho a la vida (para convertirse en un verdadero ser humano), lo que significa que deberá ser colocado en las condiciones arriba mencionadas (transferencia al útero, nidación y embarazo). Examinemos más en detalle este argumento que no encuentro particularmente convincente. Evitemos, para reforzar las ideas, las dificultades del «lenguaje de los derechos» en el contexto de los embriones (huevos fecundados). El argumento es entonces la afirmación (moral) según la cual todo ser humano deberá siempre tener una oportunidad equitativa de convertirse en ser humano. El asunto es: ¿por qué? Y puede ser igualmente: ¿cómo? Se trata de una cuestión moral sin respuesta. Pues, si nos planteamos argumentos y nos fundamentamos sobre el estatuto ontológico del ser humano, no dispondremos de argumentos muy sólidos, como lo hemos visto anteriormente. Se trata efectivamente de una cuestión moral sin respuesta, y no será difícil aquí lanzar un argumento *reductio ad absurdum*, por ejemplo, según el hecho de que, en la naturaleza, probablemente más del 60% de huevos fecundados se pierden, o según el hecho de que existen probablemente centenas de miles de embriones supernumerarios en Europa...”

La investigación en células madre con fines terapéuticos dentro de parámetros de seriedad ética y rigor científico, debe ser vista, entre muchas perspectivas posibles, como la respuesta del hombre a los imperativos de la solidaridad, en la búsqueda de la cura de las enfermedades y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad humana¹⁹.

Hay un gran interés en el mundo en descubrir y desarrollar una permanente fuente de tejidos que podrían ser capaces de generar cualquier tipo de células y que podrían evitar el problema del rechazo a los transplantes.

Muchas enfermedades son el resultado de un gen defectuoso, incapaz de producir la proteína adecuada o que produce una que es imperfecta como por ejemplo las hemoglobinopatías, el Síndrome de Lesch-Nyhan, el cáncer u otros procesos. Las investigaciones recientes sugieren que las células madres humanas pueden dar origen a diferentes tipos de

"...En cuanto al estatuto moral del embrión humano, estoy interesado en los embriones supernumerarios. No obstante, estamos conscientes de otra cuestión en ese contexto que es la relacionada con los cultivos de embriones con fines específicos de investigaciones. Así mismo si en estos casos la intención es, desde el comienzo, el utilizar embriones humanos con fines de investigaciones y no para transferirlos al útero, hace que este procedimiento sea aún más problemático moralmente, afirmo sin embargo que mi posición es igualmente valedera desde este contexto. Estos embriones en cultivo tendrán también la misma categoría que los embriones supernumerarios. Esto significará, por ejemplo, que aunque así mismo es 'posible hablar en este contexto de una «instrumentalización» de la vida humana, no se trata de utilizar seres humanos como instrumentos en el sentido habitual del término.

En resumen, lo que quiero decir, es que la distinción entre los embriones humanos fundamentada sobre el uso previo es moralmente aceptable. Esta afirmación no es, tanto mas que la pongo en juego, refutada por argumentos fundamentados sobre el estatuto ontológico del embrión o con base en el pensamiento cristiano clásico. Así, en tanto que teólogo cristiano, yo quiero subrayar que en tanto que pongo en juego, mi afirmación está conforme con los principios de la buena ética cristiana. La ciencia y la tecnología (*in casu* la FIV y la crío preservación), complázanos o no, nos ponen ante nuevas situaciones, que nos fuerzan a repensar los valores y los principios morales tradicionales. Es muy evidente, que debemos ser críticos pero no debemos evitar enfrentarnos y rehusamos a afrontar los hechos.

Mi conclusión es que desde un punto de vista moral, los embriones supernumerarios, destinados a fines de investigación, deben ser diferenciados de los embriones destinados a ser transferidos a un útero. Esta distinción podrá convertirse en el fundamento de toda política de poderes públicos concerniente con la utilización de embriones humanos para la investigación. No obstante, como estos embriones tienen en común un patrimonio genético humano, deberán ser considerados como pertenecientes a una categoría especial y deberán ser utilizados para la investigación únicamente en condiciones estrictas. Estas condiciones incluirán por ejemplo el hecho que no sean soluciones de repuesto y que los objetivos de la investigación sean importantes y moralmente aceptables. Estas condiciones, y posiblemente otras, determinarán el estatuto especial del embrión supernumerario humano y, en estos términos, la expresión «protección adecuada», deberá ser aplicada como es utilizada en la Convención del Consejo de Europa sobre los Derechos del Hombre y la Biomedicina.

células tales como células musculares, nerviosas, cardíacas, sanguíneas etc. lo cual concluiría en la posibilidad de obtener mayores avances en el cuidado de la salud²⁰.

“Si de la utilización de la vida celular contenida en el embrión se pueden derivar bienes, tanto la ética (que busca la felicidad de las personas, si no se trata de morales lastradas por componentes que no pertenece al reino de los humanos) como el derecho (que debe regular sobre los problemas reales que se plantean a la sociedad) deben ocuparse de estas cuestiones, proponiendo pautas de conducta asumibles por la mayoría de los ciudadanos y respetuosas con las minorías, que se materializan en el respeto a los Derechos Humanos reconocidos. En la actualidad, las investigaciones sobre el uso de células madre embrionarias para producir tipos de tejidos o incluso órganos simples constituye la más firme promesa para la medicina del futuro. Estas células indiferenciadas y totipotentes pueden, en las condiciones adecuadas, convertirse en cualquier tipo de tejido, por lo que es previsible que, en un horizonte no muy lejano, se puedan obtener, p. ej., Neuronas para tratar enfermedades neurodegenerativas, como la enfermedad de Alzheimer o la de Parkinson, obtener islotes pancreáticos para tratar la diabetes, o reparar las regiones del corazón necrosadas por un infarto de miocardio. Además, se trata de células que admiten con facilidad la incorporación de genes foráneos, lo que las convierte en un vehículo idóneo para la terapia génica paliativa, utilizando células madre transformadas”²¹.

²⁰ Nombela, César. *Clonación y Transplantes*, Cáp. II Genoma Humano, una perspectiva científica y ética, Editorial Farma Industria, Madrid. “La apertura de horizontes en el mundo de las ciencias biomédicas, que surge como consecuencia de los avances en la investigación de genomas y el entorno científico que genera despierta verdadero entusiasmo. Surgen así nuevas posibilidades para entender las bases de la enfermedad de las que podrían derivarse nuevos planteamientos para el diagnóstico, prevención y terapéutica de muchas dolencias que afectan a la especie humana. Especial mención merece la posibilidad, formulada hasta el momento como hipótesis científica, de reprogramar la información genética de la célula para orientar su desarrollo y obtener líneas de “células madre”, capaces de reparar órganos y tejidos dañados por los procesos degenerativos que causen determinadas dolencias. El papel y la actuación de los comités de ética, en estas circunstancias, debe atenerse a los siguientes: - Iluminar el debate, planteando con claridad lo que está en juego, para transmitir a la opinión pública una actitud de confianza en las posibilidades de la inteligencia humana de avanzar por caminos que respeten los derechos, anticipen los problemas y orienten los análisis con visión de futuro. - Analizar, con mente abierta pero rigurosa, las posibilidades de la ciencia actual. A mi juicio, el debate bioético, sobre todas las cuestiones que tiene que abordar, debe tener una primera fase fundamentalmente científica, entre expertos, que establezca un análisis crítico acerca de la significación de los nuevos hallazgos, sus limitaciones, sus posibilidades y los caminos (casi siempre múltiples y diversos) de estudio y experimentación para alcanzar determinadas metas. Pero, a partir de ahí, llega la decisión responsable por parte de las instancias sociales adecuadamente organizadas, que han de contrastar las opciones científicas, claramente definidas, en relación con los valores, los comportamientos aceptables, los objetivos del bien común y la protección de los derechos de las personas. En definitiva, los poderes públicos —gobiernos de diversos niveles, parlamentos, etc.— como representantes legítimos de la sociedad democrática, habrán de decidir y seguir decidiendo sobre múltiples cuestiones. La gestión pública (gobernanza) debe estar basada en la ciencia más rigurosa y relevante”.

²¹ Casado M. y Egozcue J. (Coords, Documento sobre Células madres embrionarias, Observatorio de Bioética I Pret, Barcelona, diciembre 2001, Pág. 5.

Muchas esperanzas y expectativas se relacionan con la cura de las enfermedades de Parkinson, Alzheimer, leucemia, enfermedades del corazón, diabetes, esclerosis múltiples, artritis, daños en la espina medular, y en la piel, incluyendo quemaduras. La investigación dentro de límites compatibles con la dignidad humana debe alentarse en lugar de perseguirse.

La investigación con fines terapéuticos, es aceptable legal y moralmente siempre y cuando se llenen todos los presupuestos éticos y legales propios de toda investigación; se busquen fines terapéuticos benéficos para el ser humano y se cuente con el consentimiento informado de los donantes. Tal investigación procedería, en los embriones sobrantes o supernumerarios cuyos progenitores han decidido donarlos para la investigación, en embriones congelados que han sobrepasado el límite de crío conservación, o aquellos creados in Vitro y no transferibles; sobre los embriones producidos por técnicas de transferencia nuclear, en preembriones no viables por sus daños intrínsecos, sobre embriones y fetos abortados espontáneamente, sobre el producto de la transferencia de núcleos con fines de investigación y terapéuticos, así como sobre cualquier célula resultante de los tejidos adultos.

En el documento más importante sobre el tema, como es la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y derechos Humanos, aprobada por la Conferencia General de la UNESCO, para la educación, la ciencia y la cultura el 11 de noviembre de 1997 se ha reconocido "que las investigaciones sobre el genoma humano y sus aplicaciones abren inmensas perspectivas de mejoramiento de la salud de los individuos y de toda la humanidad".

El reto de la humanidad es conciliar factores como derechos humanos, ciencia, tecnología, bienestar y racionalización.

Tal y como lo expresara el delegado de México en el grupo de trabajo que estudió la Convención Internacional contra la clonación de seres humanos con fines de reproducción, "La construcción del consenso es una tarea delicada que lleva tiempo materializar. Los consensos no se construyen pidiendo a la contraparte que renuncie a sus convicciones y menos aún si algunos ya cuentan con la legislación en la materia. El consenso es un proceso que se distingue por el respeto mutuo entre las distintas posiciones en búsqueda de elementos que nos unan para progresar en este tema".²²

Ofrece la investigación terapéutica un gran potencial científico en los propósitos de la prevención y cura de las enfermedades. Frenar la investigación que puede producir el mejoramiento de las condiciones de salud y vida de la humanidad no parece ser lo más racional ni ético. Todas estas reflexiones nos inclinan a apoyar la exclusión de las investi-

²² Intervención del Embajador Adolfo Aguilar Zinser, representante permanente de México ante las Naciones Unidas en el marco del grupo de trabajo encargado de elaborar un mandato para una convención internacional sobre la clonación de seres humanos. Septiembre 30 de 2003.

gaciones en clonación con fines terapéuticos, de la prohibición y de la criminalización de la clonación.

La investigación con embriones supone en nuestro País la necesidad de crear leyes claras, con el fin de que sea evaluada, regulada, aprobada y controlada por la autoridad competente, de tal manera que todo proyecto de investigación que implique la utilización de embriones se ajuste a los principios éticos y científicos que hemos venido analizando a lo largo de este trabajo.

En cuanto a la clonación con fines de reproducción. Tal y como lo afirmara el profesor Jaime Escobar Triana, médico filósofo, director del programa de la Maestría de Bioética, en la Universidad el Bosque, en su artículo ya comentado, sobre Algunos Aspectos de la Clonación de Seres Humanos *“La prudencia nos aconseja, apelando al principio de precaución, establecer un período de moratoria y buscar en forma activa el estudio y la reflexión, agrupando a los científicos, médicos, juristas, eticistas y legisladores con miras de comprender la clonación en todas sus dimensiones y formular un plan de acción”*.

3. DATOS GENÉTICOS HUMANOS

3.1 Qué son los datos genéticos

De acuerdo con las definiciones de la declaración internacional de la UNESCO, de fecha 16 de octubre del año 2003, los datos genéticos humanos, están constituidos por la información sobre las características hereditarias de las personas, presencia, ausencia o modificación de un gen o cromosoma en particular, obtenida por análisis de ácidos nucleicos u otros análisis científicos; los denominados datos proteómicos humanos es decir la información relativa a las proteínas de una persona, lo cual incluye su expresión, modificación e interacción; Así como el estudio de poblaciones que tiene por objeto entender la naturaleza y magnitud de las variaciones genéticas dentro de una población o entre individuos de un mismo grupo o de grupos distintos, el estudio de genética del comportamiento que tiene por objeto determinar las posibles conexiones entre los rasgos genéticos y el comportamiento, y en general los resultados de toda prueba o cribado genético y del cruce de datos sobre una persona o grupo que consten en distintos archivos constituidos con objetivos diferentes, así como los estudios de genética de poblaciones que tienen por objeto entender la naturaleza y magnitud de las variaciones genéticas dentro de una población o entre individuos de un mismo grupo o de grupos distintos.

Estos datos pueden ser obtenidos por procedimientos invasivos o no invasivos, aptos para obtener una muestra biológica, es decir, aquella que albergue ácidos nucleicos y contenga la dotación genética característica de una persona como por ejemplo la sangre, la piel, las células óseas, el plasma sanguíneo, etc. Los datos genéticos también pueden ser obtenidos por pruebas

indirectas para detectar un producto génico específico que sea indicativo ante todo de un cambio genético determinado. Estas pruebas además podrán ser de cribado o predictivas.

Los datos genéticos humanos y los datos proteómicos humanos podrán ser recolectados, tratados, utilizados y conservados con fines de diagnóstico y asistencia sanitaria, investigación médica y otras formas de investigación científica, comprendidos los estudios epidemiológicos, en especial los de genética de poblaciones, así como los estudios de carácter antropológico o arqueológico, medicina forense y procedimientos civiles o penales u otras actuaciones legales, y cualesquiera otros fines.

3.2 La información genética

Todas las nuevas tecnologías, han cambiado dramáticamente el grado de información que se puede obtener de una persona. La información genética puede resultar de la aplicación de pruebas o test científicos aptos para revelar información genética usando segmentos de ADN ó ARN, usando marcadores conocidos para asociarlos con rasgos, condiciones o características genéticas, pero los datos genéticos no solamente se consiguen con la aplicación de test puramente genéticos; también pueden surgir de pruebas bioquímicas o del análisis de sustancias como pueden ser, los ordinarios exámenes de sangre o de colesterol o análisis de tejidos.

La información genética puede tener múltiples aplicaciones. Unas radicalmente bondadosas relacionadas con el mejoramiento de la salud y de las condiciones de vida del individuo y otras muy controvertidas, tales como la evaluación de riesgos para propósitos de aseguramiento de las personas por parte de las compañías de seguros, las posibilidades que tendrían los empleadores de valorar a sus trabajadores desde el punto de vista de la predisposición genética a una determinada enfermedad o desorden y otras referidas a las posibilidades que tendrían las autoridades estatales para identificar individuos como resultado de un archivo del ADN, por ejemplo la huella genética, test de parentesco, búsqueda de criminales, etc.

Ya en un campo más amplio, se habla del rastreo genético de poblaciones para fines antropológicos, epidemiológicos o concernientes a la salud pública.

Las pruebas genéticas también, pueden actuar como exámenes llamados paraclínicos con el fin de confirmar diagnósticos en una persona que tiene signos o síntomas de una enfermedad. Muchas veces estos exámenes pueden ser menos penosos o dolorosos que los tradicionalmente exámenes invasivos.

Uno de los problemas más interesantes que actualmente presenta la discusión sobre la información genética, es la ausencia de tratamientos conocidos para muchas de las enfermedades que pueden ser descubiertas, con un examen genético y la repercusión de este hecho en la calidad de vida del paciente.

La posibilidad que tiene un mal manejo de la información genética en generar rechazo y discriminación de los individuos, es una materia que concierne a la Bioética. La posibilidad de obtener información genética de una persona es muy fácil, si pensamos que basta una muestra de saliva o la raíz de un cabello, para obtenerla. Todas las células del cuerpo de una persona con muy contadas excepciones, contienen todo su código genético, código genético que dura de por vida. Cualquier muestra biológica de una persona nos puede revelar completamente su información genética. De ahí la importancia de abordar el tema desde el punto de vista del grado de información que debe tener una persona que va a ser objeto de un análisis genético y la necesidad de exigir el consentimiento informado, como requisito sine qua non para practicar cualquier examen.

La información genética no solamente pertenece a una persona, sino a una familia y eventualmente a una comunidad y por lo tanto el manejo de los datos genéticos tiene repercusiones que trascienden el individuo. Los niveles de protección de la privacidad y del manejo de la información, deben contemplar estos asuntos.

La potencialidad de la información genética no deja de maravillarnos y así como su uso adecuado, puede ser un elemento muy valioso en el mejoramiento de las condiciones de salud de los individuos y de las comunidades, un mal manejo podría llevar a graves y adversas consecuencias que podrían redundar en la discriminación de las personas con base en sus desórdenes genéticos.

Otro tema que hace parte del manejo de los datos genéticos se refiere a la información que de los mismos debe hacerse a la persona dueña de estos datos. Quien debe dar esta información, en que condiciones. Donde, cuando y como almacenarla y por cuanto tiempo.

Un grave peligro nace de la falta del entendimiento de la interacción entre la genética y el medio ambiente y por lo tanto se podría llegar a sobre - estimar la capacidad predictiva de la información genética olvidando la influencia de los factores ambientales en el desarrollo de predisposiciones genéticas. Y aunque muchos autores consideren que no hay necesidad de hacer leyes especiales para el manejo de los datos genéticos y que estos se encuentran regulados en todos los países bajo las normas que amparan el manejo de las historias clínicas y los demás exámenes médicos, consideramos que este acercamiento es facilista, porque la realidad es diferente. Las implicaciones sociales y personales justifican una regulación especial.

En nuestro medio, el secreto profesional se encuentra protegido por las regulaciones establecidas en materia de ética médica, ley 23 de 1981 artículo 37²³, ¿será esta protección

²³ Ley 23 de 1981. ARTÍCULO 37. Enríndese por secreto profesional médico aquello que no es ético o lícito revelar sin justa causa. El médico está obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por razón del ejercicio de su profesión haya visto, oído o comprendido, salvo en los casos contemplados por disposiciones legales.

compatible o suficiente con la naturaleza especial de la información genética? Aunque la norma citada es un buen principio de protección, es insuficiente.

Se hace necesario crear protocolos que orienten acerca de los requisitos para efectuar pruebas genéticas y para el manejo y disposición de la información con el fin de que se respeten los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia y evitar maltratos, estigmatizaciones y víctimas del manejo inadecuado de un elemento tan poderoso como puede ser esta información, cuyo potencial es todavía desconocido y que indudablemente tendrá repercusiones en las familias, en las comunidades, en las poblaciones y en el futuro de la humanidad.

El ser humano no se puede reducir a las características puramente genéticas y toda legislación debe proveer como evitar cualquier determinismo que lleve al rechazo de los individuos frente a las fuentes de trabajo, de estudio o de aseguramiento basados en una noción errónea de estas características. Todo colombiano debe sentirse orgulloso de sus genes, de su herencia, de sus antepasados, y de su entidad como ser humano y el estado debe tomar todas las medidas necesarias para crear ambientes saludables, sanos y un medio ambiente espiritual y biológico que permita el desarrollo de los aspectos positivos de nuestras características genéticas, en condiciones de dignidad humana y felicidad.

La información genética debe ser utilizada para reducir el dolor, la enfermedad y el sufrimiento e incrementar la calidad de la vida de los seres humanos en términos de libertad y responsabilidad.

3.3 Finalidades de las pruebas genéticas

El test genético puede tener una finalidad médica o una finalidad para propósitos de investigación. De acuerdo con la Comisión para la Reforma de la Ley Australiana "ALRC 96 Essentially Yours: The Protection of Human Genetic Information in Australia", El test genético, puede ser:

- Diagnóstico. Tiene por finalidad la confirmación o el diagnóstico de un desorden específico ante signos o síntomas de ese desorden.
- Predictivo o presintomático, con la finalidad de determinar la probabilidad de que una persona desarrolle una enfermedad de carácter genético en el futuro.
- Del portador. Permite conocer si una persona presenta un desorden genético o una anomalía cromosómica que generalmente no la afecta pero incrementa el riesgo de tener hijos con este desorden, lo cual involucra la decisión reproductiva.
- Prenatal. En el feto o en el embrión cuando se utiliza reproducción artificial, tiene como finalidad la determinación de enfermedades genéticas en el feto, permite el uso de terapias anticipadas como la transfusión de sangre o la corrección quirúrgica.

- Para investigación. Involucra el sistemático análisis de la información genética con el fin de lograr el avance científico.
- Con fines de identificación. Puede ser usado en investigaciones criminales para identificar o excluir sospechosos, en búsqueda de personas perdidas, en la identificación de personas fallecidas, o establecer vínculos de parentesco, inmigración, etc.

3.4 La Bioética y el manejo de los datos genéticos

El Artículo 6 de la Declaración Internacional de la UNESCO, sobre los datos genéticos humanos, es un perfecto pasaje para iniciar la travesía hacia el estudio de la forma como la Bioética impacta el manejo correcto de los avances tecnológicos en genética. Nos permitimos transcribir la norma por considerarla de gran importancia para el tema que nos ocupa: *"Por imperativo ético, deberán aplicarse procedimientos transparentes y éticamente aceptables para recolectar, tratar, utilizar y conservar los datos genéticos humanos y los datos proteómicos humanos"*²⁴.

Uno de los principios derivados del ejercicio consecuente con la Bioética es el respeto al derecho de autonomía que podríamos definir como: *"El derecho de la persona a establecer sus propias reglas, establecer las normas personales de conducta y a elegir las acciones que efectuará con base en un grupo de valores y principios personales derivados de todo lo anterior"*²⁵.

El principio de respeto a la persona o autonomía establece que cada persona ha de poder decidir, de forma voluntaria e informada, sobre su sometimiento a un test genético. Esta premisa nos lleva indiscutiblemente al tema del consentimiento informado.

3.5 El consentimiento informado

El consentimiento informado, se fundamenta en el respeto a la autonomía del paciente.

El término del consentimiento informado aparece alrededor del año 1957, pero su importancia dentro del ejercicio médico empieza a desarrollarse alrededor del año 1972, cuando va tomando fuerza la idea de que el paciente debería ser capaz de entender su situación y de participar, junto con el médico, en la decisión de utilizar determinado método diagnóstico o terapéutico. Antes de esta época, se podría hablar de una tradición basada en

²⁴ Declaración Internacional de la UNESCO sobre los datos genéticos humanos de fecha 16 de octubre del año 2003.

²⁵ Berek, Jonathan S. Hillard, Paula A. Adashi, Eli Y. Ginecología de Novak 12 edición McGraw-Hill Interamericana. 1997 PG. 21.

el paternalismo, fundamentado en la idea de que el médico con su sabiduría era el único que podía decidir validamente lo que era conveniente para el paciente. La práctica del consentimiento informado, nace a raíz de múltiples demandas por mala práctica médica, así como de reacciones de la sociedad a investigaciones practicadas con total violación de los derechos humanos.

En el año 1981, por primera vez en el código de la Asociación Médica Americana, se reconoce el consentimiento informado como una política básica social, necesaria para capacitar al paciente a hacer su propia escogencia aún en contra de la voluntad del médico.

El artículo octavo de la Declaración de la UNESCO sobre los datos genéticos humanos dispone:

"...Consentimiento a) Para recolectar datos genéticos humanos, datos proteómicos humanos o muestras biológicas, sea o no invasivo el procedimiento utilizado, y para su ulterior tratamiento, utilización y conservación, ya sean públicas o privadas las instituciones que se ocupen de ello, debería obtenerse el consentimiento previo, libre, informado y expreso de la persona interesada, sin tratar de influir en su decisión mediante incentivos económicos u otros beneficios personales. Sólo debería imponer límites a este principio del consentimiento por razones poderosas el derecho interno compatible con el derecho internacional relativo a los derechos humanos".

El consentimiento que otorgue el paciente debe ser basado en la información dada acerca del propósito, método, riesgos, incomodidades y posibilidades de la prueba genética. Debe ser voluntario y exento de toda coerción, influencia o incitación. Debe ser otorgado por el sujeto de la prueba genética o por la persona, competente de acuerdo con la legislación de cada país, para consentir en nombre de otro, como pueden ser los padres en ejercicio de la patria potestad, los tutores o curadores y los hijos cuando sus padres se encuentran incapacitados para consentir.

3.6 Elementos del consentimiento informado

1. Información.
2. Comprensión.
3. Voluntad.
4. Capacidad.
5. Expresión del consentimiento.

Elementos estos que tienen que estar presentes frente a cualquier recolección, tratamiento, utilización o conservación de los datos genéticos humanos.

3.6.1 La información

La información se refiere a la provisión de claras, suficientes, precisas e inequívocas revelaciones que el médico debe dar al paciente y la certeza sobre el entendimiento de esta información por parte del paciente.

“...La comunicación se sustenta en capacidades claves: actitud afectuosa y comprensiva, capacidad de escuchar con atención, conocimientos y concordia. Estas capacidades se pueden aprender y refinar. Después de establecer las relaciones iniciales con la paciente, el médico debe poner en práctica con mucho cuidado técnicas de entrevista que ofrezcan oportunidades para lograr comprensión sobre las preocupaciones del paciente. La confianza es el elemento básico que anima a la paciente a comunicar de manera abierta sus sentimientos, preocupaciones y pensamientos sin riesgo de que oculte alguna información.

Aunque son muchos los estilos de interacción con las pacientes, y cada médico debe determinar la mejor manera en que puede relacionarse con ellas, estos profesionales deben comunicarles que son capaces de escucharlas y que desean hacerlo, y que reciben información bajo la máxima confidencialidad. El juramento de Hipócrates exige que los médicos sean circunspectos con toda la información relacionada con sus pacientes”²⁶.

La información debe ser completa, sencilla, acorde con el nivel cognitivo de la persona, debiéndose dar explicación sobre el procedimiento que se va a utilizar para obtener la muestra, si este es invasivo o no invasivo, las posibles incomodidades y riesgos concomitantes con la recolección o la ausencia de los mismos.

Una buena información depende de una buena comunicación. *“La buena comunicación es esencial para la valoración y el tratamiento del paciente. Las relaciones entre paciente y médico se basan en la comunicación que debe efectuarse de una manera abierta, honesta y cuidadosa, de modo que sea posible comprender de manera precisa la situación del paciente y sus problemas e identificar las soluciones que serán eficaces. La buena comunicación requiere paciencia, dedicación y práctica”*.

El sujeto antes de consentir, deberá estar suficientemente informado sobre el objeto del estudio, por ejemplo, si se va a detectar la presencia, ausencia o modificación de un gen y las posibles consecuencias de los resultados, ventajas y riesgos²⁷. Muchas veces esta informa-

²⁶ Berek, Jonathan S. Hillard, Paula A. Adashi, Eli Y. Ginecología de Novak 12 edición McGraw-Hill Interamericana. 1997 PG.3

²⁷ Sentencia T 555-95 Corte Constitucional con ponencia del Magistrado Alejandro Martínez Caballero. sobre el consentimiento informado del paciente.
Dada la distancia científica que generalmente existe entre el médico y el enfermo lo mínimo que se le puede exigir a aquel es que anticipadamente informe al paciente sobre los riesgos que

ción debe estar precedida de un asesoramiento genético destinado a explicar las posibles consecuencias de los resultados de la prueba o del cribado genético, con la debida ayuda para asumir esas consecuencias a largo plazo. Este asesoramiento, no solamente debe hacer parte del consentimiento informado sino que debe continuar después de la prueba.

Dentro de la información que se brinda deben establecerse los criterios que permiten determinar los eventuales beneficios y riesgos de la prueba genética como son: la validez analítica, la especificidad, su valor de certeza y su confiabilidad.

El médico debe explicar al paciente que resultados con valor de certeza se pueden obtener con la prueba propuesta, por ejemplo si es posible detectar una mutación, con que grado de certeza se detecta, así como la eventualidad de que la mutación no exista, y la validez y credibilidad del resultado de la prueba, partiendo de conceptos aplicables a todo examen paraclínico como son los de sensibilidad, exactitud y precisión, explicándose los márgenes de error y las posibilidades de obtener el resultado buscado.

Dentro del tema de la Bioética aplicada a las pruebas genéticas, es importante destacar la preocupación que genera el hecho de pruebas predictivas positivas, para enfermedades genéticas, para las cuales no existe curación conocida²⁸. Esta posibilidad debe advertírsele al paciente con el fin de que el paciente exprese su deseo de conocer el resultado de una

corre con la operación o tratamiento o las secuelas que quedarían, con la debida prudencia, sin minimizar los resultados pero sin alarmar al enfermo en tal forma que desalentaría el tratamiento; es un equilibrio entre la discreción y la información que solo debe apuntar a la respuesta inteligente de quien busca mejorar la salud, superar una enfermedad o mitigar el dolor. Antonio V. Gambado pone de relieve en relación con el consentimiento que tanto el ordenamiento francés como el ordenamiento americano reconocen la exigencia de que los actos médicos sólo se lleven a cabo en relación con el cuerpo del paciente después de que haya sido informado de las finalidades e ilustrado sobre las ventajas y riesgos de la terapia y en fin exista el consentimiento expreso. Incluso la terminología con que esta exigencia expresada es análoga, se habla de "informed consent" en USA. y de *concentement éclairé* en Francia. También las excepciones a la regla del consentimiento del paciente son tan obvias que resultan similares, aparece así mismo homólogo el punto de partida de la problemática del consenso cuya base se encuentra, tanto en Francia como en Estados Unidos, con la antigua idea jurídica y civil de que todo individuo es titular de un derecho exclusivo sobre el propio cuerpo, por lo que cualquier manipulación del mismo sin consentimiento del titular del derecho constituye una de las más típicas y primordiales formas de lo ilícito "Derecho a la salud y Constitución Española: Problemática del consentimiento y derecho de rechazo al tratamiento en el ordenamiento jurídico sanitario. ANTONIO PEDREIRA ANDRADE. Conferencia". Esta se ha llamado el **consentimiento informado**; no es otra cosa que la tensión constante hacia el porvenir que le permite al hombre escoger entre diversas opciones. Es la existencia como la libertad: tomar en sus manos su propio devenir existencial.

²⁸ Penchaszadeh, Víctor B. Conferencia Pronunciada en la XLV Reunión Anual de la Sociedad Argentina de Investigación Clínica, Mar del Plata, Argentina, 22-25 de Noviembre, 2000. Desde el punto de vista de la ética del uso de pruebas genéticas predictivas en la práctica médica, existe consenso en que son los pacientes mismos los que deben decidir voluntariamente si

prueba, cuando ésta podría determinar la existencia de una enfermedad incurable hasta el momento y que además no puede prevenirse. La reflexión sobre la utilidad de conocer la existencia de un problema genético que determina una enfermedad no curable, es bien discutible. Debe hacer parte del análisis el impacto del conocimiento sobre una eventual enfermedad, incurable, de origen genético y las consecuencias de este conocimiento para la paz y el sosiego espiritual del paciente. Sin embargo, ante la relatividad de los conceptos, existe la posibilidad de que aparezca un método preventivo o curativo y el conocimiento anticipado tornarse de gran utilidad²⁹. *“La validez y la utilidad de las pruebas genéticas, tanto a nivel clínico como de laboratorio, son factores de importancia al sopesar los riesgos y ventajas que presentan dichas pruebas, y también al considerar los procedimientos que aseguren su uso apropiado”*³⁰.

Por otra parte, debe informarse al paciente sobre las posibilidades del impacto ambiental, hábitos, estado nutricional y sobre los demás elementos que eventualmente podrían influir sobre las condiciones genéticas frente a las posibilidades del desarrollo de enfermedades futuras³¹.

desean realizarse un análisis genético de cualquier tipo. Para que la autonomía de decisión sea efectiva, el paciente debe ser informado y asesorado en forma objetiva de todas las implicancias, beneficios y perjuicios potenciales que pueden darse como consecuencia de un análisis genético. Uno de los mayores obstáculos a la aplicación de pruebas genéticas predictivas es que para la mayoría de ellas, aún se desconoce su real poder predictivo. Este conocimiento se logrará a mediano y largo plazo, en la medida que se realicen estudios poblacionales longitudinales. Entretanto, no debieran promoverse las pruebas genéticas predictivas para enfermedades exentas de métodos de prevención o tratamiento eficaces. En cambio, sí debieran estar disponibles para aquellos adultos que las soliciten voluntariamente, siempre y cuando la persona esté mentalmente estable, se le provea de información sobre las limitaciones de la prueba, reciba asesoramiento genético y apoyo psicológico, existan garantías de confidencialidad y el paciente esté en condiciones de absorber la información y usarla en su beneficio. En el caso de menores de edad, existe consenso de que las pruebas genéticas predictivas para enfermedades de comienzo tardío no tienen cabida, excepto cuando la información genética en un niño es necesaria para instaurar un método de prevención o tratamiento de eficacia comprobada. En conclusión, las pruebas genéticas de ADN tienen una aplicación indiscutible en el diagnóstico de centenares de enfermedades debidas a genes determinísticos, incluyendo el diagnóstico prenatal. En cambio son escasas aún las aplicaciones para la predicción de enfermedades por genes determinísticos o predisponentes dado que la mayoría de estas dolencias no tienen aún métodos de prevención o tratamiento de eficacia comprobada y que dependan del conocimiento genómico. Es posible que en el futuro esta situación cambie con el avance del conocimiento del papel de los genes y los factores ambientales en el desarrollo de enfermedades complejas.

³⁰ Comité Asesor del Secretario sobre Pruebas Genéticas (SACGT) Consulta pública sobre Supervisión de Pruebas Genéticas. National Institutes of Health. Enero 31 de 2000.

³¹ Penchaszadeh, Víctor B. Conferencia Pronunciada en la XLV Reunión Anual de la Sociedad Argentina de Investigación Clínica, Mar del Plata, Argentina, 22-25 de Noviembre, 2000. En el caso de mutaciones asociadas al desarrollo de ciertas enfermedades multifactoriales, la situación es más compleja, pues no se trata de genes determinísticos sino que solamente son predisponentes. En última instancia, la aparición de la enfermedad en personas «predispuestas» genéticamente

3.6.2 La Comprensión

La Comprensión dependerá del grado de información y de la capacidad cognitiva del que consiente, por lo tanto la explicación debe ser sencilla, acorde con los conocimientos del informado y el médico debe cerciorarse del entendimiento por parte del paciente de las explicaciones dadas, por lo tanto debe otorgar la oportunidad para que su interlocutor verifique las preguntas que considere necesaria y exprese sus dudas e inquietudes, hecho que se facilita dentro de un clima de confianza y entendimiento³². El médico debe estar preparado para responder todas las preguntas que su interlocutor quiera hacerle, sin restricción alguna y solo procederá en el convencimiento de que sus explicaciones han sido entendidas por su paciente.

va a depender probablemente mas de factores ambientales que de la predisposición genética. Ejemplos de este tipo son las mutaciones de los genes BRAC1 y BRAC2 que aumentan el riesgo de cáncer de mama y ovario, y aquellas en genes de reparación del ADN que predisponen al cáncer de colon no poliposo. En la mayoría de los ejemplos conocidos la penetrancia de estas mutaciones es relativamente baja y su contribución al total de la frecuencia de la enfermedad es reducida. Además, en la mayoría de las enfermedades multifactoriales complejas mencionadas, los métodos de prevención y tratamiento no dependen todavía del conocimiento genómico. Mas allá de posiciones simplistas y reduccionistas, y de las exageraciones de los medios periodísticos, el análisis de genes predisponentes no tiene aún una utilidad clínica manifiesta en enfermedades comunes del adulto.

³² Sentencia T 555-95 Corte Constitucional con ponencia del Magistrado Alejandro Martínez Caballero, sobre el consentimiento informado del paciente. Dada la distancia científica que generalmente existe entre el médico y el enfermo lo mínimo que se le puede exigir a aquel es que anticipadamente informe al paciente sobre los riesgos que corre con la operación o tratamiento o las secuelas que quedarían, con la debida prudencia, sin minimizar los resultados pero sin alarmar al enfermo en tal forma que desalentaría el tratamiento; es un equilibrio entre la discreción y la información que solo debe apuntar a la respuesta inteligente de quien busca mejorar la salud, superar una enfermedad o mitigar el dolor. Antonio V. Gambado pone de relieve en relación con el consentimiento que tanto el ordenamiento francés como el ordenamiento americano reconocen la exigencia de que los actos médicos sólo se lleven a cabo en relación con el cuerpo del paciente después de que haya sido informado de las finalidades e ilustrado sobre las ventajas y riesgos de la terapia y, en fin exista el consentimiento expreso. Incluso la terminología con que esta exigencia expresada es análoga, se habla de "informed consent" en USA. y de *concentement éclairé* " en Francia. También las excepciones a la regla del consentimiento del paciente son tan obvias que resultan similares, aparece así mismo homólogo el punto de partida de la problemática del consenso cuya base se encuentra, tanto en Francia como en Estados Unidos, con la antigua idea jurídica y civil de que todo individuo es titular de un derecho exclusivo sobre el propio cuerpo, por lo que cualquier manipulación del mismo sin consentimiento del titular del derecho constituye una de las más típicas y primordiales formas de lo ilícito "Derecho a la salud y Constitución Española: Problemática del consentimiento y derecho de rechazo al tratamiento en el ordenamiento jurídico sanitario. ANTONIO PEDREIRA ANDRADE. Conferencia". Esta se ha llamado el **consentimiento informado**; no es otra cosa que la tensión constante hacia el porvenir que le permite al hombre escoger entre diversas opciones. Es la existencia como la libertad: tomar en sus manos su propio devenir existencial.

3.6.3 El consentimiento como una expresión de la voluntad

El consentimiento debe ser voluntario, específico para los propósitos para los cuales se otorga, lo cual implica que no existan presiones ni coacciones de naturaleza alguna para obtenerlo. De ahí que esté proscrita de la práctica médica, el pago de cualquier suma de dinero o de cualquier prebenda que pueda afectar la voluntariedad de la persona, así como cualquier información indebida que induce en el error con el fin de obtener el consentimiento.

Los vicios del consentimiento afectan el libre albedrío y por lo tanto la voluntariedad del acto de consentir.

De acuerdo con los principios generales del derecho, son vicios del consentimiento, el dolo, el error y la fuerza. El dolo es la intención de causar daño, o de provocar una falsa percepción del objeto del consentimiento. Frente al tema que nos ocupa, habrá dolo ante la intención de obtener consentimiento valiéndose de engaños o mentiras, u ocultando parte de la información con el propósito de inducir al error. Para que pueda hablarse del dolo como vicio del consentimiento se requiere que el consentimiento recaiga sobre objeto diferente para el que se otorgó, atendiendo a la naturaleza del hecho o a sus consecuencias y que el consentimiento no se hubiese otorgado en caso de no mediar el error. Habrá fuerza ante cualquier acto que produzca temor en una persona teniendo en cuenta su edad, sexo y condiciones personales que le obligan a consentir³³. La fuerza puede ser física o moral siendo esta última, amenaza suficiente para actuar en contra de la voluntad del que consiente.

Otra cuestión que debe ser tomada en cuenta frente al consentimiento y la voluntariedad, es el tema del consentimiento dado por personas colocadas en circunstancias de subordinación o dependencia, como es el caso de los prisioneros, de los trabajadores al servicio de una institución de los estudiantes frente a sus directores y maestros, cuyo consentimiento se puede ver afectado, precisamente por la circunstancia de subordinación o dependencia, hecho que indudablemente vicia el consentimiento.

³³ **Sentencia SU-337/99 Corte Constitucional. Consentimiento informado del paciente- Características.**

No cualquier autorización del paciente es suficiente para legitimar una intervención médica: es necesario que el consentimiento del paciente reúna ciertas características, y en especial que sea libre e informado. Esto significa, en primer término, que la persona debe tomar su determinación sin coacciones ni engaños. Por ello, en segundo término, la decisión debe ser informada, esto es, debe fundarse en un conocimiento adecuado y suficiente de todos los datos que sean relevantes para que el enfermo pueda comprender los riesgos y beneficios de la intervención terapéutica, y valorar las posibilidades de las más importantes alternativas de curación, las cuales deben incluir la ausencia de cualquier tipo de tratamiento. Finalmente, el paciente que toma la decisión debe ser lo suficientemente autónomo para decidir si acepta o no el tratamiento específico, esto es, debe tratarse de una persona que en la situación concreta goce de las aptitudes mentales y emocionales para tomar una decisión que pueda ser considerada una expresión auténtica de su identidad personal.

3.6.4 La capacidad

La Capacidad hace referencia a la habilidad del paciente para entender la información relevante para su decisión de someterse o no a un tratamiento y para apreciar en forma razonable las consecuencias de su decisión.

La capacidad es susceptible de cambiar con el tiempo, una persona puede ser temporalmente incapaz a causa de una enfermedad y recobrar su capacidad³⁴.

El respeto al principio de autonomía exige que se acaten las decisiones de las personas capaces sobre su destino. El principio de beneficencia exige que las personas incapaces sean protegidas de tomar decisiones que les harían daño o que no se tomarían sino mediara la incapacidad.

El médico debe evaluar la capacidad del paciente para entender la información relevante y evaluar la habilidad para apreciar las consecuencias de su decisión. La evaluación de la capacidad atendiendo a las circunstancias clínicas del paciente y a las razones que acompañan su decisión, en las que puede estar involucrada, la ignorancia, la depresión, reacciones a medicamentos, falta de medios económicos, creencias y valores, sentimientos de culpa así como factores que impiden una debida comunicación entre médico y paciente. El médico debe tomar todas las medidas necesarias para conciliar la autonomía del paciente con el principio de beneficencia.

La capacidad en materia medica trasciende los lineamientos dados por la legislación civil, en los artículos 1502 y 1504 del código civil colombiano³⁵, por cuanto existen personas que sin ser dementes, impúberes o sordomudos que no pueden darse a entender por escrito, pueden tener alterada su capacidad cognoscitiva y por lo tanto su habilidad para entender la información pertinente y apreciar las implicaciones de su decisión.

³⁴ *Canadian Medical Association Journal* 1996; 155: 657-661 Bioethics for clinicians: 3. Capacity Edward Etchells, MD, MSc, FRCPC; Gilbert Sharpe, BA, LLB, LLM; Carl Elliott, MD, PhD; Peter A. Singer, MD, MPH, FRCPC .

³⁵ Art. 1502 del Código Civil Colombiano. —Para que una persona se obligue a otra por un acto o declaración de voluntad, es necesario: 1. que sea legalmente capaz; 2. que consienta en dicho acto o declaración y su consentimiento no adolezca de vicio; 3. que recaiga sobre un objeto lícito; 4. que tenga una causa lícita.

La capacidad legal de una persona consiste en poderse obligar por sí misma, y sin el ministerio o la autorización de otra.

Art. 1504.-Código Civil Colombiano. Son absolutamente incapaces los dementes, los impúberes y sordomudos, que no pueden darse a entender por escrito.

Sus actos no producen ni aún obligaciones naturales, y no admiten caución.

Por otra parte los menores púberes que la ley mira como relativamente incapaces, en algún momento, dado el grado de su madurez emocional pueden tener la capacidad suficiente para tomar decisiones responsables frente a su salud. De ahí la importancia de valoración del efecto de las informaciones que se dan y de las razones que da el paciente para tomar su decisión con el fin de determinar si son compatibles con un buen razonamiento y un estado de aceptable madurez mental³⁶.

Los menores mayores de 13 años y menores de 18 años son usualmente capaces de entender y consentir validamente un procedimiento. Un menor puede dar consentimiento cuando es capaz de entender la información acerca de la prueba genética, su objeto, riesgos y consecuencias, no obstante lo cual su consentimiento debe ser complementado por el de sus padres o guardadores³⁷.

³⁶ Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, Junio 1964. Artículos 20- 23. Artículo 20. Para tomar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados.

Artículo 21. Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.

Artículo 22. En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico debe obtener entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede obtener por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente.

Artículo 23. Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En un caso así, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico bien informado que no participe en la investigación y que nada tenga que ver con aquella relación.

³⁷ En casos determinados, es legítimo que los padres y el Estado puedan tomar ciertas medidas en favor de los menores, incluso contra la voluntad aparente de estos últimos, puesto que se considera que éstos aún no han adquirido la suficiente independencia de criterio para diseñar autónomamente su propio plan de vida y tener plena conciencia de sus intereses. Esto es lo que justifica instituciones como la patria potestad o la educación primaria obligatoria, pues si los menores no tienen capacidad jurídica para consentir, otros deben y pueden hacerlo en su nombre y para proteger sus intereses. Por ello, en principio los padres pueden tomar ciertas decisiones en relación con el tratamiento médico de sus hijos, incluso, a veces, contra la voluntad aparente de éstos. Sin embargo, ello no quiere decir que los padres puedan tomar, a nombre de su hijo, cualquier decisión médica relativa al menor, por cuanto el niño no es propiedad de sus padres sino que él ya es una libertad y una autonomía en desarrollo, que tiene entonces protección constitucional. Como dice Carlos Nino, «la autonomía de los padres no es la de los hijos», por lo cual la patria potestad

Tratándose de pruebas genéticas sobre personas incapaces, el consentimiento informado debe ser obtenido de su guardián, tutor o curador, conforme a la ley, pero en estos casos la prueba solo debe ser realizada ante el convencimiento, de que puede existir un beneficio real para el incapaz, derivado de la realización de la prueba.

“Cuando, de conformidad con el derecho interno, una persona no esté en condiciones de otorgar su consentimiento informado, debería obtenerse autorización de su representante legal, de conformidad con la legislación interna. El representante legal debería tomar en consideración el interés superior de la persona en cuestión. c) El adulto que no esté en condiciones de dar su consentimiento debería participar, en la medida de lo posible, en el procedimiento de autorización. La opinión del menor debería ser tenida en cuenta como

«debe estar dirigida a la *formación* en el grado máximo posible de la autonomía de los menores, pero no a que esa autonomía sea *ejercida* de una u otra manera». ¿Cuáles son entonces los límites de decisión de los padres en relación con los tratamientos médicos de sus hijos menores de edad? La Corte considera que precisamente estos límites derivan de una adecuada ponderación, frente al caso concreto, de los principios en conflicto, esto es, entre el principio de la autonomía, según el cual el paciente debe consentir al tratamiento para que éste sea constitucionalmente legítimo, y el principio paternalista, según el cual el Estado y los padres deben proteger los intereses del menor. Y para ello es necesario tomar en consideración múltiples factores, por lo cual es muy difícil, como esta Corte ya lo había indicado, establecer reglas generales simples y de fácil aplicación para todos los casos médicos. Con todo, la Corte considera que hay tres elementos centrales a ser considerados en situaciones de esta naturaleza, y que son: - de un lado, la urgencia e importancia misma del tratamiento para los intereses del menor.- De otro lado, la intensidad del impacto del tratamiento sobre la autonomía actual y futura del niño. Así la doctrina ha establecido una distinción, que esta Corporación ha aceptado, entre intervenciones médicas ordinarias, que no afectan el curso cotidiano de la vida del paciente, e intervenciones extraordinarias, que se caracterizan porque es «notorio el carácter invasivo y agobiante del tratamiento médico en el ámbito de la autonomía personal», de suerte que se afecta «de manera sustancial el principio de autodeterminación personal». Esto incluye obviamente una ponderación de los posibles efectos irreversibles de ciertas intervenciones médicas, por cuanto los tratamientos que tienen tal carácter predeterminan, en muchos aspectos, la vida futura del menor.- Y, finalmente, la edad misma del menor, puesto que no es igual la situación de un recién nacido y la de un adolescente que está a punto de llegar a la mayoría de edad. En ese orden de ideas, un análisis combinado de esos criterios, nos permite identificar casos extremos. Así, hay tratamientos ordinarios, esto es de poco impacto para la autonomía del niño, y de evidentes beneficios médicos para el mismo. En estos eventos, es claro que los padres pueden decidir por el hijo. Así, ninguna objeción constitucional se podría hacer al padre que fuerza a un niño de pocos años a ser vacunado contra una grave enfermedad. En efecto, a pesar de la incomodidad relativa que le puede ocasionar al infante la vacuna, los beneficios de la misma para sus propios intereses son evidentes. Por ello es razonable concluir que no se vulnera la autonomía del niño, a pesar de que éste se oponga de momento a la vacuna, por cuanto es lícito suponer que en el futuro, al llegar a la edad adulta, el hijo reconocerá la corrección de la intervención paternal. Se respeta entonces la autonomía con base «en lo que podría denominarse consentimiento orientado hacia el futuro (un consentimiento sobre aquello que los hijos verán con beneplácito, no sobre aquello que ven en la actualidad con beneplácito) Corte Constitucional Sentencia T 477 de 1995 Magistrado Ponente: Alejandro Martínez Caballero.

factor cuyo carácter determinante aumenta en proporción a la edad y al grado de madurez. d) En el terreno del diagnóstico y la asistencia sanitaria, sólo será éticamente aceptable, por regla general, practicar pruebas o cribados genéticos a los menores de edad o los adultos incapacitados para dar su consentimiento cuando de ahí se sigan consecuencias importantes para la salud de la persona y cuando ello responda a su interés superior”³⁸.

Habrán casos en los cuales el pronóstico de una enfermedad hace prever la pérdida de la capacidad para consentir, tales como pueden ser las manifestaciones tempranas de la enfermedad de Alzheimer, ante estos casos las personas pueden otorgar su consentimiento anticipado así como también designar a una persona para que exprese sus deseos en el futuro.

3.6.5 La expresión del consentimiento

El consentimiento precedido de las informaciones y del acto de consentir debe hacerse constar en un documento. En nuestro medio la obligación de hacer constar por escrito la advertencia de los riesgos y el consentimiento informado es una exigencia legal. Artículo 12 del decreto 3380 de 1981, “*El médico dejará constancia en la historia clínica del hecho de la advertencia del riesgo previsto o de la imposibilidad de hacerla*”. La elaboración de un documento escrito en el que conste el consentimiento para la prueba es de gran importancia dada la problemática ya descrita que acompaña las pruebas genéticas y sus eventuales consecuencias.

A modo de sugerencia los elementos que deben hacer parte de este documento serían:

- Identificación de la Entidad hospitalaria o del laboratorio que practica la prueba.
- Identificación del paciente.
- Constancia de la capacidad del paciente y de la voluntariedad del acto de consentir.
- Información sobre la naturaleza, métodos y riesgos concomitantes con la obtención de las muestras.
- Expresión del consentimiento para recolectar, tratar, utilizar y conservar los datos genéticos humanos y los datos proteómicos humanos, consignando en forma expresa la técnica que se va a utilizar, los propósitos de la prueba, si el paciente desea conocer los resultados de la misma³⁹, si estos resultados pueden ser compartidos por la familia

³⁸ Declaración internacional sobre los datos genéticos humanos Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura Publicado en diariomedico.com el 16 de octubre de 2003. Artículo 8.

³⁹ Declaración de la UNESCO sobre datos genéticos. Artículo 10: Derecho a decidir ser o no informado de los resultados de la investigación Cuando se recolecten datos genéticos humanos, datos proteómicos humanos o muestras biológicas con fines de investigación médica y científica, en la

cuando de ellos se derivan consecuencias familiares y en que circunstancias, si los datos y las muestras deben ser destruidos o si se van a conservar, en caso afirmativo, por cuanto tiempo, cual es el destino de los mismos y los grados de confidencialidad y privacidad.

- Tratándose de investigaciones, el consentimiento deberá contener además de todos los requisitos previstos por la legislación para la investigación en humanos los siguientes:
 1. Que sea dado al participante información, adecuada a su nivel de comprensión, acerca del propósito, métodos, riesgos, inconvenientes, imprevistos, almacenamientos y la publicación de los resultados de la investigación.
 2. El consentimiento debe ser otorgado voluntariamente, el individuo debe estar adecuadamente informado y debe tener capacidad para entender, otorgar y comunicar su consentimiento.
 3. La duración del almacenamiento de los datos debiéndose expresar si el material genético será destruido después de la investigación si se puede disponer del mismo para futuras investigaciones.
 4. Si las muestras médicas deberán permanecer inidentificables o si ofrecen la posibilidad de ser identificado.
 5. Cual va a ser el uso que se dará a la información genética.
 6. Si se requiere consentimiento adicional para utilizar las muestras en investigaciones futuras.
 7. La forma como se va a proteger la privacidad del paciente.
 8. Como se van a indemnizar los eventuales daños que puedan ocasionarse al paciente.
 9. De más previsiones hechas para el consentimiento en general.

3.6.6 La revocatoria del consentimiento.

Artículo 6 de la declaración de la UNESCO: "Debería indicarse que la persona interesada puede revocar su consentimiento sin sufrir presiones sin que ello deba suponerle ningún tipo de perjuicio o sanción"⁴⁰.

Y mas adelante en su artículo décimo la declaración de la UNESCO nos dice:

información suministrada en el momento del consentimiento debería indicarse que la persona en cuestión tiene derecho a decidir ser o no informada de los resultados de la investigación. Esta disposición no se aplicará a investigaciones sobre datos irreversiblemente disociados de personas identificables ni a datos que no permitan sacar conclusiones particulares sobre las personas que hayan participado en tales investigaciones. En su caso, los familiares identificados que pudieran verse afectados por los resultados deberían gozar también del derecho a no ser informados.

⁴⁰ Literal d Art. 6 declaración de la UNESCO.

“b) Cuando alguien revoque su consentimiento, deberían dejar de utilizarse sus datos genéticos, datos proteómicos y muestras biológicas a menos que estén irreversiblemente disociados de la persona en cuestión. c) Los datos y las muestras biológicas que no estén irreversiblemente disociados deberían tratarse conforme a los deseos del interesado. Cuando no sea posible determinar los deseos de la persona, o cuando éstos no resulten factibles o seguros, los datos y las muestras biológicas deberían ser irreversiblemente disociados o bien destruidos”⁴¹.

3.7 La privacidad de la información genética

La confidencialidad tiene sus raíces en la práctica humana de compartir y guardar secretos. Algunas personas ocultan sus hechos, pensamientos, sentimientos y conductas ante el miedo de sentirse avergonzados, explotados, estigmatizados o ser objeto de discriminación. La confidencialidad es un concepto cercano al de privacidad y vecino a la idea de comunicación privilegiada.

La privacidad es un concepto referido a la protección, preservación y control de la información. Usualmente se habla del derecho a la privacidad y del acceso limitado. La confidencialidad concierne a la limitación en la comunicación de información privada y personal a terceros esperándose que el receptor de una información no la revele a terceras personas. El principio de la privacidad es un prerrequisito para que el paciente le revele a su médico sus comportamientos, sentimientos y temores así sean los más íntimos, en búsqueda de la recuperación de la salud. El paciente no haría estas revelaciones sino supiera de antemano que puede confiar en su médico y que el médico está obligado a guardar lo que se ha denominado el secreto profesional. La confidencialidad nace, no solamente de la clase de información que se revele, sino también de la ética del médico que conserva en secreto lo revelado por su paciente, así como de la protección legal dada a la obligación de confidencialidad.

El derecho a la intimidad, se encuentra consagrado en la Constitución Política de nuestro País⁴² *“proteger la vida privada del individuo y de su familia. Corresponde a la aspiración del individuo de conservar su existencia con el mínimo de injerencia de los demás, libre de perturbaciones tales como la publicidad y la intromisión arbitraria del*

⁴¹ Artículo 10 *ibidem*.

⁴² Art. 15 C. N. *“Todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre, y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar. De igual modo, tienen derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bancos de datos y en archivos de entidades públicas y privadas. En la recolección, tratamiento y circulación de datos se respetarán la libertad y demás garantías consagradas en la Constitución...”*

Estado, para así lograr la tranquilidad de su espíritu y la paz interior. Comprende tanto el secreto o respeto de la vida privada, como la facultad de defenderse de la divulgación de hechos privados. Este derecho también hace referencia al ámbito personal, donde cada uno, resguardado del mundo exterior, encontraría las posibilidades de desarrollo de su personalidad⁴³.

Los valores de privacidad, confidencialidad y comunicación privilegiada están atados a los conceptos de los derechos personales y de la autodeterminación, temas que han venido cobrando gran interés ante las posibilidades que ofrecen las bases de datos de coleccionar, guardar y transmitir información del resorte privado de los individuos.

En nuestro medio la Ley 23 de 1981 consagra el secreto profesional en sus artículos 37 y 38 que a su letra disponen:

Art. 37. Entiéndase por secreto profesional médico aquello que no es ético o lícito revelar sin justa causa. El médico está obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por razón del ejercicio de su profesión haya visto, oído o comprendido, salvo en los casos contemplados por disposiciones legales.

Art. 38. Teniendo en cuenta los consejos que dicte la prudencia, la revelación del secreto profesional se podrá hacer:

- a. Al enfermo, en aquello que estrictamente le concierne y convenga;
- b. A los familiares del enfermo, si la revelación es útil al tratamiento;
- c. A los responsables del paciente, cuando se trate de menores de edad o de personas mentalmente incapaces;
- d. A las autoridades judiciales o de higiene y salud, en los casos previstos por la Ley;
- e. A los interesados, cuando por defectos físicos irremediables o enfermedades graves infectocontagiosas o hereditarias, se ponga en peligro la vida del cónyuge o de su descendencia.

Encontramos este artículo de especial interés cuando se trate de dilucidar el tema del quebrantamiento de la confidencialidad frente a la familia del portador de una enfermedad de origen genético. Es al médico a quien corresponde determinar si la revelación debe hacerse, basándose en el análisis de si la revelación es útil, si se pueden evitar daños a la familia o a las futuras generaciones. En todo caso la revelación deberá hacerse con total respeto al principio de prudencia, buscando en todo caso la protección de la salud.

⁴³

Manrique Reyes, Alfredo. La Constitución de la Nueva Colombia, Cerec, segunda edición, 1991, Pág. 20.

3.8 Ninguna discriminación podrá fundamentarse en los resultados de las pruebas genéticas

Una de las preocupaciones serias que surgen de las posibilidades que brinda la información genética es la referida a la discriminación de que podrían ser objeto las personas con base en los resultados de sus pruebas genéticas.

Debe existir en Colombia una legislación que prohíba cualquier tipo de discriminación fundamentada en las pruebas genéticas. Empleadores, empresas prestadoras de servicios de salud, y compañías aseguradoras, deberán estar impedidas para usar la información genética para limitar la contratación o efectuar el despido de personas atendiendo a la predisposición genética para desarrollar enfermedades. Ninguna limitación en materia de cobertura en salud, como las llamadas preexistencias que a tantas personas afecta, frente al disfrute de los servicios de salud, podrá derivarse de una prueba genética. Ninguna compañía de seguros podrá estar autorizada para negar, limitar o establecer sobrecostos al cubrimiento del asegurado con base en su información genética. Permitir cualquier tipo de discriminación es una grave afrenta a los derechos humanos y a la dignidad del hombre. La información genética únicamente deberá ser utilizada, por los empleadores con el consentimiento del empleado y del asegurado, para proveer a esta persona de condiciones de seguridad y para prevenir riesgos que la enfermedad represente frente al trabajo que desarrolle la persona. En cuanto a las empresas encargadas de la cobertura en salud, el conocimiento autorizado de los resultados de las pruebas genéticas deberá redundar en un mejoramiento de la prestación de los servicios de salud acorde con las especiales condiciones genéticas de su asegurado.

3.9 Ausencia de legislación en Colombia que regule el tema de los datos genéticos

En Colombia no existe protección legal que regule tema tan delicado como el que nos ha ocupado. La prohibición de tomar una muestra genética sin el consentimiento de una persona o la violación de la confidencialidad o de la privacidad o el uso de las muestras para propósitos discriminatorios, debería ser un hecho punible. No cabe duda que el Derecho debe regular estos temas con el fin de reglamentar el uso, la difusión y evitar el abuso de los datos genéticos con el fin de garantizar los derechos humanos y evitar la discriminación de los individuos por sus componentes genéticos.

Los datos genéticos deberán gozar de protección legal. El acceso y uso de los mismos no podrá hacerse sin la autorización de la persona y su manejo y conservación deberá hacerse dentro de estrictas medidas de seguridad que garanticen su confidencialidad y aun su destrucción ante la voluntad de su titular, respetando la autonomía y la dignidad humana.

4. COMENTARIOS A IMPORTANTES PRONUNCIAMIENTOS, TRATADOS Y CONVENIOS

Resulta de especial utilidad el estudio de las diferentes declaraciones, tratados y convenios que han hecho los países del mundo, sobre el tema de la Investigación en Humanos y de la biotecnología aplicada, frente a los imperativos del respeto a los derechos humanos y a la dignidad del hombre.

4.1 La declaración de los derechos humanos

En 1946, el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas estableció la comisión de derechos humanos, bajo la presidencia de la señora Eleanor Roosevelt, viuda del presidente estadounidense Franklin D. Roosevelt, comisión que elaboró la declaración Universal de Derechos Humanos, como respuesta a los horrores y a la violación sistemática de los derechos humanos durante la segunda guerra mundial. El documento fue aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas, celebrada en París en el Palais de Chaillot el 10 de diciembre de 1948, reconoce, como lo dice su preámbulo, la dignidad intrínseca y los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana; con el fin de garantizar la libertad de expresión y de creencias. Rechaza todos los actos de barbarie causados por el desconocimiento y el menosprecio de los derechos humanos los que considera ultrajantes para la conciencia de la humanidad. Contempla como la aspiración más elevada del hombre, el advenimiento de un mundo en que los seres humanos, liberados del temor y de la miseria, disfruten de la libertad de palabra y de la libertad de creencias; considera esencial que "los derechos humanos sean protegidos por un régimen de Derecho, a fin de que el hombre no se vea compelido al supremo recurso de la rebelión contra la tiranía y la opresión"⁴⁴.

Se destaca el artículo primero de la declaración que a su letra dice:

*"...Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros..."*⁴⁵.

4.2 El Código de Nuremberg

El Código de Nuremberg nace en agosto 19 de 1947, dentro del proceso USA contra Karl Brandt y otros criminales, uno de los tantos juicios originados en las atrocidades

⁴⁴ Texto Declaración de los derechos humanos. Preámbulo.

⁴⁵ *Ibidem*.

nazis, confrontándose por primera vez en la historia de la humanidad la responsabilidad de la experimentación médica en seres humanos.

En estos juicios de Nuremberg, se analizó el terrible papel que jugaron algunos médicos y científicos del Tercer Reich en la experimentación y en la vejación de seres humanos que fueron definidos como subhumanos y que fueron objeto de los más inhumanos experimentos médicos. Académicos y científicos como Paul Rostock y Gerhard Rose, Hermann Stieve, Karl Schneider, (del departamento de Psiquiatría de la Universidad de Heidelberg) y el mal recordado Joseph Mengüele (en el campo de Auschwitz) participaron en procedimientos de esterilización masiva, programas eugenésicos, estudio de las víctimas antes de su muerte y la disección de sus cerebros después; pruebas del efecto del estrés mental en el ciclo menstrual, siendo el estrés la noticia de la ejecución de la mujer; para no recordar más hechos que nos hacen sentir vergüenza de lo que un ser humano es capaz de hacerle a otro ser humano.

En estos procesos que juzgaron estos crímenes contra la humanidad, se produce este veredicto de agosto 19 de 1947, que contiene diez puntos de lo que se estableció por ese entonces como lo permisible en la experimentación médica. Son principios morales básicos en la práctica de toda investigación, que abarcan con plena vigencia lo mínimo a lo que se puede aspirar.

El consentimiento voluntario del sujeto, es absolutamente esencial. Esto quiere decir que la persona objeto de investigación debe tener capacidad legal para dar su consentimiento; y la oportunidad para ejercer su libertad de escoger, sin la intervención de cualquier otro elemento de fuerza, fraude, engaño, coacción o algún otro factor posterior para obligar y debe tener el suficiente conocimiento y comprensión de los elementos que le permiten tomar una decisión correcta. Este último elemento requiere que antes de aceptar una decisión afirmativa del sujeto sometible al experimento, debe explicársele la naturaleza, duración y propósito del mismo, el método y las formas mediante las cuales se conducirá, todos los inconvenientes y riesgos que pueden presentarse, y los efectos sobre la salud o persona que pueden derivarse posiblemente de su participación en el experimento.

“El deber y la responsabilidad para determinar la calidad del consentimiento recaen sobre el individuo que inicia, dirige, o toma parte del experimento. Es un deber personal y una responsabilidad que no puede ser delegada a otra persona con impunidad.

El experimento debe realizarse con la finalidad de obtener resultados fructíferos para el bien de la sociedad, que no sean procurables mediante otros métodos o maneras de estudio, y no debe ser escogido al azar ni ser de naturaleza innecesaria.

El experimento debe ser diseñado y basado en los resultados obtenidos mediante la experimentación previa con animales y el pleno conocimiento de la historia natural de la

enfermedad u otro problema bajo estudio de modo que los resultados anticipados justifiquen la realización del experimento.

El experimento debe ser conducido de manera tal que evite todo sufrimiento y daño innecesario sea físico o mental.

Ningún experimento debe ser conducido donde hay una razón «a priori» para asumir que puede ocurrir la muerte o daño irreparable: menos, quizás, en aquellos experimentos donde los realizadores del mismo también sirvan como sujetos de experimentación.

El grado de riesgo tomado no debe exceder nunca el determinado por la importancia humanitaria del problema a ser resuelto por el experimento.

Se deben proveer las precauciones adecuadas y tener facilidades óptimas para proteger al sujeto envuelto de la más remota posibilidad de lesión, incapacidad o muerte.

El experimento debe ser conducido únicamente por personas científicamente calificadas. El grado más alto de técnica y cuidado deben ser requeridos durante todas las etapas del experimento, bien de quienes lo conducen así como de los que toman parte de éste.

Durante el curso del experimento el sujeto humano debe tener la libertad de poner fin a éste, si ha llegado al estado físico o mental donde la continuación del experimento le parece imposible.

Durante el curso del experimento el científico que lo realiza debe estar preparado para interrumpirlo en cualquier momento, si tiene razones para creer en el ejercicio de su buena fe, habilidad técnica y juicio cuidadoso- que la continuación del experimento puede resultar en lesión, incapacidad o muerte para el sujeto bajo experimentación⁴⁶.

4.3 La Declaración de Helsinki

En 1945, una conferencia informal de médicos reunida en Londres, acordó las bases para la creación de una confederación médica con representación de las más importante asociaciones médicas de cada país. Nace así en 1947, en la asamblea general celebrada en París, la Asociación Médica Mundial, cuya función es la de ser un escenario educativo y científico para la franca discusión de asuntos éticos, sociales y médicos. Sus recomendaciones son una voz autorizada dentro de la comunidad médica.

⁴⁶ Código de Nuremberg- Agosto 19 de 1947.

De los pronunciamientos de la Asamblea Médica Mundial, destacamos las recomendaciones para orientar a los médicos en la investigación biomédica con seres humanos, adoptadas por la 18ª Asamblea Médica Mundial de Helsinki, Finlandia, en junio de 1964, con sus enmiendas producidas por la 29ª Asamblea Médica Mundial Tokio, Japón en octubre de 1975, por la 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre de 1983 y por la 41ª Asamblea Médica Mundial de Hong Kong, en septiembre de 1989.

El progreso de la medicina se basa en la investigación, debiendo ser el propósito de la investigación médica con seres humanos, el mejoramiento de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos y la comprensión de la etiología y la patogénesis de la enfermedad. El respeto por el bienestar de los animales utilizados con fines de investigación, se impone así como la ponderación de los factores que puedan afectar al medio ambiente.

De acuerdo con estos documentos, toda investigación biomédica en seres humanos debe realizarse únicamente por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un profesional médico competente en los aspectos clínicos. Atenerse a principios científicos generalmente aceptados, debe ser precedida de un conocimiento profundo de la literatura científica pertinente, de experimentos de laboratorio y con animales y de protocolos experimentales que contengan además de la descripción científica de la investigación, una declaración de las consideraciones éticas que van aparejadas, con la indicación de que se cumplen los principios enunciados en la declaración.

Toda investigación deberá ser aprobada por comités independientes, de acuerdo con las leyes de cada país y así la persona sujeto de investigación exprese su consentimiento, la responsabilidad recae sobre el investigador quien debe asegurarse que la importancia del objetivo, guarde proporción con el riesgo inherente para la persona que toma parte en ella, para lo cual deberá hacer un balance entre los riesgos predecibles en comparación con los beneficios previsibles. Toda investigación se debe interrumpir si se determina que los peligros superan los posibles beneficios.

Muy importante esta sentencia que decide cualquier controversia o conflicto de interés entre ciencia e individuo *"La preocupación por el interés del individuo debe siempre prevalecer sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad."*

Reitera esta declaración el tema del consentimiento informado exigiendo que se dé información al participante sobre los objetivos, métodos, beneficios previstos y posibles peligros del estudio y las molestias que puede acarrear, así como sobre la libertad que tiene de abstenerse de participar en el estudio o de retirarse del mismo.

En el campo de la investigación biomédica debe reconocerse una distinción fundamental entre la investigación médica cuyo objetivo es esencialmente diagnóstico o terapéutico para el paciente, y la investigación médica cuyo objetivo esencial es puramente científico

y no representa un beneficio diagnóstico o terapéutico directo para la persona que participa en la investigación.

Contempla la posibilidad de la investigación en los incapaces legales mediante el consentimiento informado y el permiso otorgado por un pariente responsable. Tratándose de menores de edad en posibilidades de expresar su consentimiento debe obtenerse el consentimiento del menor y de su tutor legal.

Es deber del médico ser el protector de la vida y de la salud en la aplicación puramente científica de la investigación médica.

Todas las recomendaciones de la Asociación Médica Mundial, tienen una gran importancia para nuestro país. Por ley dejan de ser una simple guía de conducta para volverse un mandato, de conformidad con el artículo 54 de la ley 23 de 1981 que ordena al médico, atenerse a las disposiciones legales vigentes y a las recomendaciones de la Asociación Médica Mundial con relación a los siguientes temas:

- “Investigación biomédica en general”.
- “Investigación terapéutica en humanos; aplicación de nuevas tecnologías, tanto con fines de diagnóstico, tales como biopsias cerebrales, o bien con fines terapéuticos y psico - cirugía y experimentación en psiquiatría y psicología médica y utilización de placebos”⁴⁷.

4.4 El Informe Belmont

En Julio 12 de 1974, se creó la Comisión Nacional Norteamericana para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento.

Una de las tareas de esta Comisión fue identificar los principios éticos que deben regir la investigación en los sujetos humanos y desarrollar guías de conducta que deberán ser seguidas para asegurarse que toda investigación se desarrolle de acuerdo con estos principios.

La comisión en este informe, realizó consideraciones acerca de cuatro puntos importantes:

1. Los límites que separan la investigación biomédica y comportamental de la aceptada y rutinaria práctica de la medicina, así como el papel de la evaluación e información de los criterios de riesgo - beneficio en relación con la posibilidad de efectuar investigaciones en seres humanos.

⁴⁷ Ley 23 de 1981 Artículo 54.

2. Principios básicos para la protección de los sujetos humanos de las investigaciones.
3. Guías para una apropiada selección de los sujetos materia de investigación.
4. Naturaleza y definición del consentimiento informado.

En febrero de 1976, en el seno del "Smithsonian Institution's Belmont Conference Center", se aprobó el documento contentivo de los principios éticos básicos y las guías de conducta que deben acompañar la resolución de cualquier problemática ética concomitante con la investigación en humanos.

Distingue el informe de una parte la investigación biomédica y de conducta y de otra la aplicación de una terapia aceptada, con el fin de averiguar qué actividades deberían ser revisadas a fin de proteger a los sujetos de investigación.

Se habla de la práctica médica cuando se pretende frente a un paciente la obtención de un diagnóstico, un tratamiento preventivo o una terapia. Se habla de investigación cuando se desarrolla una actividad tendiente a comprobar una hipótesis, que permite sacar conclusiones que llevan a un conocimiento universal. Cuando la pregunta se refiere a la seguridad y eficacia de un tratamiento se trata de práctica e investigación conjunta.

Tres principios, éticos básicos son identificados en esta declaración.

- Los principios de respeto a las personas, de beneficencia y de justicia.
- Respeto a las personas. El grado de protección que se les ofrece debería depender del riesgo que corren de sufrir daño y de la probabilidad de obtener un beneficio.
- El respeto a las personas exige la voluntad de los participantes en la investigación previa la información adecuada⁴⁸.

4.5 Convenio Europeo sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina del 4 de abril de 1997

Este Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, fue promulgado por los Estados miembros del Consejo de Europa.

Establece la Primacía del ser humano sobre el interés exclusivo de la sociedad o de la ciencia, el acceso equitativo a los beneficios de la sanidad, el libre e informado consentimiento para cualquier intervención y la posibilidad de retirar libremente este consentimiento, la

⁴⁸ "El respeto a las personas incluye por lo menos dos convicciones éticas. La primera es que todos los individuos deben ser tratados como agentes autónomos, y la segunda, que todas las personas cuya autonomía esté disminuida tienen derecho a ser protegidas". INFORME BELMONT.

protección de las personas que carecen de capacidad para expresar su consentimiento, excusa el consentimiento en situaciones de urgencia y recuerda que deben tenerse en cuenta los deseos expresados anteriormente, con respecto a una intervención médica, cuando el paciente en el momento de la intervención no se encuentre en situación de expresar su voluntad.

Toda persona tendrá derecho a conocer toda la información obtenida respecto a su salud o a que se le respete la voluntad de no ser informada y a que se mantenga la privacidad de las informaciones relativas a su salud.

Se prohíbe toda forma de discriminación de una persona a causa de su patrimonio genético.

Las pruebas predictivas de enfermedades genéticas solo se harán con fines médicos o de investigación médica y con un asesoramiento genético apropiado.

Únicamente podrá efectuarse una intervención que tenga por objeto modificar el genoma humano por razones preventivas, diagnósticas o terapéuticas y sólo cuando no tenga por finalidad la introducción de una modificación en el genoma de la descendencia.

No se admitirá la utilización de técnicas de asistencia médica a la procreación para elegir el sexo de la persona que va a nacer, salvo en los casos en que sea preciso, para evitar una enfermedad hereditaria grave, vinculada a sexo.

La investigación científica en el ámbito de la biología y la medicina se efectuará libremente en consonancia con los principios expuestos.

Establece condiciones para la experimentación, siendo las mas importantes: la inexistencia de métodos alternativos al experimento con seres humanos de eficacia comparable, un balance de riesgos y beneficios y la aprobación previa por autoridad competente, previo estudio del objetivo, pertinencia científica y factores éticos de aceptabilidad del experimento.

Contempla el tema de la experimentación con embriones «in Vitro» garantizando una protección adecuada del embrión y prohibiendo la constitución de embriones humanos con fines de experimentación.

Regula el convenio, otra materia muy afín con los avances tecnológicos como es la extracción de órganos y de tejidos de donantes vivos para trasplantes.

La extracción de órganos sólo podrá efectuarse de un donante vivo en interés terapéutico del receptor y cuando no se disponga del órgano o del tejido apropiados de una persona fallecida, ni de un método terapéutico alternativo de eficacia comparable.

Regula el tema del consentimiento frente a la extracción de órganos protegiendo a las personas que no tengan capacidad para expresar su consentimiento. Establece la prohibición del lucro, como producto de la extracción de órganos y tejidos.

Por último implanta sanciones y el derecho de indemnización para quienes hayan sufrido un daño injustificado como resultado de una intervención.

4.6 El Protocolo Adicional

Este convenio fue objeto de un protocolo adicional firmado el 12 de enero de 1998 por Los Estados miembros del Consejo de Europa, los demás Estados y la Comunidad Europea, ante los avances científicos en el campo de la clonación de los mamíferos, en particular mediante la división de embriones y la transferencia de núcleos. Considera que “la creación deliberada de seres humanos genéticamente idénticos es contraria a la dignidad humana y constituye un abuso de la biología y de la medicina”⁴⁹.

En su artículo primero y sin excepción alguna prohíbe toda intervención que tenga por finalidad crear un ser humano genéticamente idéntico a otro ser humano vivo o muerto definiendo como humano «genéticamente idéntico» a otro ser humano que comparta con otro la misma serie de genes nucleares”⁵⁰.

4.7 Declaración Universal sobre el Genoma y Derechos Humanos

En 1993 la UNESCO, formó el Comité Internacional de Bioética (CIB), con miembros de diversos países y de especialistas, que después de cuatro años de trabajo presentó la Declaración Universal del Genoma Humano y los Derechos Humanos, la cual fue aprobada el 11 de Noviembre de 1997 en la reunión de la vigésima novena Conferencia General de la UNESCO y por unanimidad se constituyó el primer instrumento universal en el campo de la biología, estableciendo un equilibrio entre la garantía del respeto de los derechos y las libertades fundamentales y la necesidad de garantizar la libertad de la investigación.

Este documento es quizás el más importante de los pronunciamientos hechos en el mundo sobre el tema del genoma y contempla entre otras cuestiones, las siguientes:

⁴⁹ Preámbulo protocolo adicional convenio firmado el 12 de enero de 1998 por Los Estados miembros del Consejo de Europa, los demás Estados y la Comunidad Europea al Convenio Europeo sobre los derechos humanos y la biomedicina.

⁵⁰ Ibidem artículo primero.

- El genoma es base de la Unidad fundamental de la raza humana. Patrimonio de la humanidad. Por naturaleza evolutiva, sometido a mutaciones, entraña posibilidades que se expresan de diferentes modos obedeciendo al entorno social y natural de la persona los cuales comprenden condiciones de vida, alimentación, educación y estado de salud.
- Ninguna investigación relativa al genoma humano podrá prevalecer sobre el respeto de los derechos humanos, de las libertades fundamentales y de la dignidad humana. Las investigaciones como la presentación y utilización de los resultados de éstas imponen, rigor científico, prudencia, probidad intelectual e integridad y deben orientarse a aliviar el sufrimiento y mejorar la salud del individuo y de la humanidad.
- Toda persona debe tener acceso a los progresos de la biología, la genética y medicina en materia de genoma humano.

Se prohíbe expresamente:

- Cualquier practica contraria a la dignidad humana
- Clonación con fines de reproducción de seres humanos.
- Beneficios pecuniarios que se deriven del estado natural del genoma.

La persona frente al Genoma Humano tiene derecho.

- Al reconocimiento de su dignidad e individualidad.
- A no ser objeto de discriminaciones fundadas en sus características genéticas.
- A la Confidencialidad de los datos genéticos asociados con una persona identificable.
- A Reparación equitativa del daño cuya causalidad radique en una intervención en su genoma.

Toda Investigación, tratamiento o diagnóstico con base en el Genoma Humano requiere:

- Protocolos de investigación sometidos a una evaluación previa de conformidad con normas nacionales e internacionales sobre la materia.
- Evaluación rigurosa de riesgos y beneficios.
- Consentimiento previo libre e informado que respete la autonomía del individuo para decidir sobre la información que desea recibir de los resultados de un examen genético y de sus consecuencias.

Los Estados están obligados a:

- Formular las políticas sobre la investigación y el manejo del genoma humano con responsabilidad frente a las consecuencias que de él se derivan, evaluando riesgos y ventajas, previniendo los abusos; favoreciendo las condiciones intelectuales y materiales propicias para el libre ejercicio de las actividades de investigación,
- Garantizar el respeto de los derechos humanos, las libertades fundamentales, la dignidad humana, la protección de la salud pública, las investigaciones encaminadas a identificar, prevenir y tratar las enfermedades genéticas o aquéllas en las que interviene la genética, sobre todo las encaminadas a tratar enfermedades raras y las enfermedades endémicas que afectan a una parte considerable de la población mundial.

- A respetar y promover la práctica de la solidaridad para con los individuos, familias o poblaciones particularmente expuestos a las enfermedades o discapacidades de índole genética o afectada por éstas.
- A fomentar la difusión internacional de los conocimientos científicos sobre el genoma humano, la diversidad humana y la investigación genética, y la cooperación científica y cultural, entre países industrializados y países en desarrollo, con el libre intercambio de conocimientos e información.
- A favorecer un debate abierto en el plano internacional que garantice la libre expresión de las distintas corrientes de pensamiento socioculturales, religiosas y filosóficas y a Promover, la creación de comités de ética independientes y pluralistas, encargados de apreciar las cuestiones éticas, jurídicas y sociales planteadas por las investigaciones sobre el genoma humano y sus aplicaciones.

4.8 El Simposio Internacional de los Derechos del Niño organizado por la UNESCO y la Asociación Mundial de los Amigos de los Niños del 28 al 30 de abril del año 2000

En Mónaco tuvo lugar del 28 al 30 de abril del año 2000 el Simposio Internacional de los derechos del niño organizado por la UNESCO y la Asociación mundial de los amigos de los niños y dentro de sus consideraciones encontramos algunas en relación con el progreso de la Biología y la Medicina y la protección de los derechos de los niños, en las cuales se enfatiza la dignidad del embrión y el respeto a los principios de dignidad, no discriminación y a la diversidad humana, prevaleciendo, los derechos de los niños sobre los de los adultos.

4.9 El reporte del Simposio Internacional de la UNESCO celebrado entre el 30 de enero y el primero de febrero del año 2001 sobre propiedad intelectual y genoma

Este documento responde la pregunta sobre la patentabilidad de la vida en el contexto de principios éticos básicos, teniendo como referencia la precitada Declaración Universal sobre el Genoma Humano y principios como el respeto a la herencia humana, la prohibición de explotar económicamente el cuerpo humano, el libre acceso al conocimiento y al cuidado.

La discusión se centró, en la ambigüedad para señalar los límites entre un descubrimiento y una invención; siendo la invención patentable, como por ejemplo podrían serlo los usos y procesos y siendo imposible de patentar el descubrimiento como lo es la secuencia genética.

Otro tema que se planteó fue la dificultad que nace de las diferencias entre las legislaciones del mundo con respecto al tema de las patentes, exhortándose a fortalecer los lazos de cooperación y coordinación entre naciones para hacer un estudio internacional e inter-

disciplinario que armonice un acercamiento ético y pragmático y asegure que las costosas investigaciones sobre el genoma sean usadas para el beneficio de toda la raza humana.

Obviamente la pregunta gira alrededor de si la aplicación del régimen de patentes al genoma podría traer consecuencias positivas para la investigación y la innovación, o si por el contrario podría ser violatorio de principios relacionados con el libre acceso al conocimiento, el derecho a la salud, el derecho a compartir los resultados benéficos derivados del conocimiento.

**4.10 Declaración de Budapest sobre la ciencia y el uso del saber científico
efectuada dentro de la Conferencia Mundial sobre la Ciencia para el Siglo XXI
reunida en Budapest (Hungría) del 26 de junio al 1° de julio de 1999
auspiciada por la UNESCO y el ICSU**

Con un hermoso Preámbulo⁵¹ que recuerda a los Países y a los científicos del mundo la responsabilidad de la utilización correcta del saber, los participantes en la Conferencia Mundial sobre “La ciencia para el siglo XXI: un nuevo compromiso”, reunidos en Budapest, Hungría, del 26 de junio al 1° de julio de 1999, con los auspicios de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y el Consejo Internacional para la Ciencia (ICSU), previas consideraciones relacionadas con el impacto de las ciencias naturales, establecen:

- La ciencia debe convertirse en un bien compartido solidariamente en beneficio de todos los pueblos.
- La necesidad cada vez mayor de conocimientos científicos para la adopción de decisiones.

⁵¹ 1. Todos vivimos en el mismo planeta y formamos parte de la biosfera. Reconocemos ahora que nos encontramos en una situación de interdependencia creciente y que nuestro futuro es indisoluble de la preservación de los sistemas de sustentación de la vida en el planeta y de la supervivencia de todas las formas de vida. Los países y los científicos del mundo deben tener conciencia de la necesidad apremiante de utilizar responsablemente el saber de todos los campos de la ciencia para satisfacer las necesidades y aspiraciones del ser humano sin emplearlo de manera incorrecta. Tratamos de recabar la colaboración activa de todos los campos del quehacer científico, a saber, las ciencias naturales, como las ciencias físicas, biológicas y de la tierra, las ciencias biomédicas y de la ingeniería y las ciencias sociales y humanas. Aunque el Marco General de Acción hace hincapié en las promesas, el dinamismo, pero también los posibles efectos negativos que pueden acarrear las ciencias naturales, y en la necesidad de comprender sus repercusiones en la sociedad y sus relaciones con ella, el compromiso con la ciencia, así como las tareas y responsabilidades recogidas en esta Declaración corresponden a todos los campos del saber científico. Todas las culturas pueden aportar un conocimiento científico de valor universal. Las ciencias deben estar al servicio del conjunto de la humanidad y contribuir a dotar a todas las personas de una comprensión más profunda de la naturaleza y la sociedad, una mejor calidad de vida y un entorno sano y sostenible para las generaciones presentes y futuras.

- La investigación científica es una fuerza motriz fundamental en el campo de la salud y la protección social.
- Una mayor utilización del saber científico podría mejorar considerablemente el nivel de salud de la humanidad.
- La investigación científica y el uso del saber científico deben respetar los derechos humanos y la dignidad de los seres humanos.
- Teniendo en cuenta que algunas aplicaciones de la ciencia pueden ser perjudiciales para las personas y la sociedad, el medio ambiente y la salud de los seres humanos e incluso poner en peligro la supervivencia de la especie humana; incumbe a los científicos, junto a otros importantes agentes, una responsabilidad especial tocante a tratar de evitar las aplicaciones de la ciencia que son erróneas éticamente o que tienen consecuencias negativas.
- La prosecución de la ciencia y el uso del saber científico deben respetar y preservar todas las formas de vida y los sistemas de sustentación de la vida de nuestro planeta.
- El progreso científico deberá tener como objetivo la satisfacción de las necesidades de la humanidad y el desarrollo sostenible.

Se exhorta a los investigadores:

- A adquirir compromisos, con el acatamiento de normas éticas estrictas.
- A elaborar para las profesiones científicas de un código de deontología basado en los principios pertinentes consagrados en los instrumentos internacionales relativos a los derechos humanos, honradez y el control de calidad profesionales,
- Programas de estudios científicos que incluyan la ética de la ciencia, así como una formación relativa a la historia, la filosofía y las repercusiones culturales de la ciencia.
- Igualdad de acceso a la ciencia sin distingos entre poblaciones pobres y ricas.

4.11 La Legislación en Colombia

Mediante la Ley 599 del año 2000 que empezó a regir el 24 de julio de 2001, Código Penal Colombiano, se sanciona con pena de prisión de uno (1) a cinco (5) años, al que manipule genes humanos alterando el genotipo, salvo que se trate de tratamiento, diagnóstico o investigación científica en el campo de la biología, la genética y la medicina, con la finalidad de aliviar el sufrimiento o mejorar la salud de la persona y de la humanidad, para el descubrimiento, identificación, prevención y tratamiento de enfermedades o discapacidades genéticas así como las taras y endémias que afecten a una parte considerable de la población, mediando el consentimiento, libre e informado de la persona de la cual proceden los genes⁵².

⁵² Código penal Colombiano Capítulo Octavo Art. 132. Manipulación Genética. El que manipule genes humanos, alterando el genotipo con finalidad diferente al tratamiento, el diagnóstico, o la investigación científica relacionada con ellos en el campo de la biología, la genética y la medicina, orientados a aliviar el sufrimiento o mejorar la salud de la persona y de la humanidad, incurrirá en prisión de uno (1) a cinco (5) años.

También establece el código penal un rechazo a la clonación: El que genere seres humano idénticos por clonación o por cualquier otro procedimiento, incurrirá en prisión de dos (2) a seis (6) años⁵³.

A su vez la Resolución No. 8430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud, documento que contiene requerimientos relacionados con el consentimiento informado, protección de discapacitados y poblaciones subordinadas y manejo de riesgos frente a las investigaciones en general.

A pesar del avance que representa la normatividad penal citada, requiere nuestro país de más dedicación e información sobre el tema, con el fin de que se legisle en forma congruente con la velocidad del avance científico, sobre un asunto que precisa no solo legislación penal. Se hace necesario todo un estatuto que trace claras normas de conducta sobre una materia que requiere un acercamiento basado en los principios de respeto a la dignidad humana.

Pero estas legislaciones no tendrán el carácter de inamovibles. Obviamente todos los pronunciamientos de las diferentes naciones cambiarán a medida que la ciencia y los hombres prosigan su camino, lo importante es que el cambio sea congruente con la bondad y el bienestar del hombre y de su medio ambiente.

CONCLUSIONES

El avance biotecnológico, el descubrimiento del genoma humano, y los logros científicos alcanzados, así como la potencialidad de la ingeniería genética aplicada a las células humanas, surgen ante nuestros ojos como una dimensión enorme de la realidad y cuestionan nuestro papel, frente a la transformación de esa realidad, en una concepción de derechos

Se entiende por tratamiento, diagnóstico o investigación científica relacionada con ellos en el campo de la biología, la genética y la medicina, cualquiera que se realice con el consentimiento, libre e informado, de la persona de la cual proceden los genes, para el descubrimiento, identificación, prevención y tratamiento de enfermedades o discapacidades genéticas o de influencia genética, así como las taras y endémicas que afecten a una parte considerable de la población.

⁵³ Código penal Colombiano Capítulo Octavo. Art. 133. Repetibilidad del ser humano. El que genere seres humanos idénticos por clonación o por cualquier otro procedimiento, incurrirá en prisión de dos (2) a seis (6) años.

ART. 134. Fecundación y tráfico de embriones humanos. El que fecunde óvulos humanos con finalidad diferente a la procreación humana, sin perjuicio de la investigación científica, tratamiento o diagnóstico que tengan una finalidad terapéutica con respecto al ser humano objeto de la investigación, incurrirá en prisión de uno (1) a tres (3) años.

En la misma pena incurrirá el que trafique con gametos, cigotos o embriones humanos, obtenidos de cualquier manera o a cualquier título.

humanos, de sostenibilidad de la vida, de solidaridad y de confianza. En un escenario de impredecibilidad y de complejidad.

El hombre ha ido a la luna, la lectura del genoma humano se ha completado pero el avance producido por la unión de técnica, ciencia tecnociencia y vida, es abismal frente a los logros del hombre en el campo de la justicia, el respeto de lo derechos humanos, la solidaridad y el reconocimiento de la dignidad del otro. Los hombres se siguen matando entre sí, el hambre azota las grandes regiones de la tierra, las sociedades maltratan a sus niños, la distribución de los recursos en materia de justicia sanitaria es inequitativa.

Estos hechos tan solo ponen en entre dicho la confiabilidad de las grandes reguladoras de la conducta humana como son la ética, las religiones y el derecho y nos advierten sobre la necesidad de reflexionar sobre otras fuentes de armonización de las conductas humanas. Una buena opción podría ser la ley fundamentada en principios congruentes con la Bioética y ciudadanos conscientes de su responsabilidad como seres humanos que cumplan las leyes no por la coacción que las hace exigibles sino por el compromiso que representan frente a sus ideales de un mundo mejor.

El desarrollo humano se funda en las posibilidades del conocimiento; el conocimiento es un capital social. La gran transformadora del mundo es la educación, pues conocimiento es poder. El paradigma de la complejidad y la búsqueda de un nuevo pensar. Abordar, actuar, implica esfuerzo, observación, experimentación. Las conductas de los participantes del proceso democrático son racionales, en cuanto son congruentes con la realidad científica y social que las rodea, inspiradas en los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. Cualquier legislación sobre un tema tan complicado como es la regulación de todos los hechos que derivados del avance tecnológico, impactan la vida de las personas, implica un legislador estudioso y conocedor del tema y de las consecuencias de la legislación, asesorado por científicos, humanistas, filósofos y expertos. La ley como un componente de nuestra realidad social.

Una racional construcción de la ley serviría para justificar principios de acuerdo con los cuales una sociedad armónica debería comportarse. Pero no se necesitan solamente leyes. También se requiere una sociedad civil comprometida, consciente de sus deberes para con la vida, con el medio ambiente y con las generaciones futuras. Inquieta por el conocimiento del mundo que la rodea y de la repercusión de sus actos en la vida de sus semejantes.

Se precisa de una protección legal especial y otras excepcionales medidas referidas a la educación de investigadores, médicos y pacientes con el fin de adaptarnos a nuevas necesidades y conocimientos. Ciencia y tecnología se mueven a velocidades inimaginables y las leyes y regulaciones que se adopten con el fin de proteger adecuadamente y garantizar el buen uso de estas tecnologías, deben ser consecuentes con el cambio permanente.

El reto de la humanidad es conciliar factores como derechos humanos, ciencia, tecnología, bienestar y racionalización. Se ha abierto la puerta a un intenso debate de carácter científico, social, ético y legal, en el que están involucradas todas las naciones del mundo. El meollo del debate es determinar si todo aquello que puede hacerse debe hacerse y sobre los límites y prohibiciones que deben imponerse a la investigación.

El debate se desarrolla en un mundo complejo, frente a diferentes concepciones del mundo y del hombre. Este debate de gran importancia para el futuro de la humanidad y de la vida, debe estar conducido por un pensamiento bioético, que asegure un marco de profundo respeto a la libertad de conciencia, a las diferentes creencias religiosas o a la ausencia de las mismas, que garantice la libre expresión de las distintas corrientes de pensamiento socioculturales, y filosóficas, de la autonomía, de la pluralidad, con el fin de establecer criterios que hagan compatible la realidad científica, con la sostenibilidad de la vida, de la biodiversidad (variedad de organismos vivos y sus interacciones ecológicas) y del respeto de los Derechos del Hombre.

Pero este debate no solamente debe darse a nivel internacional. En cada País, en cada ciudad, en cada entidad educativa u hospitalaria deberían existir comités de ética independiente y pluralista, encargados de apreciar las cuestiones éticas, jurídicas y sociales planteadas por las investigaciones sobre el genoma humano y sus aplicaciones, así como todas aquellas que se relacionen con la vida y con los derechos humanos.

Los acercamientos éticos y legislativos presuponen conocimientos, fundamentados en la verdad, transparencia, comprobación y rigor científico, alejados de las formas irreflexivas e irresponsables con que a veces se construye la opinión pública. Las decisiones deben establecerse sobre la experiencia, los conocimientos, los hechos y la evidencia. Los principios esenciales de la Bioética, universalmente reconocidos, de dignidad humana, libertad, justicia, equidad y solidaridad deben inspirar a los Estados en la propuesta de leyes y regulaciones.

El hombre toma conciencia de la incertidumbre de su conocimiento y de la relatividad de sus realidades y dentro de este panorama, la fundamentación de la Bioética está ligada a la significación que le permite la representación de la necesidad de que la especie humana, la tierra y todos los seres vivos que en ella habiten alcancen un futuro sostenible. "To be or not to be" como dilema planteado por el grandioso dramaturgo Inglés, ha pasado de ser una hermosa frase de la literatura, a convertirse en el dilema de los hombres frente a las conductas desbocadas de destrucción.

La confirmación, corroboración y verificación, en un mundo globalizado y complejo, de que la conducta que se desarrolle, las leyes que se promulguen, las investigaciones que se lleven a cabo y las tecnologías que se usen, permitirán la vida y la supervivencia, del hombre como especie y de los demás seres vivos, es el método de que disponemos.

La Bioética se fundamenta en la sabiduría y en la realidad. Sabiduría entendida como la combinación del conocimiento ecológico con un sentido de la ética, entendiéndose como tal, el sentimiento de responsabilidad sobre lo que debemos hacer para la sobrevivencia de nosotros y de las generaciones futuras, en una biosfera sostenible y siendo el realismo, la observación objetiva acerca de la naturaleza del ser humano y del mundo en el cual vivimos y del cual dependemos.

La Bioética tiene su soporte, en ese instinto primario de sobrevivir, común a todos los seres vivos, que crea mecanismos de permanencia, aún en los medios más inhóspitos, como lo es la tierra en este momento. Es una tarea universal de interacción, frente al impacto permanente del actuar humano, en la imposibilidad de permanencia en condiciones de dignidad.

El mejoramiento del nivel de la existencia, las posibilidades de la terapia génica frente a múltiples enfermedades, causa del sufrimiento humano, el conocimiento de las deficiencias de nuestro código genético, son perspectivas muy importantes de tener en cuenta. Muchas enfermedades son el resultado de un gen defectuoso que es incapaz de producir la proteína adecuada o produce una que es imperfecta. Muchas esperanzas y expectativas se relacionan con la cura de las enfermedades tales como la enfermedad de Parkinson, Alzheimer, leucemia, enfermedades del corazón, diabetes, esclerosis múltiples, artritis, daños en la espina medular, y en la piel, incluyendo quemaduras. De ahí que deba existir una protección a la investigación como consecuencia de la libertad de pensamiento y de la necesidad del progreso del saber.

Las aplicaciones de la investigación sobre el genoma humano, sobre todo en el campo de la biología, la genética y la medicina, deben orientarse a aliviar el sufrimiento y mejorar la salud del individuo y de toda la humanidad. La investigación dentro de límites compatibles con la dignidad humana debe alentarse en lugar de perseguirse. Prohibir o frenar la investigación que puede producir el mejoramiento de las condiciones de salud y vida de la humanidad no parece ser lo más racional.

La investigación debe ser regulada en forma clara y estricta, de tal manera que se asegure el respeto de los derechos humanos, de las libertades fundamentales y de la dignidad humana así como una evaluación rigurosa de riesgos y beneficios. La investigación, así como la presentación y utilización de los resultados deben ceñirse a presupuestos estrictos, de rigor científico, prudencia, probidad intelectual e integridad previamente establecidos en la Ley. Se hacen necesarios protocolos de investigación sometidos a una evaluación previa de conformidad con normas nacionales e internacionales sobre la materia.

Los Estados tienen la obligación de establecer parámetros legislativos consecuentes con los propósitos que anteceden. El Estado que no legisla se expone a que su territorio sea "zona franca de desafueros". La conexidad entre lo ético y lo político es una necesidad

sentida. Únicamente la comprensión del bien y de los principios morales que deben informar el manejo de la colectividad puede llevar a que se cumpla la finalidad del Estado. Los Estados están obligados a formular las políticas sobre la investigación y el manejo del genoma humano con responsabilidad frente a las consecuencias que de él se derivan, evaluando riesgos y ventajas, previniendo los abusos; favoreciendo las condiciones intelectuales y materiales propicias para el libre ejercicio de las actividades de investigación, garantizando el respeto de los derechos humanos, las libertades fundamentales, la dignidad humana, la protección de la salud pública, las investigaciones encaminadas a identificar, prevenir y tratar las enfermedades genéticas o aquéllas en las que interviene la genética, sobre todo las enfermedades raras y las enfermedades endémicas que afectan a una parte considerable de la población mundial.

Otro aspecto bien importante es el referido al uso o abuso de los datos genéticos. Se generan inquietudes relacionadas con la posible discriminación de individuos con base en la información genética, condicionando decisiones sobre temas familiares, educativos, de salud o de seguros; hecho que pone de relieve la sentida necesidad de una legislación al respecto.

Se hace necesario crear protocolos que orienten acerca de los requisitos para efectuar pruebas genéticas y para el manejo y disposición de la información con el fin de que se respeten los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia y evitar maltratos, estigmatizaciones y víctimas del manejo inadecuado de un elemento tan poderoso como puede ser esta información, cuyo potencial es todavía desconocido y que indudablemente tendrá repercusiones en las familias, en las comunidades, en las poblaciones y en el futuro de la humanidad. Toda prueba genética deberá estar precedida del consentimiento previo libre e informado que respete la autonomía del individuo para decidir sobre la información que desea recibir de los resultados de un examen genético y de sus consecuencias.

El ser humano no se puede reducir a las características puramente genéticas y toda legislación debe proveer como evitar cualquier determinismo que lleve al rechazo de los individuos frente a las fuentes de trabajo, de estudio o de aseguramiento basados en una apreciación errónea de estas características.

Todo colombiano debe sentirse orgulloso de sus genes, de su herencia, de sus antepasados, y de su entidad como ser humano y el Estado debe tomar todas las medidas necesarias para crear ambientes saludables, sanos y un medio ambiente espiritual y biológico que permita el desarrollo de los aspectos positivos de nuestras características genéticas, en condiciones de dignidad humana y felicidad.

La información genética debe ser utilizada para reducir el dolor, la enfermedad y el sufrimiento y mejorar la calidad de la vida de los seres humanos en términos de libertad y

responsabilidad Ninguna discriminación podrá fundamentarse en los resultados de las pruebas genéticas. Debe existir una legislación que prohíba cualquier tipo de discriminación fundamentada en las pruebas genéticas. Las regulaciones sobre el acceso de los pacientes, gobierno, aseguradoras, y empleadores a los datos de nuestro genoma, exigen arduas jornadas en pro de la defensa de los derechos humanos, de las libertades fundamentales, para que no haya discriminación dependiendo de la predisposición y condiciones genéticas y para que se garantice el derecho a la privacidad y confidencialidad de la información.

La solidaridad y la cooperación se imponen en la persecución de una sociedad equilibrada que respete la dignidad de las personas y los derechos humanos. No se pueden eludir responsabilidades frente a realidades que consideramos demasiado duras o porque no nos sentimos responsables de las mismas. No podemos seguir pensando que la economía es una ciencia ajena a la bioética y a la ética. Invertir en justicia, en paz, en suavizar los desequilibrios sociales y en poner al alcance de los menos favorecidos los beneficios del conocimiento y de las investigaciones, es hacer un mundo mejor. La transformación social y económica de los países pobres y de las poblaciones marginadas que no tienen acceso ni al alimento, ni a los cuidados mínimos de salud es una necesidad imperiosa de un mundo que habla de la sostenibilidad de la vida y de la creación de una sociedad justa. La economía debe ser una herramienta de la bioética para construir un mundo más justo.

El estudio de la vida, es el estudio de las posibilidades. Como lo decía Stephen Jay Gould, eminente biólogo, fallecido en mayo de 2002, en su magnífica obra *«Qué es la Vida: La humanidad no es como un organismo pluricelular en el que cada célula se debe por ley genética al bien común de la colectividad celular. La información cultural no es heredada por el individuo, como tampoco lo es la conducta socialmente aceptable. Después de milenios de evolución cultural, la gente sigue haciéndose la guerra, y con la misma crueldad de siempre. Nos engañamos a nosotros mismos si creemos que la conducta socialmente aceptable es algo natural...Las ideologías no pueden reemplazar la razón. Nada cambiará si no basamos nuestras decisiones en la razón, aceptando la humanidad como un imperativo moral»*⁵⁴.

El futuro de la humanidad está en comportamientos y actitudes compatibles con la Bioética: La pregunta es... ¿nosotros, tenemos el conocimiento y la sabiduría para alterar exitosamente las manifestaciones de vida que nos han acompañado? Se impone una reflexión: El hombre cada día vive en el mundo que construyeron los hombres del ayer y está creando el mundo que habitarán los hombres del mañana, de ahí la responsabilidad que se asume frente a la lógica de lo viviente, al camino de la evolución y de la supervivencia.

⁵⁴ Gould, Stephen, Jay. *¿Qué es la vida? Como problema histórico*. En: *La biología del futuro. ¿Qué es la vida? 50 años después*. Tusquets Editores S.A. (Metatemas, Barcelona, 1999, pág. 41).

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar Zinser, Adolfo. Intervención del representante permanente de México ante las Naciones Unidas en el marco del grupo de trabajo encargado de elaborar un mandato para la Convención Internacional sobre la clonación de seres humanos. Septiembre 30 de 2003.
- American Society Of Human Genetics (ASHG) Endorsement of Senate Bill 318, the Genetic Non-discrimination and Health Insurance and Employment Act, December 2001.
- Asociación Colombiana para el Avance de la Ciencia, El Genoma Humano, Editorial Panamericana, 2002.
- Australian Law Reform Commission and Australian Health Ethics Committee, Protection of Human Genetic Information, IP 26 (2001), ALRC, Sydney (2.75)-(2.86) regarding patterns of inheritance.
- Australian Law Reform Commission and Australian Health Ethics Committee, Coming to Terms With Genetic Information, IP 26 (2001), ALRC, Sydney (3.2)-(3.77).
- Beauchamp TL, Faden RR. Informed consent: II. Meaning and elements of informed consent. In: Reich WT, editor. *Encyclopedia of Bioethics*. Rev ed. vol 3. New York: Simon & Schuster Macmillan, 1995:1240. REICH, Warren Thomas, *Encyclopedia of Bioethics*, Volume I, Georgetown University, 1995, Pág. 451 a 458.
- Berek, Jonathan S., Hillard, Paula A., Adashi, Eli. Ginecología de Novak 12 edición McGraw-Hill Interamericana. 1997 PG. 21.
- Boladeras Cucurella, Margarita y otros, Bioética y Calidad de Vida, Ediciones El Bosque, 2000.
- Cairns J. Stent, G. And Watson J. Phase and the Origins of Molecular Biology. Cold Spring harbour Laboratory 1966.
- Canadian Medical Association Journal 1996; 155: 657-661 Bioethics for clinicians: 3. Capacity Edward Etchells, MD, MSc, FRCPC; Gilbert Sharpe, BA, LLB, LLM; Carl Elliott, MD, PhD; Peter A. Singer, MD, MPH, FRCPC.
- Casado, M. y Egozcue, J. (COORDS), Documento sobre Células madres embrionarias, Observatorio de Bioética I Pret, Barcelona, diciembre 2001, Pág. 5.
- Cely Galindo, Gilberto. Dilemas Bioéticos Contemporáneos, Colección Bioética, 3 edición. Código Civil Colombiano.
- Código de Nuremberg, agosto 19 de 1947.
- Código Penal Colombiano Capitulo Octavo ART. 132.
- Comité Asesor del Secretario sobre Pruebas Genéticas (SACGT) Consulta pública sobre Supervisión de Pruebas Genéticas. National Institutes of Health. Enero 31 de 2000.
- Convenio Europeo sobre los derechos humanos y la biomedicina del 4 de abril de 1997.
- Corte Constitucional Sentencia SU-337/99. Consentimiento informado del paciente- Características.

- Corte Constitucional Sentencia T 555-95, con ponencia del Magistrado Alejandro Martínez Caballero, sobre el consentimiento informado del paciente.
- Corte Constitucional Sentencia T 477 de 1995, con ponencia del Magistrado Alejandro Martínez Caballero.
- Cortina, Adela, *Ética Mínima, Introducción a la filosofía práctica*, Prólogo de José Luis L. Aranguren, Editorial Tecnos, Cuarta Edición.
- Cummings, Michael R. *Herencia humana. Principios y conceptos*, 3ª Edición. Mac Graw Hill 1995.
- Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, Junio 1964. Artículos 20- 23.
- Declaración de los derechos humanos. Asamblea General de las Naciones Unidas, 10 de diciembre de 1948.
- Declaración internacional de la UNESCO sobre los datos Genéticos humanos, 16 de octubre del año 2003.
- Declaración internacional sobre los datos genéticos humanos Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura Publicado en *diariomédico.com* el 16 de octubre de 2003.
- Declaración Universal sobre el Genoma y Derechos Humanos aprobada el 11 de Noviembre de 1997.
- Escobar Triana, Jaime. *Dimensiones Ontológicas del cuerpo*, Colección Bios y Ethos, Ediciones El Bosque, 1997.
- Escobar Triana, Jaime. *Problemas de Ética Aplicada*, Colección Bios y Ethos, Ediciones El Bosque, 2001.
- Enhancing the Oversight of Genetic tests. Recommendations of the Secretary's Advisory Committee on Genetic Testing, 2000.
- European perspective of the opinion issued by the European group on Ethics on 14 November 2000 and D G Research working paper on Human Stem Cells research published on 3 April 2003 (Website <http://Europe.eu/comm.research/conferences/2003/bioethics/pdf/sec2003>).
- Genetic nondiscrimination in health insurance and employment Act (regarding Medicare supplemental policies) to prohibit, with respect to genetic information: (1) discriminating in individual enrollment; (2) discriminating in group eligibility or group premium or contribution rates; (3) requesting or requiring test performance; and (4) requesting, requiring, collecting, purchasing, or disclosing information, unless authorized by the individual. Introduced to the senate by Senator Thomas A. Daschle February 13, 2001.
- Gould, Stephen Jay. ¿Qué es la vida? Como problema histórico. En: *La biología del futuro. ¿Qué es la vida? 50 años después*. Tusquets Editores S.A. (Metatemas, Barcelona, 1999, Pág. 41).
- Gracia, Diego, *Profesión médica, Investigación y justicia sanitaria*, Estudios de Bioética, Editorial el Búho, 2002.
- Hottois, Gilbert, *Bioética y Médico Ambiente*, Colección Bios y Ethos, Ediciones El Bosque, 2000.
- Informe Belmont, febrero de 1976.
- Kass, Leon. *Life, Liberty and the defense of dignity: The Challenge for Bioethics* 2002.

- Klug, William S., Cummings, Michael R. 2004. Conceptos de Genética, 5ª Edición Prentice Hall, INC.
- Lain Entralgo Pedro (1989). El cuerpo humano Teoría Actual Madrid Editorial Esparza Calpe, S.A. (Pgs 298-300) Octubre de 2003.
- Lain Entralgo Pedro, Ciencia, Técnica y medicina, Alianza Editorial, S.A., Madrid 1986.
- Luque Cabrera, José. Herráez Sánchez, Ángel. Biología Molecular e Ingeniería Genética, Universidad Alcalá de Henares. Editorial Harcourt, Madrid, 2001. Pág. 2.
- Llanos Escobar, Alfonso, ¿Qué es Bioética?, Colección Bioética, Primera Edición, 2001.
- Manrique Reyes Alfredo, La Constitución de la Nueva Colombia, Cerec, segunda edición, 1991, Pág. 20.
- Maturana Humberto y otros, Bioética la Calidad de Vida en el siglo XXI, Colección Bios y Ethos, Ediciones el Bosque.
- Mendel, Gregor. 1866 Las Leyes de la Herencia en *Proceedings of the Natural History Society of Brunn*.
- McGee, Glenn, El bebé perfecto. Editorial GEDISA. 2003.
- Ministerio de Salud. Resolución No. 8430 del 4 de octubre de 1993.
- Morin, Edgar, El Método II, la vida de la vida, Editors du Seuil, sexta edición, 2003.
- Nietzsche, Friedrich, La Gaya Ciencia, Editorial Libsa, 2001.
- Nombela, Cesar, Clonación y Transplantes, Cap. II Genoma Humano, una perspectiva científica y ética, Editorial Farma Industria, Madrid.
- Palacios, Marcelo. Presidente del Comité Científico de la Sociedad Internacional de Bioética (SIBI) Clonación y Transplantes. Capítulo X páginas 155.
- Penchaszadeh, Víctor B., Conferencia Pronunciada en la XLV Reunión Anual de la Sociedad Argentina de Investigación Clínica, Mar del Plata, Argentina, 22-25 de Noviembre, 2000.
- Potter, Van Rensselaer. Bioética Puente, Bioética Global y Bioética Profunda, University of Wisconsin-Madison, USA.
- Preámbulo protocolo adicional convenio firmado el 12 de enero de 1998 por los Estados miembros del Consejo de Europa, los demás Estados y la Comunidad Europea al Convenio Europeo sobre los derechos humanos y la biomedicina.
- Protocolo Adicional al Convenio Europeo sobre los derechos humanos y la biomedicina del 12 de enero de 1998.
- Sánchez Torres, Fernando, Catecismo de Ética Médica, Editorial Herder, S.A., 2000, pág. 25.
- Schoten, E. (2002). «Le clonage reproductif humain inéluctablement mauvais?» en: Me Laren, A; *Le clonage*. Paris: Council of Europe Publishing. Editions du Conseil de L'Europe. Págs. 95-112.
- William S. Klug, Michael R. Cummings, 2004. Conceptos de Genética, 5ª Edición Prentice Hall, INC.