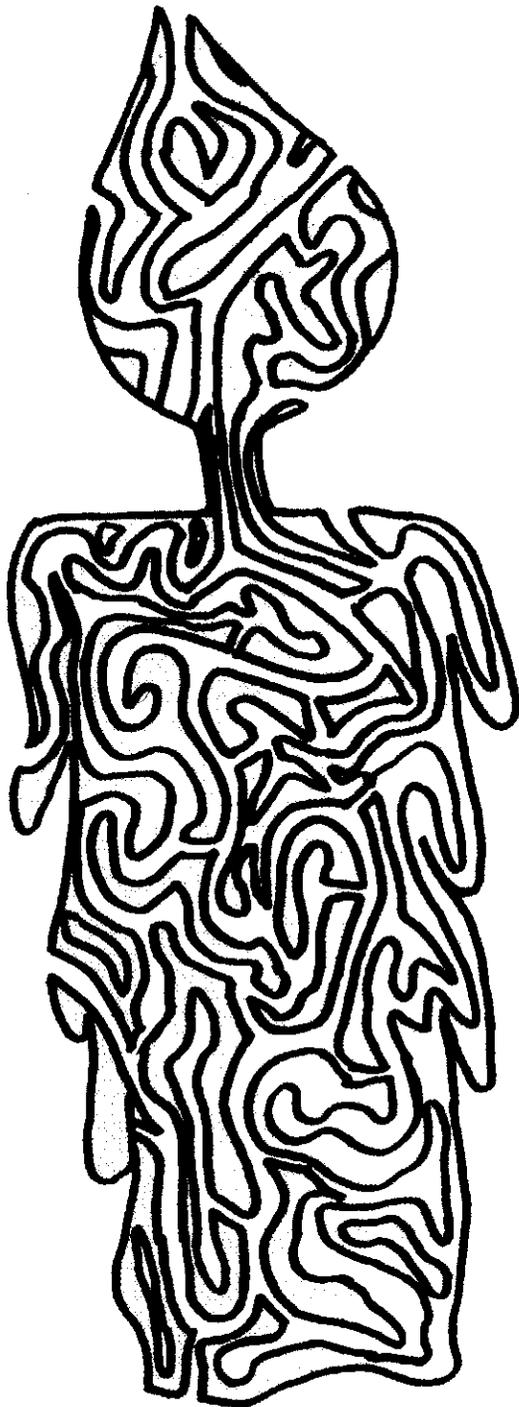


JUSTICIA SANITARIA

9

Universidad El Bosque
Programa de Bioética

Colección Pedagogía y Bioética
2002



JUSTICIA SANITARIA

9

Universidad El Bosque
Programa de Bioética

Colección Pedagogía y Bioética
2002

1a Edición, 2002

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

Portada:

LABERINTO

Ingrid Marcela Gómez P.

© 2002 por Universidad El Bosque
de todas las ediciones en español,
Transv. 9 A Bis No 133 - 25
Bogotá, D.C., Colombia

ISBN Obra Completa: 958-8077-06-0 Título: Pedagogía y Bioética
ISBN Volumen: 958-8077-38-9

Diagramación: Editorial Kimpres Ltda.
Correctoras de Estilo: Constanza Ovalle - Yolanda Sarmiento
Impresión: Editorial Kimpres Ltda.
Calle 23 Sur # 64 - 09 Tel. 2601680
Bogotá, D.C., Colombia
Enero de 2002

JUSTICIA SANITARIA

Colección Pedagogía y Bioética

Autor

Cristian Galvis

Título del texto: Justicia Sanitaria

Director: Dr. Jaime Escobar

Coordinación: Yolanda Sarmiento S., Antropóloga

Colección Pedagogía y Bioética

TABLA DE CONTENIDO

Presentación	7
Introducción	11
Principios de justicia criterios y teorías de la justicia	13
La justicia en la prestación de servicios en salud	13
Teorías de la justicia sanitaria o de la atención de servicios en salud .	15
Enfoque igualitarista	15
Enfoque libertario o neoliberal del libre mercado	16
Enfoque del bienestar común	17
Dos enfoques latinoamericanos	19
El derecho a la salud algo no tan claro	21
La situación en Colombia	24
Esbozo histórico	26
La situación actual antecedentes inmediatos	28
El panorama reciente	29
Reflexiones	33
Epílogo	39
Bibliografía	40

PRESENTACIÓN

En el proyecto educativo de la Universidad El Bosque es prioritario el énfasis sobre la calidad de la vida y el propiciar una cultura para lograrla.¹

No somos ajenos a los problemas que nos tocan de diversa manera como país y como sociedad en desarrollo, sobrediagnosticados pero en su mayoría sin propuestas adecuadas a los retos que plantean.

Como una contribución del Programa de Formación en Bioética de la Universidad al propósito de construir una ética en la sociedad civil, presentamos esta colección de temas pertinentes a una divulgación del conocimiento y aplicación de la bioética, a su difusión en forma sencilla, pero basados en las experiencias que hemos venido adquiriendo después de varios años de docencia en esta materia en los distintos cursos, programas y disciplinas que ofrece la Universidad.

Desde la inclusión en 1978 de algunos contenidos de bioética en el plan de estudios de la Escuela Colombiana de Medicina (hoy Universidad El Bosque) para la formación de profesionales de la medicina, se extendió a la odontología y a las demás ramas de las ciencias de la salud y a las otras disciplinas que ofrece la Universidad, tales como psicología, ingeniería electrónica, de sistemas, ambiental, artes y educación.

Tanto en el ámbito de pregrado como de postgrado se han ido haciendo aportes bioéticos en los contenidos curriculares con diferentes aspectos de acuerdo a cada disciplina.

La creación del postgrado para la formación de profesores especialistas en bioética a partir de 1995, nos ha permitido lograr un núcleo creciente de profesionales de muy diversas disciplinas, de gran calidad académica.

La puesta en marcha en 1997 de la facultad de educación, con énfasis en formación a distancia, especialmente para los maestros del país, nos permitió dar un paso de singular importancia al incluirse un módulo de bioética de ocho horas de duración, dictado por los profesionales preparados en el postgrado.

Los resultados han superado las expectativas iniciales, gracias a la acogida desbordante y el interés que los maestros han dispensado al programa. La aplicación del método principialista de la bioética a la

1. *Universidad El Bosque. Proyecto Educativo Institucional. Santafé de Bogotá, Colombia, 1997.*

resolución de conflictos escolares y la apertura hacia una visión de la vida humana como parte integral de la naturaleza y de la vida misma en el planeta, les ha proporcionado, aunque sea de manera incipiente, herramientas que con un nuevo enfoque ayudan a encontrar el sentido del respeto a la persona, el convivir tolerando al otro, y buscando las soluciones consensuadas, de la manera más cercana a lo justo, y a propiciar el beneficio, y el no hacer daño.

Las experiencias vividas y los aportes dados por quienes han recibido el módulo de bioética (más de diez mil maestros en todo el país hasta la fecha), y la demanda por una mayor extensión y duración del programa, nos han estimulado a escribir los fascículos que hoy presentamos, los cuales están dirigidos no solo para el programa de maestros de primaria y secundaria, sino además, como una manera de introducir a los profesionales tanto de las ciencias de la salud como de las diferentes disciplinas y profesiones en el estudio, difusión y aplicación de la Bioética.

Nacida de los desafíos éticos que han planteado los hechos de la investigación biológica y su aplicación en la medicina, en la etapa inicial de su evolución, la bioética sale del medio estrictamente clínico (bioética clínica) para extenderse hacia una ética global y una bioética profunda de la mano con la ecología profunda y las tendencias hacia las ciencias de la vida y la complejidad de los sistemas vivos.

Estos fascículos pretenden fomentar la curiosidad y el entusiasmo por el estudio de la Bioética, e inducir al lector a profundizar la literatura e investigar los temas que la bibliografía, cada vez más abundante, ofrece actualmente el campo de la bioética.

Los siete fascículos que hoy publicamos comprenden una breve reseña de aspectos históricos de la bioética, algunas tendencias prevalentes en la rapidísima evolución de este cuerpo de conocimientos en construcción y su difusión por todos los países del orbe.

El orden de su numeración no quiere decir que deba seguirse estrictamente para su lectura. Puede iniciarse por cualquiera de ellos de acuerdo a las apetencias del lector. Sin embargo, si se desea un estudio más metódico, sería conveniente su lectura sucesiva desde la tradición ética y filosófica occidental y su relación con la bioética.

Las reflexiones sociales, históricas y éticas son aspectos primordiales para la enseñanza de la bioética en relación con las concepciones del cuerpo humano, la salud y la enfermedad. La alteración de la salud no es solo un hecho médico-biológico, sino un proceso dinámico que se entrelaza con la historia de la vida del individuo y su entorno social. La condición corporal afecta la situación total del hombre en el mundo de la vida en que se da la existencia humana y su quehacer.² Las diferentes concepciones del cuerpo y de la salud conllevan diversos enfoques sobre la justicia sanitaria y la distribución de los recursos como justicia distributiva.

2. Escobar, J. *Dimensiones Ontológicas del Cuerpo. Una visión filosófica del cuerpo y su relación con el ejercicio de la medicina.* Colección *Bíos y Ethos* No. 2. Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia, 1997.

Las investigaciones genéticas permiten la determinación de los genes y el genoma humano con posibles consecuencias sobre la herencia de la especie y el planteamiento de dilemas éticos, que antes no se presentaban a la tradicional ética médica hipocrática que no aporta directrices en ese sentido.

Por tanto, es pertinente el estudio y la reflexión sobre el inicio de la vida ligándolo a la ética de la sexualidad y su preparación de la reproducción como un hecho científico notorio en este siglo que termina.

Se relacionan asimismo temas con referencia al control de la natalidad, crecimiento de la población, aborto, esterilización, derechos de la mujer, la familia y la sociedad.

Algunas epidemias como la del virus del SIDA constituyen un desafío a la investigación científica y necesitan espacio de reflexión sobre cómo debe enfocarse la sexualidad en relación con los principios y temas de la bioética enfrentados a las creencias, mitos y tabúes que se dan alrededor de este tema. Con algunos ejemplos se busca ilustrar sobre éstas situaciones en los escritos que presentamos.

Todo lo que nace muere, y de esto no nos escapamos los seres humanos. Los aspectos relacionados con este confín de la existencia nos abruman y siempre han sido preocupación humana. El enfrentarnos a lo desconocido, a la finitud, nos genera una tensión permanente en contra del deseo de trascender en el discurrir de la vida humana.

La medicina, con su poder biotecnológico, ha hecho borrosa la frontera entre la vida y la muerte. Con sus medios permite prolongar la vida (o la agonía) y diferir el momento de la muerte, planteando serios interrogantes éticos y morales y una incertidumbre sobre cuándo se considera que una persona haya muerto. Esto tiene consecuencias sobre el uso de terapias en forma extraordinaria ("encarnizamiento terapéutico") con el pretendido fin de vencer la muerte cuando ya las condiciones de la enfermedad han superado los límites de posibilidad de recuperación del enfermo.

Numerosas conferencias mundiales han sido necesarias para definir la muerte como hecho biológico o como hecho relacionado con la persona humana. Los trasplantes de órganos se ubican en esa encrucijada de concepciones religiosas, morales y culturales sobre la muerte y los dilemas que hoy plantea la biomedicina en relación con ella.

De la Bioética clínica, médica o microbioética se ha pasado a la bioética como puente entre las culturas científica y humanística, y desde allí a la supervivencia no solo del hombre (antropocentrismo) sino de la vida en general, (biocentrismo) con un cambio de miras ecológicas: de una ecología superficial a una ecología profunda que se enlazaría con una bioética profunda y global³ (macrobioética).

3. Capra, F. *La Trama de la Vida. Una nueva perspectiva de los sistemas vivos*. Anagrama Barcelona, 1998.

La justicia sanitaria es uno de los enlaces con esa macrobioética pues tiene que ver con un concepto amplio de salud, el derecho al acceso a los servicios de salud, la distribución de los recursos, el medio ambiente, el entorno y la ecología social.

Se precisa distinguir el concepto de "medio ambiente" que comprende todas las condiciones y factores externos, vivientes y no vivientes que influyen en los organismos o sistemas específicos durante su vida, y el de "ecología" como el estudio de las interacciones de los seres vivos entre sí y con el ambiente inanimado, la materia y la energía, así como la estructura y funciones de la naturaleza.

Las sociedades en sus momentos históricos generan organizaciones especiales del espacio físico geográfico, y de acuerdo con el medio, con la distribución de la población y las infraestructuras. "El espacio es un producto social, es una obra humana, y representa un modo de existencia de las sociedades"⁴.

En ese espacio construido socialmente se reflejan los intereses sociales y los conflictos de los diferentes grupos sociales que lo ocupan.

Con el fascículo sobre temas de macrobioética en Colombia, se sientan las bases para estudiar y tratar de entender la violencia como comportamiento humano, sus causas y sus orígenes. No puede existir una fatalidad trágica en esa cultura de muerte. La construcción de una ética civil desde la Bioética es una propuesta para sustituirla por una cultura de la vida, su calidad y su sentido. Existe en efecto, una relación íntima entre Bioética y derechos humanos que debe promoverse como opción moral reconstructiva del tejido social.

La destrucción del hábitat, la contaminación del ambiente, de las aguas, la deforestación, la fumigación de cultivos lícitos o de los considerados ilícitos son retos y problemas que plantean interrogantes y desafíos que vencer en la vida actual y del inmediato futuro colombiano, sin perder de vista que estos problemas sociales se insertan en la globalidad contemporánea.

Estos fascículos no son concluyentes y por el contrario seguirán enriqueciendo una serie de otros trabajos que ya hemos iniciado en la Universidad. La memoria escrita de estos trabajos, de las reflexiones que los compañeros y las fuentes que vienen trabajando se hallan, por ejemplo, también en la Colección Bíos y Ethos que publica la Universidad El Bosque.

Con esta síntesis se cubren los aspectos sobresalientes de los temas tratados en el postgrado de bioética de nuestra Universidad. Los fascículos son el producto del trabajo colectivo realizado por algunos de los profesores del programa de Bioética.

Jaime Escobar Triana, M.D. Ms. Fl. Ms. BIOÉTICA
Rector Universidad El Bosque
Agosto 09/99

4. Cinep-Colciencias. Colombia, País de Regiones. Santafé de Bogotá, 1998.

INTRODUCCIÓN

Uno de los temas clave de la Bioética es el de la justicia en la prestación de servicios en salud frecuentemente denominado justicia sanitaria. En esencia, el problema, se refiere a cómo una sociedad distribuye las posibilidades de sus miembros en el acceso a los diversos elementos constitutivos de la atención en salud y la manera cómo determina las cargas y sacrificios necesarios para lograr un nivel dado de salud.

De entrada, son relevantes las implicaciones económicas del tema. Se necesita mucho dinero, hoy en día, para satisfacer los requerimientos de los servicios de salud de la población, independientemente del nivel de desarrollo o sistema económico de un país.

Producto de factores asociados al desarrollo tecnológico y científico, al carácter de bien primario que tiene la salud, y a la manera de organizar la prestación de los servicios y los costos de la atención en salud han tenido notorios incrementos en los últimos cincuenta años. Y esto es válido tanto para países con un Producto Interno Bruto alto, como para países con escaso o limitado desarrollo, donde grandes sectores de la población carecen de oportunidad de acceso a los medios básicos de atención.

Hace apenas unos ciento cincuenta años, para la mayoría de la gente, estar sano o enfermo era un problema privado, disociado del estado y la sociedad, en general incomprensible, determinado por la suerte o fuerzas sobrenaturales ajenas al control de los individuos.

Con el advenimiento definitivo, en el siglo XIX, del enfoque etiológico, (entender las causas directas de las enfermedades) como culminación del proceso moderno de comprensión de la enfermedad, y después de un difícil trayecto de más de 300 años, se incluyó el reconocimiento de las lesiones anatomo-patológicas en el cuerpo, (y a integrarse en las manifestaciones clínicas, se inauguró la espectacular carrera de la medicina científica y se pensó que se había encontrado la manera de dominar los entramados complejos que ocasionan la enfermedad.

Esto generó la reacción de las personas por tener condiciones que garantizarán su salud. Inicialmente medidas de higiene que las protegieran de los gérmenes patógenos, luego acciones curativas que remediaron los padecimientos y limitaciones y más recientemente la conciencia individual y colectiva del "derecho a la salud".

En este proceso, el Estado y todos los estamentos sociales, se vieron impelidos a asumir responsabilidades en procura del bien primario meritorio llamado salud. Durante todo el siglo XX, con diferencias sustanciales entre los países pobres y ricos, se alcanzó esta manera de ver las cosas. No obstante, en los últimos 20 años, absolutamente todos los gobiernos, manifestaron su preocupación por el crecimiento del gasto en salud como algo a detener, si no se quería llegar a una crisis financiera de grandes proporciones, pues el costo en servicios para la salud crecía más aprisa que los recursos necesarios para su financiación.

Así apareció el problema de los recursos escasos, frente a unas necesidades crecientes e ilimitadas en salud. Ante esta problemática, la relación entre ética y economía es evidente y es motivo de conflicto entre quienes desde un extremo, propugnan por una

visión estrictamente económica y quienes olvidando la importancia de la economía, propugnan desde el otro extremo, por una visión priorizada y circunscrita en todo momento y circunstancia por los principios éticos.



PRINCIPIO DE JUSTICIA CRITERIOS Y TEORÍAS DE LA JUSTICIA

LA JUSTICIA EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD

La Bioética; disciplina contemporánea de indudable alcance, comenzó en la década de los setenta ocupándose de problemas que afectan los valores y principios morales presentes en la relación médico-paciente. Sin embargo, hoy por hoy, el interés en el problema de la justicia en la prestación de los servicios de salud, es relevante, independientemente del lugar y las condiciones específicas.

Como se esbozó en la introducción, este problema es motivo de discusión cotidiana, incluso en países altamente desarrollados y con una tradición centenaria en materia de seguridad social. Ello acarrea la preocupación por la racionalización en la prestación de los servicios, de modo que los recursos sean bien utilizados sin vulnerar los derechos adquiridos y los principios básicos de la dignidad humana.

Como la Bioética contiene la reflexión desde los valores y principios morales de las prácticas médicas y su impacto social, surgen con vigor desde ésta las preguntas sobre la equidad en el ámbito sanitario y el cómo elaborar un propósito contractual enmarcados dentro de unos criterios mínimos que sean afines con la justicia social.



Javier Gafo llama la atención sobre la importancia que en los últimos años, ha adquirido el debate en torno a este problema en el mundo¹. Qué decir de su importancia en los países de la llamada periferia, específicamente los de América Latina, por ser los más cercanos a nuestro afecto.

En Latinoamérica y en Colombia, en las décadas finales del siglo que culminó, se desarrollaron políticas con la pretensión de lograr sistemas de salud equitativos, eficaces, de calidad y viables financieramente. Se trata además, de un asunto global de la agenda internacional. En efecto, Chile, Uru-

¹ GAFO, Javier. "Los principios de justicia y solidaridad en Bioética". En: Cuadernos del Programa Regional de Bioética para América Latina y el Caribe. OPS No. 6. Agosto de 1998.

guay, Brasil, Argentina, México, Colombia, Perú, emprendieron reformas innovadoras de sus sistemas de salud en los últimos quince años.

El avanzar en la comprensión y el conocimiento de los factores que inciden en la respuesta institucional y social organizada ante las necesidades en salud es un asunto multifactorial y complejo que compromete al Estado, los gobiernos, los diseñadores de políticas institucionales, los gestores en salud, los proveedores, los profesionales asistenciales y la comunidad en general.

Desde la Bioética, el principio por excelencia para analizar es el de justicia que supone un trato igualitario e imparcial en la distribución de los cuidados y de los recursos, riesgos y beneficios, como también a una selección equitativa en sujetos de experimentación científica. Es un propósito de interés social, razón por la cual a continuación, se esbozarán sucintamente los principales criterios o teorías de justicia que pretenden validez en el mundo contemporáneo, particularmente en lo atinente a la prestación de servicios de salud.



TEORÍAS DE LA JUSTICIA SANITARIA O DE LA ATENCIÓN 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 las necesidades vitales básicas de todo ser humano. Se considera como naturaleza común de los seres humanos, el deseo a la igualdad por el contrario la desigualdad es reprochable desde el punto de vista moral². 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*"³.

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 ga-

rantizar 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 hasta ahora expuesto, está implícito un concepto de justicia que presupone la igualdad de los seres humanos. En otras palabras, el acceso a la asistencia sanitaria como bien fundamental. Entonces, el acceso a los cuidados médicos debe ser universal y debe comprender, por tanto a todos y cada uno de los individuos⁴.

² BOBBIO, Norberto. *Igualdad y libertad*. Barcelona. Paidós Ibérica. 1993.

³ PAPANICHI, Angelo. *Filosofía y derechos humanos*. Santiago de Cali. Ed. Universidad del Valle. 1997.

⁴ ESCOBAR TRIANA, Jaime. *Ley 100 de Seguridad social: Implicaciones Bioéticas*. En *Bioética y Justicia Sanitaria*. Varios autores. Colección Bíos y Ethos. Santafé de Bogotá. Ediciones El Bosque. Universidad El Bosque. 1999.

ENFOQUE LIBERTARIO O NEOLIBERAL DEL LIBRE MERCADO

Hay quienes se apartan radicalmente del anterior criterio y consideran que en justicia no se puede hablar de un igual derecho por parte de los individuos a la atención en salud. Antes por el contrario, creen inmoral, ajeno a la libertad y a la diversidad, el querer un sistema de salud de igual oferta y demanda para todos. Veamos.

La teoría de la mínima intervención estatal ha sido desarrollada por Nozick, quien cree que el criterio de justicia debe sustentarse en dos principios básicos, el de la justa adquisición y el de la justa transferencia. Es claro que estos principios se ligan indisolublemente a la propiedad privada legítima, como fundamento de la justicia.

Según este autor, si la apropiación y el intercambio de los bienes surgen sin coacción, de la dinámica del libre mercado, esto es justo y basta para explicar las desigualdades existentes. Sería perverso 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 lo que, a lo sumo, se podrían ofrecer como compensación para aquellos menos favorecidos, actividades benéficas de naturaleza caritativa.

Para Nozick, la realidad derivada de la defensa radical de la libertad legítima de apro-

piación, 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 suministre. Sería, en tanto, 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"*⁵.

Javier Gafo, citando a Tristram Engelhardt, bioeticista norteamericano, recuerda que éste cree que *"nadie puede cargar con la responsabilidad de reestablecer la salud de quienes pierden en la lotería natural.....las personas acaudaladas siempre son moral y seguramente libres de adquirir más y mejor asistencia sanitaria"*^{6,7}.

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

⁵ NINO, Carlos S. *Ética y Derechos Humanos*. Buenos Aires. Paidós. 1984.

⁶ GAFO, Javier. Op. citada

⁷ ENGELHARDT, H.T. *Los fundamentos de la bioética*. Barcelona. Paidós. 1995.

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 los diferentes poderes, elecciones, fortunas y visiones de las personas⁸. 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 benéficamente, según la simpatía y solidaridad capaz de ser desarrollada por cada individuo o institución, frente a aquellos que la lotería del mercado ha colocado en situación de desventaja.

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. Ha 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.

Sin embargo, 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, el criterio del bienestar colectivo.

La tercera 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 bastan para alcanzar el bienestar si ha nombre de ellas 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 posible⁹.

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 un 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*,

⁸ ENGELHARDT, H.T. Op. citada

⁹ RAWLS, John. *Teoría de la justicia*. México. FCE. 1978.

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.

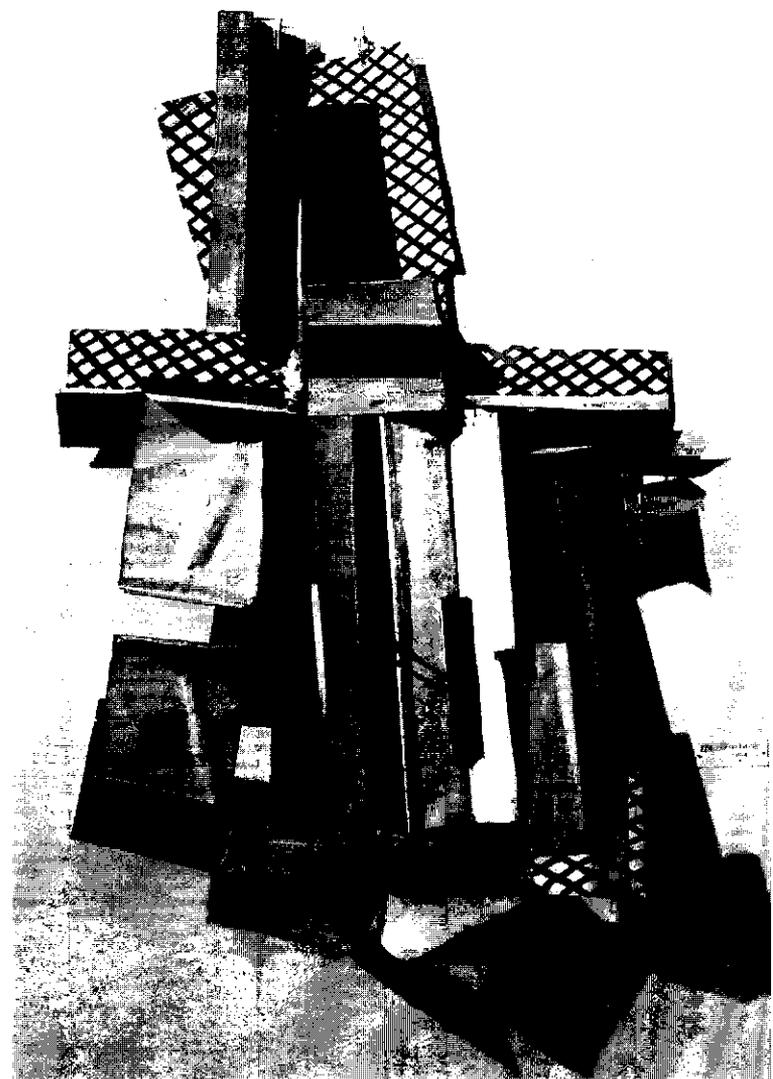
Una vez hecho esto quedan claras las condiciones de vida digna y por tanto, cuando las desigualdades aparecen, se deben beneficiar especialmente a los menos afortunados para aspirar a realizar la igualdad. Para Rawls, el papel del Estado en pos de tal objetivo es determinante, entendiéndose éste como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

Aquí es pertinente citar a Diego Gracia, conocido bioeticista español, comentando la teoría de la justicia de Rawls: *"surge como teoría intermedia que entiende la justicia como -equidad- (fairness). Su éxito ha sido enorme. Ningún otro estudio teórico sobre la justicia ha tenido un eco tan grande en lo que va del siglo. También ha sido grande su repercusión en medicina. Desde hace quince años no hay trabajo o estudio sobre temas de justicia sanitaria que no parta de él, aunque sea para criticarlo"*¹⁰.

En torno a los límites de la atención en salud como bien primario, necesidad básica que se debe ofrecer a todos los miembros de la sociedad, estos están dados por las peticiones y servicios que excedan la utilización razonable de los recursos disponibles. A su vez, lo razonable sería 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 Daniels¹¹ quien considera que en determinadas situaciones la enfermedad y discapacidad secundaria a la misma, restringen el acceso de los afectados en



¹⁰ GRACIA, Diego. *Ética y vida, 4: Profesión médica, investigación y justicia sanitaria*. Santafé de Bogotá. Edit. El Búho. 1998.

¹¹ DANIELS, Norman, *Just Health Care*, Cambridge University Press. 1985.

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 sería aplicable para un caso de cirugía estética.

También desde la inquietud del bienestar colectivo y la equidad en la justicia distributiva, Ronald Dworkin¹² llama la atención sobre como el gasto en salud compite con el gasto en otros sectores igualmente necesario para el pleno desarrollo de las posibilidades humanas como por ejemplo la educación y por tanto sería injusto sacrificar los otros sectores, privilegiando aisladamente el sector salud. Esto lo llama Dworkin, el modelo de aislamiento. Aboga en cambio por un modelo de integración en el cual el gasto en salud se equilibre con el de educación y demás componentes del llamado sector social, en una perspectiva que a nuestro juicio desborda el concepto de justicia sanitaria y se acerca al de justicia social.

Diego Gracia¹³ también es partidario de la teoría del bienestar colectivo, cree que al abordar el tema de la justicia sanitaria se deben tener en cuenta dos momentos: el momento deontológico o principalista (del deber ser) y el momento teleológico o utilitarista (de las consecuencias). El primero, suficientemente sustentado en las Declaraciones de Derechos Humanos y los pronunciamientos sobre el Derecho a la salud, materializados incluso en los ordenamientos jurídicos internacionales y de diferentes estados. El segundo, sustentado en la necesidad de

optimizar la utilidad pública de los recursos disponibles. Todo dentro de una misión integral de bienestar colectivo. En combinar adecuadamente estos dos momentos según la situación concreta estaría la razón moral adecuada para solucionar los conflictos de justicia sanitaria.

DOS ENFOQUES LATINOAMERICANOS

1. Interesante resulta el pensamiento del Argentino Pablo Rodríguez del Pozo¹⁴, Consultor del programa regional de Bioética de la OPS, quien ve deseable el diálogo entre filósofos y teóricos por un lado y administradores, economistas y prestadores de servicios de salud por el otro para construir una teoría realista, válida y realizable que permita abordar los problemas concretos. Cree para esto importante, partir primero de una teoría de la necesidad asistencial, y segundo de una caracterización de los límites de la asistencia sanitaria. Comprende la enfermedad y la salud, ante todo, como consecuencias de las condiciones socio-culturales y ambientales, en donde el papel de la asistencia sanitaria en general, posee un alcance muy limitado en cuanto al mejoramiento de la salud y en control de la enfermedad considerando la población en general.

Su análisis de la estructura de la demanda asistencial en salud llama la atención sobre características especiales, ya que en el acto demandante, el paciente, ignora sus reales

¹² DWORKIN, Ronald, *Justice in the distribution of health care*. McGill. Law Journal. 1993.

¹³ GRACIA, Diego, *Profesión médica, investigación y justicia sanitaria*, Santafé de Bogotá. Editorial El Búho. 1998.

¹⁴ RODRÍGUEZ DEL POSO, PABLO, *Qué es eso de la justicia Sanitaria*, En Bioética y Justicia Sanitaria. Colección Bíos y Ethos. Ediciones El Bosque. No 9. 1999.

necesidades y a cambio, es suplido por el médico. Además, el paciente demandante y el mismo médico, en el esquema predominante, se inscriben en una concepción que considera la salud y la enfermedad como resultante prioritariamente de los procesos curativos y los desarrollos científicos y tecnológicos. *“Los pacientes tiene expectativas irrealísticamente altas en cuanto a la capacidad de la asistencia médica para mejorar la salud, por lo tanto demandan servicios innecesariamente... Se impone una tendencia al sobreconsumo y la sobreutilización de los bienes y servicios médicos diagnósticos y terapéutico-asistenciales cuya razón debe buscarse en las expectativas creadas en cuanto a la efectividad de la medicina curativa, y a la fe, a veces ciega, que los pacientes depositan en ella”*¹⁵.

Las anteriores circunstancias, que el paciente no conozca la naturaleza de sus necesidades, que sea el médico quien las define, que las expectativas en torno a la tecnología y lo curativo no correspondan a la realidad, hacen posible la demanda inducida, la cual correspondería, como su nombre lo indica, más a los intereses del médico u otros terceros (proveedores, investigadores, técnicos) que a los propios intereses del paciente. Todos estos, serían factores determinantes del excesivo costo de la asistencia sanitaria con consecuente tendencia a crecer y a devorar los recursos existentes. Por lo tanto, para Rodríguez del Posso, es necesario estable-

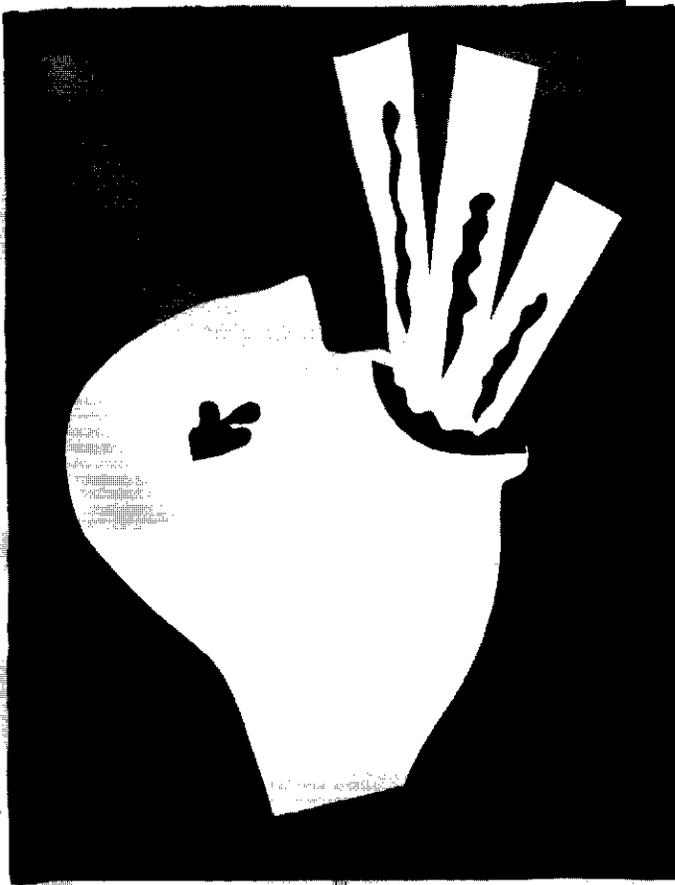
cer el contenido y límite de la asistencia sanitaria debida. Entonces debería definirse primero que todo, de manera consensuada, la noción de salud y enfermedad, con todo lo que significa desde el punto de vista biológico, psicológico y social. Y ya con esto claro, precisar las verdaderas necesidades asistenciales, no únicamente desde el punto de vista curativo e individual sino también preventivo y comunitario. De modo que surjan lineamientos sobre lo que es debido como prestación frente a lo que se consideraría socialmente innecesario. Como rasero para establecer los límites propone la eficacia y la efectividad comprobadas de las acciones, intervenciones y procedimientos sanitarios.

2. En reciente publicación, Ramón Abel Castaño¹⁶ propone un nuevo contrato social con la profesión médica, donde se trascienda la milenaria tradición hipocrática del principio de beneficencia que obliga al médico a actuar exclusivamente en interés del paciente sin consideraciones de otra especie (justicia conmutativa, interés individual), por una práctica acorde con la realidad de los altos costos y la escasez de los recursos. Una práctica que además considere como principio ético de equidad y eficiencia el uso racional de recursos (justicia distributiva, interés colectivo). Castaño argumenta que la falta de control en el gasto en salud termina siendo oneroso, en particular para los más pobres y desposeídos, lo que afectaría a la larga el bienestar colectivo.

¹⁵ RODRÍGUEZ DEL POSO, Pablo, *Op. Citada*.

¹⁶ CASTAÑO, Ramón Abel, *Medicina, ética y reformas a la salud*. Santafé de Bogotá. Fundación Creer. 1999.

EL DERECHO A LA SALUD ALGO NO TAN CLARO



Como ya se dijo, 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.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 fue el primer documento

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 en 1949.

Desde finales del siglo XIX en Alemania se había originado el concepto de Seguros sociales durante el gobierno del canciller Bismarck. Luego el triunfo de modelos socialistas en la Rusia y México plantearon la necesidad del acceso universal de todos los habitantes a los servicios de salud, de acuerdo a su necesidad.

Hoy, el Derecho a la salud implica 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.

No obstante, a la hora de profundizar el sentido y alcances de lo expresado, el debate se torna candente algunos consideran que las proclamas y declaraciones sobre el Derecho Universal a la salud, son posturas demagógicas, porque la realidad por el contrario demuestra que los recursos son insuficientes para lograrlo y la situación de estar sano o no depende de variables ajenas a la responsabilidad estatal tales como el azar,



los riesgos, los hábitos en la vida privada y la responsabilidad personal. Recordemos la opinión de autores como Nozick y Tristram Engelhardt.

Otros, en una perspectiva asistencialista, consideran el derecho a la salud como la prestación de un paquete determinado de actividades, intervenciones y procedimientos médicos por parte del Estado lo que debe estar estrictamente regulado por las normas. El problema se restringe a la elaboración de listados pertinentes, con la subsiguiente exclusión de lo definido como superfluo y la minucia de requisitos para el acceso a la tecnología de alto costo.

Quienes consideran la salud ante todo como mercancía, entienden la naturaleza del dere-

cho a la misma como la libertad de comprarla. Sin embargo, frente a la dinámica excluyente y perversa del mercado de la salud, plagado de externalidades (mercado imperfecto), hay en este contexto posiciones que predicán la intervención estatal de manera que las cargas se redistribuyan más equitativamente.

Ante el hecho de los profundos desequilibrios entre países, y en un mismo país, entre diferentes clases sociales, en el seno de entidades como la Organización Mundial de la Salud, se le da al derecho a la salud, un carácter progresivo en el objetivo de gradualmente, en un proceso continuo, aspirar a la equidad y la universalidad en algún momento. A propósito, se toman como ejemplo los casos de los países de la periferia o excluidos de los índices sensatos de desarrollo, donde las carencias son de naturaleza estructural.

Sobre el Derecho a la Salud, Norman Daniels¹⁷ dice que el peligro está en convertir este derecho en una fuente de exigencias caras y permanentes que consumirán, tarde o temprano los recursos, al creer equivocadamente que se está ante la existencia de un barril sin fondo, inagotable. Advierte sobre los límites del Derecho a la Salud, los cuales deben surgir, eso sí, de una justa e imparcial distribución al interior del mismo sistema de salud. Según este autor deben definirse por medio del contrato social, los racionamientos y exclusiones duraderas y circunstanciales, al abordar aspectos como el uso de la tecnología de punta, la situación macroeconómica y las expectativas plurales de los ciudadanos.

María Julia Bertomeu y Graciela Vidiella¹⁸ creen que la salud no es un bien especial

¹⁷ DANIELS, Norman. *El derecho a la salud*. Seminario Internacional, Ética y reforma a la salud. Minsalud. Colombia. 1999.

¹⁸ BERTOMEU, María Julia y otra. *Asistir o capacitar. En defensa de un derecho a la salud*. Perspectivas Bioéticas en las Américas. No 1. 1996.

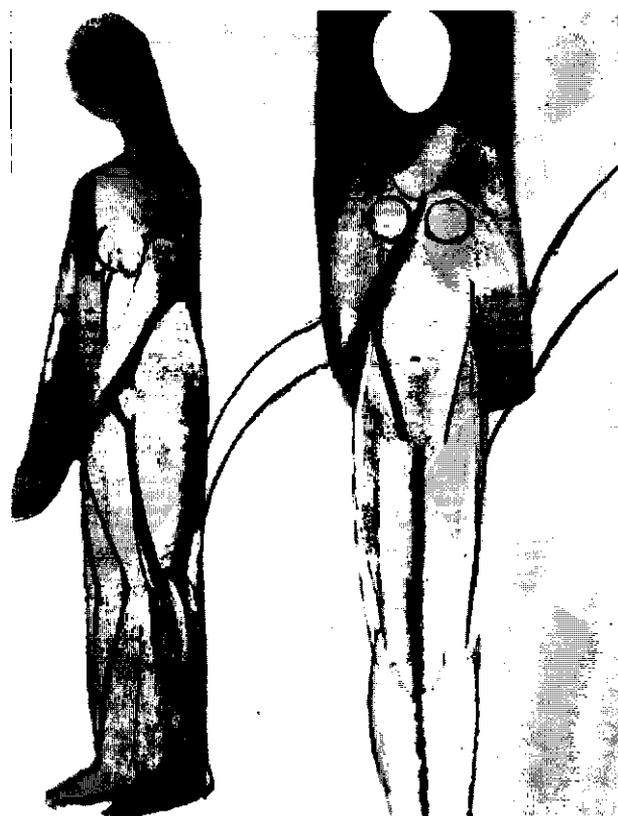
en el sentido de los bienes primarios sino que es un proceso "que reconoce determinaciones complejas y que no necesariamente puede medirse con el parámetro de bienestar". Esto al notar las implicaciones bio-psico-sociales y culturales que integran el proceso salud-enfermedad. "La salud no puede aislarse de la educación, el medio ambiente, las condiciones socioeconómicas y laborales, los hábitos de vida, la alimentación. Esto revela lo impropio de otorgarle un status especial.....Hacerlo así no sólo 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 biologicista o unicasualde la salud-enfermedad."

Bertomeu y Vidella opinan que para medir el grado de justicia existente en una sociedad debe tenerse en cuenta, más allá de la posesión de bienes y la satisfacción de necesidades, el grado de desarrollo de las capacidades de los individuos. Por lo tanto para desarrollar dichas capacidades todos deben tener derecho a la salud porque esto hace posible "el desarrollo de las capacidades básicas requeridas para el ejercicio de la personalidad moral, y es por ello que los depositarios de tal derecho deberán ser todos los miembros de la sociedad". En el aspecto del financiamiento de los recursos, proponen mayores cargas a través de impuestos o de aportes, para quienes son favorecidos socialmente o por obra del azar.

Desde la mirada jurídica, Ilva Myriam Hoyos Castañeda¹⁹ concluye que la distribución de recursos para la salud debe priorizar todo aquello en conexidad directa con la vida, la calidad de vida y la dignidad de la persona.

Por ende el Estado debe garantizar a todas las personas y a cualquiera en particular, el acceso a los servicios cuando está comprometida su vida. Esto define el carácter fundamental del derecho a la salud y además su connotación asistencial.

Con fundamento en la teoría y praxis de los Derechos Humanos se han producido proclamas, declaraciones, instrumentos, acuerdos, convenciones sobre los Derechos de los pacientes, los derechos fundamentales de los seres humanos en la investigación médica, los pacientes VIH positivos, los derechos humanos y el genoma humano, etc. En el centro de todo el asunto está la vulnerabilidad del ser humano en ciertas circunstancias y la posibilidad de ser



¹⁹ HOYOS, Ilva Myriam. *La salud como derecho fundamental asistencial*. Seminario Internacional. Ética y reforma a la salud. Minsalud. Colombia. 1999.

EL DERECHO A LA SALUD ALGO NO TAN CLARO



Como ya se dijo, 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.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 fue el primer documento

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 en 1949.

Desde finales del siglo XIX en Alemania se había originado el concepto de Seguros sociales durante el gobierno del canciller Bismarck. Luego el triunfo de modelos socialistas en la Rusia y México plantearon la necesidad del acceso universal de todos los habitantes a los servicios de salud, de acuerdo a su necesidad.

Hoy, el Derecho a la salud implica 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.

No obstante, a la hora de profundizar el sentido y alcances de lo expresado, el debate se torna candente algunos consideran que las proclamas y declaraciones sobre el Derecho Universal a la salud, son posturas demagógicas, porque la realidad por el contrario demuestra que los recursos son insuficientes para lograrlo y la situación de estar sano o no depende de variables ajenas a la responsabilidad estatal tales como el azar,



Es claro que este es un asunto que afecta de una u otra manera a la población colombiana y en el cual inciden factores de diverso origen tanto estructurales como coyunturales: aspectos macroeconómicos, políticos, sociales, culturales, de modelo de desarrollo, administrativos, relacionados con las prácticas y las actividades educativas en el área de la salud, relacionados con el perfil epidemiológico de la sociedad, relacionados con las políticas de orden internacional en salud, de modo que la magnitud del fenómeno a abordar, reviste complejidad y por tanto dificultad en la pretensión de alcanzar una visión integral. No obstante, la peculiaridad de la indagación del problema desde el principio Bioético de la justicia, permite delinear un derrotero de análisis con un eje central:

¿Qué sentido de justicia ha caracterizado la distribución de los recursos para la salud en Colombia?

¿Qué concepto de justicia subyace en la organización estatal de los procesos institucionales para el cubrimiento en salud? ¿Cómo son distribuidos los recursos y cómo se garantiza la accesibilidad a los mismos por parte de la población?

Al respecto, es frecuente la presentación de la problemática de la atención en salud, exclusivamente desde la visión general del principio de justicia, sin revisar las particularidades propias, en sí, de dicha problemática, articulándola con la perspectiva historia y sociológica del o los momentos que se estudian.

En verdad, las respuestas a los interrogantes hasta aquí esbozados son múltiples y contradictorias, y eso de por sí, conlleva un reto adicional: cómo poner en juego las diferentes explicaciones, con consensos y discrepancias, en aras de vislumbrar un camino cierto de justicia.

Entonces el meollo de la justicia en la prestación de los servicios en salud, tiene que ver no solamente con bajo qué principio filosófico de justicia se reparten los recursos disponibles, sino además con cómo se hace esta repartición y cuáles son los efectos sociales, culturales, políticos y económicos de su aplicación.

Ilustra lo anterior, el ejemplo de la ley 100 de seguridad social: Mientras plantea principios de alto tono en la orientación de la justicia tales como universalidad, solidaridad, obligatoriedad, eficiencia, calidad y además aspira a *“garantizar a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social, a todas las personas, el acceso a los servicios de promoción, protección y recupe-*

ración de la salud"²² observamos a diario las quejas de variados actores por las consecuencias negativas de la citada ley.

Aspectos claves como el escaso avance para el logro de la cobertura universal, el inadecuado control estatal, la incoherencia normativa, la evasión de la responsabilidad fiscal del estado, la crisis económica de los hospitales, el desvío de los recursos con fines de enriquecimiento particular, el deterioro de la calidad en la prestación de los servicios y en la formación del recurso humano, la limitada investigación y desarrollo científico, la discriminación en el acceso a los servicios a través de la selección adversa son noticia cotidiana en ámbitos de especialistas y profanos.

Los médicos denuncian la aplicación de una racionalidad económica estratégica, dominada por el concepto del libre mercado con el objeto de generar plusvalía para beneficio de un grupo reducido de financistas, en detrimento del mismo sector de la salud, de sus profesionales y funcionarios y de quienes siendo mayoría necesitan del bien esencial de la salud²³.

Es importante comprender que es insuficiente el planteamiento de principios loables y justos,

cuando en la práctica se derivan consecuencias contrarias. Porqué? Qué dinámicas e intereses, procesos y condiciones estructurales hacen posible esto. Ya que la ética es ante todo un saber práctico: "un saber para actuar de un modo racional en el conjunto de la vida"²⁴.

ESBOZO HISTÓRICO

Podemos partir de los años 50s, observando que es cuando se concreta en el país el cambio de la concepción clásica de beneficencia y asistencia social a la de seguridad social.

En esos años se consolidan el Ministerio del ramo, fundado en 1947, la Caja Nacional de Previsión, para empleados y obreros oficiales, creada en 1945 y el Instituto de Seguros Sociales que comenzó a funcionar en septiembre de 1949. También por entonces Colombia se inserta definitivamente en la economía mundial y la población inicia la rápida transformación de rural a urbana, con innegables efectos en los perfiles epidemiológicos y en la manera de sentir la salud y la enfermedad.



²² CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA. Arts. 48 y 49.

²³ PATIÑO, José Felix y COMISIÓN DE SALUD. *Ley 100 de 1993: Reforma y crisis de la salud*. Academia Nacional de Medicina. Santafé de Bogotá. 1999.

²⁴ CORTINA, Adela. *Ética de la empresa*. Madrid. Ed. Trotta. 1994.

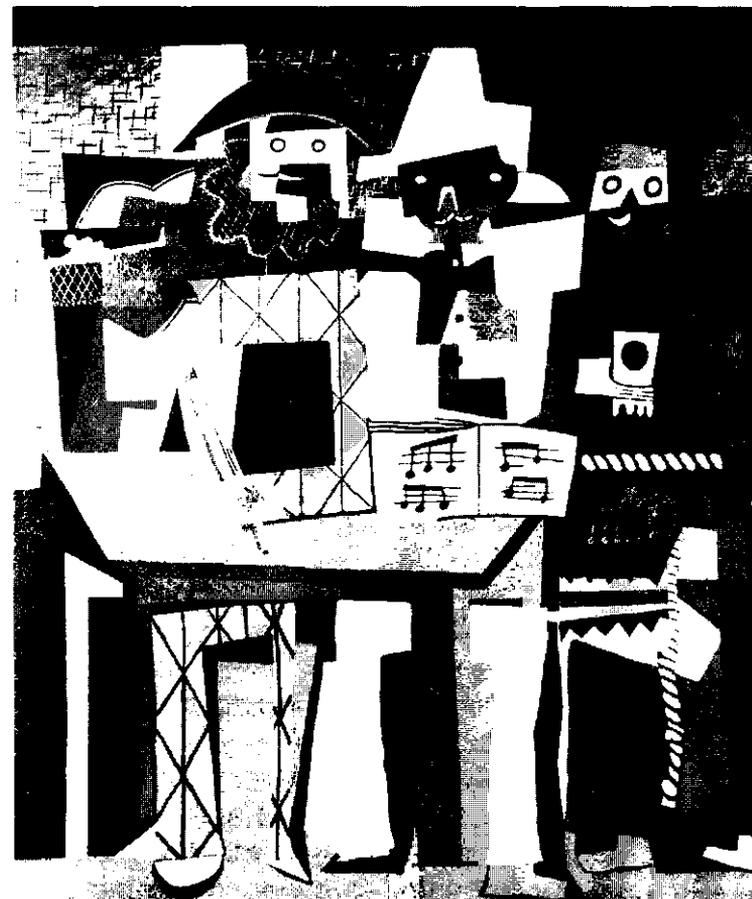
Antes, a principios de siglo, excepto algunas intervenciones en el campo de la higiene, entendida como el control de enfermedades transmisibles en zonas endémicas, el problema de la atención a las enfermedades no era un problema del Estado, sino del terreno de la vida privada. Cada cual lo resolvía su manera. El que no contaba con medios económicos, acudía a los servicios de caridad, regentados por las comunidades religiosas católicas. Recuérdese como la Constitución de 1986 incluye apenas un concepto primario de asistencia pública ligada a la noción jurídicamente relevante de la nación católica. En los años 20s se da la transición hacia la salud pública con las campañas contra la fiebre amarilla y la uncinariasis, las cuales contaron con el apoyo y la orientación de la Fundación Rockefeller²⁵.

No sobra advertir que en los cambios de los años 50s, como en los precedentes y subsiguientes el influjo internacional, ante todo de Estados Unidos fue notorio. Al respecto, Juan César García,²⁶ considera el desarrollo de la medicina estatal en América Latina, orientada hacia la inversión en Seguridad Social, como una estrategia de dominación, complementaria a las medidas coercitivas de orden militar y policial. Estima las inversiones en el llamado sector social, como algo necesario para mantener la armonía dentro de la población, en miras a facilitar la implementación de un nuevo modelo de acumulación capitalista.

El modelo de seguridad social original de Bismarck, nació en Alemania (1889), concibió la cobertura restringida a la población asalariada, con base en una financiación tripartita: Estado, patrones y trabajadores. En

cambio, el modelo de W. Beveridge en Gran Bretaña (1942), postuló un sistema universal de cubrimiento para todos los ciudadanos, que fuera financiado por la tributación general, donde se incluyeran todas las contingencias que afectaran la salud. Este concepto iluminó el desarrollo del actual sistema de salud Británico.

El nacimiento de la Seguridad Social en Colombia fue de clara inspiración Bismarckiana. Unos años antes, durante el gobierno de la revolución en marcha de López Pumarejo (1936), se había elevado a la categoría de norma constitucional la responsabilidad



²⁵ HERNÁNDEZ, Mario. *Introducción a la Historia de la Salud en Colombia* Memorias: situación de la salud en Colombia: IST. INS. OPS, Santafé de Bogotá. 1995.

²⁶ GARCÍA, Juan César. *Pensamiento social en salud en América Latina*. Washington. OPS. 1994.

del Estado en la asistencia social, como una función por excelencia del mismo.

En los años 60s, con el Frente Nacional, dentro de la estrategia política de la pacificación se concibió la salud ligada al desarrollo. Fue el tiempo de la Alianza para el progreso del Presidente J. F. Kennedy para las Américas. Entonces la inversión en salud se entendió como contribución al desarrollo²⁷. La reforma del Estado del año 68 (gobierno de Lleras Restrepo), de clara inspiración Keynesiana, (Keynes fue el economista que formuló la doctrina del Estado Benefactor como salida a la crisis de los años 30s en el mundo), aspiró a un hipotético alcance del progreso a través de los planes centralizados de desarrollo. Hoy, es evidente, si miramos las cosas retrospectivamente, que el planeado Estado de Bienestar no logró construirse en Colombia y tan solo algunos atisbos impregnaron las instituciones sociales. Es cierto que la salud comenzó a contar en el impulso del llamado sector social, se trató de acudir al rigor de la planificación y la dirección técnica capacitada en el uso racional de los recursos, pero desafortunadamente esto se desvirtuó por la presencia de factores estructurales en el concierto económico del país, aunados al predominio de prácticas de corrupción política y administrativa.

Como continuación de la visión planificadora y centralizada se adoptó en 1975 (gobierno de López Michelsen), el enfoque sistémico. Los objetivos principales del Sistema Nacional de Salud fueron centralizar las unidades de salud, de suerte que se concibieron como una totalidad lógicamente articulada en un servicio único nacional de salud que distribuyera y asignara los recursos. Se buscaba que estos recursos fluyeran local y regionalmente a través de diferentes niveles de aten-

ción, de modo que cubrieran las actividades y procedimientos en un espectro desde la promoción hasta la rehabilitación de la salud, dando, eso sí, prioridad a la atención básica. Así se materializó la llamada etapa del estado empresarial, iniciada con la reforma constitucional de 1968. De nuevo, retrospectivamente, los alcances del enfoque sistémico fueron insuficientes y pobres.

LA SITUACIÓN ACTUAL ANTECEDENTES INMEDIATOS

Previamente a la reforma constitucional del 91, el panorama del sector salud en nuestro medio era desalentador (lo que no quiere



²⁷ HERNÁNDEZ, Mario. *Op. Citada*.

decir que no lo siga siendo). El gasto proporcional en salud se venía reduciendo paulatinamente de un 8 – 10% en los 70s a un 4% a finales de los 80s. La cobertura en salud por parte del sistema de Seguridad social, en los casos más optimistas se estimaba alrededor del 20%, dejando a cargo del Sistema Nacional de Salud (Red pública), otro 30%, más o menos, lo que significaba que un 40 a 50% de población estaba totalmente descubierta. Además se presentaban diagnósticos serios de ineficiencia, insolidaridad, inequidad, mala calidad, etc. En suma, una situación de Estado intervencionista con pretensiones de ser benefactor, sin lograrlo.

El debate sobre el Derecho a la salud en la Asamblea Nacional Constituyente del 91 fue prolífico. Se presentaron 116 documentos de diverso origen. Recién había comenzado la descentralización y la municipalización de los recursos en salud.

En el texto constitucional la posición del Estado Social de Derecho, democrático, pluralista, participativo, aparentemente predominó. El Derecho a la salud se contempla en el capítulo de los derechos económicos, sociales y culturales, identificados conceptualmente como Derechos Humanos de segunda generación.

La reforma del sistema de salud y de seguridad social en Colombia (Ley 100/93), se realizó paralelamente a los programas de ajuste estructural y estabilización económica adoptados a principios de los años 90s por los países latinoamericanos como salida a la llamada década pérdida de los años 80s, cuando el peso de la deuda externa impidió un mayor desarrollo en estos países. En dichos programas, siguiendo orientaciones del Banco Mundial y del Fondo Monetario Internacional, se propugnó, además de cambios de tipo macroeconómico, por la disminución del papel del Estado como proveedor



de servicios sociales, con la consecuente privatización de los servicios públicos. Es interesante entonces, dilucidar la incidencia de las políticas neoliberales en el diseño del nuevo sistema de salud colombiano y sus efectos prácticos sobre el bienestar social, haciendo énfasis en el criterio de justicia subyacente.

EL PANORAMA RECIENTE

No hay duda sobre la mala salud como uno de los aspectos que afectan más la calidad de vida de amplios sectores de la población colombiana. En verdad se han superado problemas, pero la situación. Es persistentemente intolerable. Se han reducido significativamente los índices de mortalidad infantil. También se ha aumentado la esperanza de vida al nacer, no obstante el gran peso específico de los homicidios. Se han controlado epidemias. Se impulsan políticas generales



benéficas con énfasis en atención primaria y promoción y prevención. Pero persiste la imposibilidad de acceso a agua potable para un número importante de personas. Hay altos índices de desnutrición y hay problemas en la producción de alimentos. Los recursos en salud, además de estructuralmente escasos se dilapidan o asignan a sectores privilegiados. Reaparecen algunas enfermedades propias del subdesarrollo como las infecciones emergentes y reemergentes. La inequidad entre regiones es protuberante. En departamentos como el Chocó los problemas de salud son más acentuados en todos los órdenes. Allí, la atención médica es un problema crítico por la escasez de profesionales y redes de atención: *“En relación a la expectativa de vida, los varones tienen una expectativa de 67 años, pero en el departamento del Chocó es de sólo 63 años, mientras que en las mujeres es de 74 años y en el Chocó de 69.5%, evidenciando estas diferencias las diferencias de oportunidad de vida de las poblaciones”*²⁸.

En una comunicación de varias ONGs colombianas al Consejo económico y social de las Naciones Unidas (ECOSOC), en el año 95 se informaba que semanalmente 41 de cada cien colombianos se sienten de alguna manera enfermos. Y tan sólo, 12 acuden al médico y 0.2% se hospitaliza. Además, uno de los rubros más caros de la canasta familiar es el de los medicamentos. No hay control sobre estos productos. La inflación en salud supera hasta 8 puntos la normal. Únicamente el 10% de la población acude al servicio odontológico integral y la ley 100 no le da la importancia debida a la salud oral. Hay un médico por cada 1400 personas y una enfermera por cada 5840. No hay accesibilidad a los servicios de salud adecuados para los campesinos pobres y las comunidades étnicas. Estos sectores no son atractivos para las Empresas Promotoras de Salud porque no les significan rentabilidad. El Pos restringe algunos servicios, establece períodos mínimos de cotización para las enfermedades de alto costo y los procedimientos quirúrgicos.

Consuelo Ahumada²⁹, plantea que la proliferación de agendas sociales en los noventa, en los países de América Latina, buscan ante todo mitigar los efectos adversos más desastrosos del ajuste estructural. Se pretende administrar la pobreza con la distribución de bienes y servicios apelando a tres estrategias fundamentales: focalización, distribución y privatización. Para esta autora, tal fue marco de elaboración de la ley 100 de 1993 o reforma a la seguridad social, promulgada con la intención de ampliar la cobertura y lograr la eficacia y eficiencia hasta entonces ausentes debido a las condiciones del sub-

²⁸ MÁLAGA, Hernán. *Equidad en salud y oportunidad de vida*. En Bioética y Justicia Sanitaria. Colección Bíos y Ethos. Ediciones El Bosque. Santafé de Bogotá. 1999.

²⁹ AHUMADA, Consuelo. *Política social y reforma de la salud en Colombia*. En papel político No. 7. Abril de 1998. Santafé de Bogotá.

desarrollo y al debilidad y corrupción del Estado.

Pero hoy, cerca de siete años después de la sanción de ley, los frutos de la misma no son halagueños.

La crisis de los hospitales públicos avanza, los servicios se prestan con un criterio primordialmente comercial, la calidad en salud se ha deteriorado. Los médicos, trabajadores y profesionales de la salud aquejan desmejoras en sus condiciones de trabajo. Los recursos del Fondo de solidaridad y garantía para los más pobres y vulnerables, se han quedado buena parte, en manos de intermediarios inescrupulosos, y en cuanto al objetivo central de la ampliación de la cobertura, *“a febrero de 1999 cerca de 24 millones de compatriotas no están vinculados al sistema, dentro de los cuales un número cercano a los 15 millones no tiene acceso a los servicios de salud”*³⁰.

Ahora bien, uno de los problemas a resolver tiene que ver con la contradicción presente entre un modelo político con elementos de aplicación principalmente neoliberales, y una constitución política que proclama a Colombia como un Estado social de derecho. Merece aquí citarse a Loewenstein³¹, quien atendiendo al sentido de la aplicación real de las constituciones las divide en normativas, nominales y semánticas. Remedio Sánchez Ferriz y Luis Jimena³², inventan una metáfora sobre el traje para explicar esto. Dicen: *“semántico sería aquel texto fundamental que se equipara con traje de sastre, hecho a medida, perfecto, pero que permanece colgado en le armario sin usarse; nominal sería la*

Constitución que se aplica en alguna de sus partes, pero no en todas ellas, y equivaldría a ese traje que sí usamos, pero que no acaba de acomodarnos. Normativas son en cambio, aquellas Constituciones cuyo texto vincula a todos los poderes públicos y a los ciudadanos, que se aplican, y en torno a las cuales se consolida el arraigo social necesario y que, siguiendo con el ejemplo pedagógico, se equiparan al traje, también hecho a medida, que nos sienta bien y además usamos”.

Si miramos la situación Colombiana nos damos cuenta de la distancia existente entre la norma Constitucional y la realidad en muchos órdenes. Esto sucede cuando simplemente se desconoce la Norma fundamental pero también, cuando no se realizan las acciones positivas para garantizarla. Y en materia de salud sí que es más cierto. El argumento estatal y gubernamental por excelencia es la insolvencia y la falta de disponibilidad presupuestal para atender necesidades crecientes.



³⁰ REDONDO, Herman y GUZMÁN Fernando, *La reforma de la salud y la seguridad social en Colombia. El desastre de un modelo económico*. ASMEDAS. AMC. FMC. Biblioteca jurídica Dike. Medellín. 1999.

³¹ LOEWENSTEIN, K. *Teoría de la constitución*. Barcelona. Ariel. 1979.

³² SÁNCHEZ Remedio y otro. *La enseñanza de los Derechos humanos*. Barcelona. Ariel. 1995.

El gasto social en áreas como la salud es precario, y eso de por sí es una negación de la equidad. Peor aún, con la reforma las desigualdades aumentan: *"El sistema de seguro no logrará una cobertura total, porque la clase media baja que es más vulnerable al desempleo, no tiene las condiciones para ser subsidiada, ni tendrá el dinero suficiente para afiliarse al sistema contributivo"*³³. Es decir, el espectro de acción del Estado es bastante limitado mientras a diario un mayor número de personas carece de los medios para solventar sus necesidades. No obstante, el negocio de la salud es atractivo principalmente por las entidades financieras privadas, conectadas en algunos casos con el capital internacional.

Este divorcio entre la política y la gestión en salud y el bienestar social, presenta desde la justicia sanitaria severos cuestionamientos, en primer lugar por la imposibilidad de realizar, al menos para la mitad de los colombianos, los Derechos Humanos positivos, de segunda generación, mandatos del texto Constitucional.

Dicho estado de cosas, contradice el bienestar común *"como posibilidad de alcanzar y disfrutar un conjunto de bienes sociales"*³⁴. Contradice la noción de *"capacidades efectivas"* y *"conjuntos socialmente viables y deseables"*³⁵.

No se trata de un asunto de retórica jurídica o filosófica únicamente, los Derechos humanos en su totalidad, sean negativos o positivos, de primera, segunda o tercera generación conciernen directamente con el bienestar común, con el hecho de desarrollar la rea-



lización plena de las potencialidades humanas en conexión con la cadena de la vida.

A propósito, es noticia habitual de los periódicos nacionales el enfrentamiento entre las instituciones promotoras y prestadoras de salud y la Corte Constitucional Colombiana en torno al alcance del Derecho a la salud. Mientras las primeras privilegian la racionalidad del mercado y la libre competencia

³³ SARMIENTO, Alfredo. *Para una visión prospectiva de lo social: pobreza, equidad, educación y salud*. En *¿Para dónde va Colombia?*. Compilación de Hernando Gómez B. Tercer mundo edit. Colciencias. Santafé de Bogotá. 1999.

³⁴ SARMIENTO, Alfredo. Op. Citada.

³⁵ SEN, Amartya. *Capability and Well-Being*. En *The Quality of Life*. Oxford University Press, 1993.

para establecer limitaciones y exclusiones en la práctica, la corte dice velar por los derechos fundamentales de los ciudadanos: *"El Derecho a la salud tiene como fundamento Constitucional los artículos 1-Dignidad Humana; 11-Vida; 13-Igualdad, y su desarrollo en los artículos 48-Seguridad Social; 49-Salud como servicio público a cargo del Estado; 50-Atención a los niños menores de un año y 363-Mejoramiento de la calidad de vida. Proteger la salud del hombre es proteger su vida. Es un derecho constitucional fundamental inalienable. Por ello efectivizar el Derecho a la salud es un problema que vincula a todas las ramas del poder público. El Derecho a la salud no es una creación nueva del Estado Colombiano. Ha sido tomado de las innumerables declaraciones universales de los Derechos Humanos, pues proteger la salud del hombre es proteger su vida. En estas condiciones el Estado Social de Derecho cumple con sus finalidades"*³⁶.

Es triste concluir que contra la intencionalidad positiva de las normas, la expresión cotidiana de la gestión en salud no representa propiamente el imperio de los Derechos Fundamentales, sino de las carencias y estrecheces institucionales en un mercado que se torna de forma gradual, en un teatro de accesos y perspectivas desiguales.

REFLEXIONES

► Para comenzar, es evidente la importancia y actualidad del tema. Están claros los nexos entre la justicia en la prestación de servicios en salud (justicia sanitaria) y los Derechos Humanos, tal como se entienden hoy en día. Es un

asunto capital en el reconocimiento de la dignidad humana.

- 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.
- 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 se 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.
- Tampoco basta, el relato, aún detallado, de la situación estructural, en nuestro

³⁶ CORTE CONSTITUCIONAL COLOMBIANA. *Sentencia T 613. 1992.*



caso, deficitaria, del sistema de salud. La exposición de las carencias, exclusiones, pobrezas por un lado, frente a los privilegios, abundancias y oportunidades por otro lado, es una corroboración de la profunda inequidad existente, al menos en Colombia y Latinoamérica. Ello nos permite contemplar el panorama. Algo así como el campo de trabajo. Podemos partir de la pregunta, ¿qué criterio de equidad esta presente en el sistema de salud?. Esto, para comenzar a escudriñar en una situación y momento histórico dados. Podemos realizar el inventario de la justicia y llegar hasta la conclusión lamentable de lo que pudo ser y no es, sin ensayar posibles contextos explicativos. Es decir, es necesario, reconocer la situación, pero tal cosa por sí sola, es una pieza del rompecabezas en el problema macro de la justicia.

- ➔ De lo contemplado hasta aquí en estas reflexiones, se deriva que las teorías, la experticia técnica y gerencial y el reconocimiento completo de la situación son

pilares claves en el andamiaje para enfrentar el problema de la justicia en la prestación de servicios en salud. Estos elementos se entrelazan entre sí en una red dinámica que de acuerdo al momento, las circunstancias y la jerarquía del caso o los casos, son cada uno más o menos relevantes. Por ejemplo, si se trata de una circunstancia habitual donde el Derecho a la Vida de una persona está amenazado, entonces los principios y las teorías puede iluminar la resolución de los conflictos inherentes al costo y la ausencia de infraestructura. En tal caso, la dignidad humana prevalece sobre las consideraciones económicas, lo que no puede significar, olvidar su importancia. Pero si se trata de un caso donde se requiere un procedimiento costoso y de escasa oportunidad para remediar un problema que afecta el nivel óptimo de salud de una persona, sin que esto comprometa su vida, y en razón, a la estructura del sistema de salud, no es posible atenderla de inmediato, ante todo por razones económicas, es factible y no necesariamente reñido con la justicia, incluir a esa persona en una lista de espera, siempre y cuando ésta se elabore con transparencia, publicidad y consenso. En suma, en la definición de la preeminencia de uno u otro aspecto de la atención en salud, debe contar el diálogo franco y transparente de los diversos actores interesados en pos de acuerdos que conciten los intereses de la sociedad en general.

- ➔ Cuando se entiende por salud únicamente el acceso eficaz y oportuno a los servicios respectivos, se pierde la visión integral del proceso salud enfermedad, el cual es resultado de las condiciones biológicas, psicológicas, sociales, culturales, ambientales, 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. Para un punto de vista miope del sentido de la salud, tal vez empañado por la omnipresencia del mercado, serían suficientes, estrategias que consultaran el balance costo, beneficio y efectividad, en aras de racionalizar y priorizar el uso de los recursos. Se equivocan quienes opinan que el problema de la justicia sanitaria se reduce a la distribución óptima y equitativa de los recursos. En una perspectiva más amplia, un concepto integral de justicia desborda el campo de la atención en salud, y lo co-

necta con otras necesidades básicas de la gente como la educación, el trabajo, la vivienda, la recreación, la nutrición, el abrigo, el medio ambiente sano. 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. En otras palabras, es irrealizable la llamada justicia sanitaria, (mejor sería denominarla justicia en la prestación de servicios en salud, y así resaltaría la materia del problema en sentido estricto.) si no está inscrita dentro del alcance de la justicia social y la justicia con la naturaleza. Es decir, forma parte del entramado de condiciones que hacen posible la vida, la humana, por supuesto, pero también la vida en general. Lo elemental de la justicia es hacer todo lo posible por preservar la vida, lo que de plano es inalcanzable cuando predominan relaciones humanas sustentadas en la injusticia.

- Capital es, develar en algunas propuestas de gestión en salud, la falacia del mejoramiento en los niveles de salud de la población, a través principalmente del espectro curativo y de atención de la enfermedad y la discapacidad. Muchos estudios refuerzan la congruencia entre condiciones de vida óptima y mejor salud. De nuevo estamos en el enfoque integral ya citado. Además la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, en el trabajo conjunto, continuo y respetuoso con la comunidad produce réditos importantes en el balance de la gestión eficaz. Pero, esto no quiere decir, el desconocimiento del aporte de la tecnología y la terapéutica en el enfrentamiento clínico de la enfermedad, lo que debe someterse en rigor, al análisis costo efectividad.

- Ante la explosión de los costos en salud se impone establecer racionamientos y priorizaciones. Estos, deben ajustarse a las necesidades asistenciales establecidas consensualmente (Norman Daniels) con base en la eficacia y la efectividad comprobadas (Rodríguez del Posso), lo que conduce al análisis costo-beneficio, los protocolos de acceso de la medicina evidente y al paquete básico de atención (Castaño).

- El racionamiento conlleva la dificultad de cómo establecerlo y bajo qué principios y criterios. Al respecto, la "Catholic Health Association de E.E.UU.", propone lo siguiente:³⁷
 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.

- Ahora bien, el problema también trasciende las fronteras nacionales de los Estados. 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

³⁷ CALDERÓN LEGERDA, Germán. *La salud como derecho y la posibilidad de una ética de la distribución de los recursos sanitarios*. En *Ética y Reforma a la Salud*. Seminario Internacional. Minsalud. Colombia. 1999

privilegiados, beneficiados durante siglos por circunstancias de inequidad y explotación frente otros países considerados subdesarrollados. Es decir, el subdesarrollo de la mayoría de países no surgió espontáneamente y mucho tiene que ver con el desarrollo de unos pocos países, ocho quizás que dominan el mundo. El buen nivel de salud de un ciudadano medio norteamericano, alemán o japonés no es ajeno a la miseria y la enfermedad de un ciudadano medio haitiano. Por tanto, ante la reiteración en el ajuste por los altos costos en salud, lo cual es cierto, los países del centro geopolítico mundial tienen una gran deuda por pagar, no exclusivamente en el terreno económico, sino en el humano y tecnológico.

- ➔ *“Todo acto humano tiene lugar en el lenguaje. Todo acto en el lenguaje trae a la mano el mundo que se crea con otros en el acto de convivencia que da origen a lo humano; por esto todo acto humano tiene sentido ético. Este amarre de lo humano a lo humano es, en último término, el fundamento de toda ética como reflexión sobre la legitimidad de la presencia del otro”³⁸.*

Otra red palpable es la que interconecta 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 maleficentes, beneficiantes y 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 autóno-

mas, 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, como 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.

“Ante la ley hay un guardián. Un campesino se presenta frente a este guardián, y solicita que le permita entrar en la Ley. Pero el guardián contesta que por ahora no puede dejarlo entrar. El hombre reflexiona, y pregunta si más tarde lo dejarán entrar.

- ➔ Es posible –dice el portero-, pero por ahora no.

El campesino maldice su mala suerte, durante los primeros años temerariamente y en voz alta; más tarde a medida que envejece, sólo murmura para sí(.....). Ya le queda poco tiempo de vida. Antes de morir, todas las experiencias de esos largos años se confunden en su mente en una sola pregunta, que hasta ahora no ha formulado. Hace señas al guardián para que se acerque, ya que el rigor de la muerte endurece su cuerpo(....).

- ➔ *¿Qué quieres saber ahora? –pregunta el guardián -. Eres insaciable.*

³⁸ MATURANA, Humberto y otro. *El árbol del conocimiento*. Ed. Universitaria. S.A. Santiago de Chile.1996.



- *Todos se esfuerzan por llegar a la ley – dice el hombre –; ¿Cómo es posible que durante tantos años nadie más que yo pretendiera entrar?*

El guardián comprende que el hombre está a punto de morir, y para que sus desfallecientes sentidos perciban sus palabras, le dice junto al oído con voz atronadora:

- *Nadie podía pretenderlo, porque esta entrada era solamente para ti. Ahora voy a cerrarla*³⁹.

Hoy, ante la situación colombiana, no se trata tampoco exclusivamente de la ley 100 de 1993. El proceso de evaluación de esta ley debe realizarse, deponiendo los prejuicios y aclarando los intereses de los diferentes estamentos sociales, de modo que se articulen en la consecución del bien común.

Se advierten importantes falencias en el planteamiento, diseño y ejecución de la ley⁴⁰. También importantes aciertos. Pero, con todo, las metas que se contemplaron para alcanzar en el año 2000 no se han logrado. Persisten inequidades atávicas. El impacto sobre el nivel de vida y salud de la población es pobre. Aunque la ley creó mecanismos que direccionaron abundantes recursos económicos hacia la salud, estos se han pervertido, ya por incumplimiento Estatal, ya por hipertrofia de los procesos de intermediación, ya por la desviación de su destinación por ignorancia y corrupción o ya por las gestiones ineficaces proclives a un modelo centrado en lo curativo.

La cosecha de la ley debe recogerse y evaluarse. Pero, insistiendo, no se trata sólo de ésta. El Estado, las comunidades, la sociedad, deben rebasar el marco de la ley, en el objetivo de la salud adecuada y digna.

³⁹ KAFKA, Franz, *El proceso*

⁴⁰ ESCOBAR, T. Ley 100 de Seguridad Social: Implicaciones Bioéticas. En *Bioética y Justicia Sanitaria – Colección Bíos y Ethos* No. 9, Universidad El Bosque, Bogotá, 1999.

EPÍLOGO

Trabajar por la salud es trabajar por la vida. Lo importante es que la gente comprenda, tanto la común y corriente, como quienes toman decisiones, que hay un entronque, una relación fuerte, entre Derechos Humanos, Ecología, Bioética, Economía y Salud.

La tendencia a mirar la salud sólo como un negocio, sobredimensionando los aspectos técnicos y de productividad, desconoce dicha verdad.

El Estado, las Universidades, Las Organizaciones Comunitarias, las Iglesias, en fin, todas las instituciones no pueden olvidar cual es su razón de ser: la vida, su dignidad y su sentido.

La salud y la enfermedad no son asuntos retóricos sino cotidianos, pinceladas vivas de la trama social. Son también parte de la representación cultural de la manera de nacer, crecer y morir.

La verdad de la ley es voluble, provisional, cambiante. Los textos y normas no prevalecen sobre los hechos. La salud de los colombianos y la ley 100/93 son dos cosas bien diferentes.

La verdadera tarea consiste en recrear una cultura de la salud, acorde con el entorno natural, la dignidad, libertad e igualdad humanas, el respeto a la diferencia y además eficiente y eficaz.



BIBLIOGRAFÍA

- ABEL, Christopher. Ensayos de Historia de la Salud en Colombia. 1920-1990. Bogotá: Cerec en coedición con el IEPRI. Universidad Nacional de Colombia. 1996.
- ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA. Ley 100 de 1993: reforma y crisis de la salud. Santafé de Bogotá: 1999.
- AHUMADA, Consuelo. El modelo neoliberal y su impacto en la sociedad colombiana. Bogotá: El áncora editores. 1998. 303p.
- AHUMADA, Consuelo. Política Social y reforma de la salud en Colombia. En Papel Político no. 7 abril de 1998. P. 9-35.
- BERTOMEU, María Julia y VIDIELLA, Graciela. Asistir o capacitar. En defensa de un derecho a la salud. En Perspectivas Bioéticas en las Américas. Número 1. 1996.
- BOBBIO, Norberto. Igualdad y libertad. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica. 1993.
- CALDERON, Germán. La salud como derecho y la posibilidad de una ética de distribución de los recursos sanitarios. En Memorias Seminario Internacional. Etica y Reforma a la Salud. Ministerio de Salud. Colombia. 1999.
- CASTAÑO, Ramón Abel. Medicina, ética y reformas a la salud. Hacia un nuevo contrato social con la profesión médica. Fundación Creer. Colombia. 1999.
- CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA.
- CORTINA, Adela. Etica de la empresa. Madrid. Ed. Trotta. 1994.
- DANIELS, Norman. Herramientas para orientar la distribución de recursos. En Memorias Seminario Internacional. Etica y Reforma a la Salud. Ministerio de salud. Colombia. 1999.
- DEFENSORÍA DEL PUEBLO. Constitución, Derechos Humanos y Defensoría. PC compatible. 1997.
- DWORKIN, Ronald. Etica privada e igualitarismo político. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica. 1993.
- ENGELHARDT, H.T Los Fundamentos de la bioética. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica. 1995.
- ESCOBAR TRIANA, Jaime y otros. Colección Bios y Ethos. Bioética y justicia sanitaria. Santafé de Bogotá. El Bosque. 1999.
- ESCOBAR TRIANA, Jaime. Ley 100 de Seguridad Social: Implicaciones Bioéticas, Colección Bios y Ethos No.9 Universidad El Bosque – Bogotá, 1999
- FRANCO, Saúl. La salud al final del milenio. En ESCOBAR TRIANA, Jaime. Bioética: La calidad de vida en el siglo XXI. Santafé de Bogotá: Escuela Colombiana de Medicina. Colección vida y ethos. No 1. 1995.
- FUNDACIÓN MEXICANA PARA LA SALUD. Innovaciones de los sistemas de salud: Una perspectiva internacional. México: Editorial médica panamericana. 1995.
- GAFO, Javier. Los principios de justicia y solidaridad en Bioética. En Cuadernos del programa regional de bioética para América Latina y el Caribe. OPS. No. 6. Agosto 1998.
- GARCÍA, Juan César. Pensamiento social en salud en América Latina. México: Interamericana Mcgraw-Hill, OPS. 1994. 326p.

- GRACIA, Diego. Profesión médica, investigación y justicia sanitaria. Santafé de Bogotá: Editorial el búho. 1998. P 151-194.
- HERNÁNDEZ, Mario. Introducción a la historia de la salud en Colombia. Memorias. Situación de la salud en Colombia. Primer curso. IST, INS, OPS. Santafé de Bogotá. 1996.
- HOYOS V, Guillermo. Derechos humanos, ética y moral. Santafé de Bogotá: Universidad Pedagógica Nacional. Viva la cuidanía. Fundación Social. 1996.
- HOYOS, Ilva Myriam. La salud como derecho fundamental asistencial. En Seminario Internacional. Ética y reforma a la salud. Colombia. 1999.
- JARAMILLO, Iván. El futuro de la salud en Colombia. La puesta en marcha de la ley 100. Bogotá: Fundación Friedrich Ebert de Colombia en coedición con Fescol, Fundación Corona, FES. 3ª. Edición 1997.
- LAURELL, Asa Cristina. La reforma contra la salud y la seguridad social. México: ERA. Fundación Friedrich Ebert. 1997.
- LONDOÑO, Beatriz y otro. Derechos humanos y salud. Defensoría del pueblo. Santafé de Bogotá: 1992.
- MEJIA, Oscar. Justicia y democracia consensual. La teoría neocontractualista en John Rawls. Santafé de Bogotá. Ediciones Uniandes. 1997.
- MINISTERIO DE SALUD. ACOMSAP. Reorganización del sistema nacional de salud. 1990.
- MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL. Ley de Seguridad Social. (Ley 100 de 1993). Santafé de Bogotá: 1993.
- MÁLAGA, Hernán. Equidad en salud. En Cartilla de seguridad social. Número 3. Agosto-Diciembre 1997. Memorias seminario internacional. "Políticas públicas: Salud, Equidad y Democracia. Mayo 12 y 13 de 1997: Universidad de Antioquía. FNSP. OPS.
- MIRANDA, Néstor. La medicina colombiana de la regeneración a los años de la segunda guerra mundial. En TIRADO MEJÍA, Alvaro. Nueva Historia de Colombia. Bogotá: Planeta editorial. 1989.
- NINO, Carlos S. Ética y Derechos Humanos. Buenos Aires. Paidós. 1984.
- OPS-OMS. Situación de salud en las Américas: Indicadores básicos 1997. Washington. 1998.
- PAPACCHINI, Angelo. Filosofía y Derechos Humanos. Santiago de Cali. Ed. Universidad del Valle. 1997.
- PATÍÑO, José Félix y COMISIÓN DE SALUD. ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA. Ley 100. Reforma y Crisis de la salud. Santafé de Bogotá 1999.
- QUEVEDO, Emilio y otros. La salud en Colombia: Análisis sociohistórico. Minsalud, DNP. Santafé de Bogotá. 1990.
- RAWLS, John. Teoría de la justicia. México. FCE. 1978.
- REDONDO GÓMEZ, Herman y otro. La reforma de la salud y la seguridad social en Colombia. El desastre de un modelo económico. Asmedas. AMC. FMC. Biblioteca jurídica DIKE. Medellín. 1999.
- SÁNCHEZ, Remedio y JIMENA Luis. La enseñanza de los Derechos Humanos. Ed. Ariel. Barcelona. 1995.