

PÚBLICO OBJETIVO

GERENCIA Y POLÍTICAS DE SALUD ESTÁ DIRIGIDA A ESTUDIANTES, ACADÉMICOS, INVESTIGADORES, PROFESIONALES DE LA SALUD Y DEMÁS PROFESIONES INTERESADAS EN TEMAS RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACIÓN DE SALUD, LA SALUD PÚBLICA Y LAS POLÍTICAS DE SALUD

PERIODICIDAD SEMESTRAL

COMITÉ EDITORIAL

ERNESTO BÁSCOLO
(UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ROSARIO, ARGENTINA)
GABRIEL CARRASQUILLA
(CEIS, BOGOTÁ)
LILIANA CHICAIZA
(UNIVERSIDAD NACIONAL, BOGOTÁ)
RUBÉN DARÍ O GÓMEZ
(UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, MEDELLÍN)
CAMILO DÁVILA
(UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, BOGOTÁ)
AMPARO HERNÁNDEZ
(PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA, BOGOTÁ)
MARIO HERNÁNDEZ
(UNIVERSIDAD NACIONAL, BOGOTÁ)
JAIRO HUMBERTO RESTREPO
(UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, MEDELLÍN)
CATALINA LATORRE
(UNIVERSIDAD DEL ROSARIO, BOGOTÁ)
JAIME RAMÍREZ
(PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA)
DÉBORA TÁJER
(UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES, ARGENTINA)
SERGIO TORRES
(PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA, BOGOTÁ)
ASTRID VALLEJO
(UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, MEDELLÍN)
ROMÁN VEGA
(PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA, BOGOTÁ)
FRANCISCO J. YÉPES
(PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA, BOGOTÁ)

COMITÉ CIENTÍFICO

CELIA ALMEIDA
(ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA, BRASIL)
ÁLVARO CARDONA
(UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, MEDELLÍN)
MANUEL ESPINEL
(UNIVERSIDAD COMPLUTENSE, ESPAÑA)
ERNESTO JARAMILLO
(ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, SUIZA)
DIANA PINTO
(PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA)
BERNARDO RAMÍREZ
(ASSOCIATION OF UNIVERSITY PROGRAMAS IN HEALTH
ADMINISTRATION, USA)
MÓNICA RIJORT
(UNIVERSIDAD DE TORONTO, CANADÁ)
DAVID VIVAS
(UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE VALENCIA, ESPAÑA)

ADMITIDA EN:

ÍNDICE DE PUBLICACIONES SERIADAS CIENTÍFICAS Y TECNOLÓGICAS (PUBLINDEX 2009 CATEGORÍA A2)
DIRECTORIO ULRICH'S
IBSS (INTERNATIONAL BIBLIOGRAPHY OF THE SOCIAL SCIENCES)
RED ALYC (RED DE REVISTAS CIENTÍFICAS DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE EN CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES)
BVS (BIBLIOTECA VIRTUAL EN SALUD)
LATINDEX (ÍNDICE LATINOAMERICANO DE REVISTAS CIENTÍFICAS Y TECNOLÓGICAS)
BVS-VSPCOL (BIBLIOTECA VIRTUAL PARA LA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE COLOMBIA)
SCIELO
DOAJ (DIRECTORIO OPEN ACCES JOURNAL)

INFORMACIÓN, CONTRIBUCIONES

Y CANJES DIRIGIRSE A:

CALLE 40 No. 6-23 PISO 8
EDIFICIO GABRIEL GIRALDO, S.J
TELEFAX (571) 3208320 EXT. 5426
BOGOTÁ - COLOMBIA

CORREOS ELECTRÓNICOS:

rev-salud@javeriana.edu.co
mjara@javeriana.edu.co

PÁGINA WEB

http://rev_gerenc_polit_salud.javeriana.edu.co/
NÚMERO DE EJEMPLARES: 500

DEPÓSITO LEGAL

ISSN: 1657-7027

TARIFA POSTAL REDUCIDA

No. 2008 - 291
4-72 LA RED POSTAL DE COLOMBIA,
VENCE 31 DE DICIEMBRE - 2010

EDITORIAL PONTIFICIA

UNIVERSIDAD JAVERIANA

DIRECTOR

NICOLÁS MORALES THOMAS

COORDINACIÓN EDITORIAL

MARÍA ALEJANDRA TEJADA GÓMEZ

ASISTENTE EDITORIAL

MATILDE SALAZAR OSPINA

CORRECCIÓN DE ESTILO

RODRIGO DÍAZ LOZADA

DISEÑO

CÉSAR TOVAR DE LEÓN

DIAGRAMACIÓN

PROCEDITOR

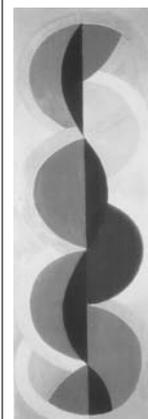
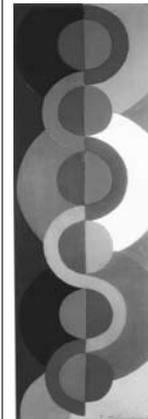
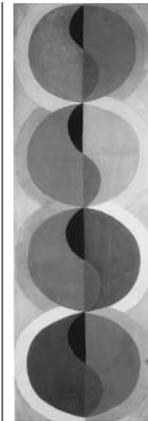
IMPRESIÓN

FUNDACIÓN CULTURAL JAVERIANA

DE ARTES GRÁFICAS, JAVEGRAF

BOGOTÁ

IMPRESO EN COLOMBIA - *PRINTED IN COLOMBIA*



REVISTA GERENCIA Y POLÍTICAS DE SALUD

MISIÓN:

La *Revista Gerencia y Políticas de Salud* se dedica a difundir artículos originales, que contribuyan a la reflexión, análisis y debate en relación con los temas y problemas más urgentes sobre la salud, las racionalidades políticas, gerenciales, los sistemas de salud y todas las demás áreas temáticas y disciplinas que los involucren, a fin de contribuir a mejorar la calidad de vida de la población.

PRINCIPIOS ÉTICOS Y LEGALES:

Los artículos publicados en la *Revista Gerencia y Políticas de Salud* están sujetos al cumplimiento de los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki (1964, reformulada en 1975, 1983, 1989, 1996 y 2000), de la World Medical Association (<http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>) o a la legislación específica (si hubiere) del país en el que la investigación fue realizada. Para tal efecto, los autores de los artículos aceptados para ser publicados y que presentan resultados de investigaciones, incluyendo con seres humanos, deberán contener la afirmación del cumplimiento integral de los principios éticos y las legislaciones específicas con la firma del formulario proporcionado por la Dirección de la Revista.

OBJETIVOS Y POLÍTICA EDITORIAL:

Objetivos: i) Generar un espacio académico de reflexión, análisis y debate por parte de académicos y no académicos en relación con los temas y problemas más urgentes sobre la salud y los sistemas de salud y todas aquellas áreas temáticas que la involucren. ii) Difundir información—investigaciones y eventos académicos y no académicos; nacionales e internacionales— acerca de las distintas actividades que se enmarquen dentro del eje temático de la revista. iii) Incentivar el diálogo y la reflexión crítica estableciendo un puente entre la comunidad académica, sectores públicos y privados, instituciones nacionales e internacionales y personas interesadas en la salud.

La *Revista Gerencia y Políticas de Salud* es una revista académica arbitrada que publica artículos originales de revisión, de resultados de investigación, de reflexión, y reseñas en torno a la salud y los sistemas de salud y todas aquellas áreas que involucren ese gran eje central. La evaluación se guía por criterios científicos (rigurosidad conceptual y metodológica) y editoriales (estructura y estilo).

PÚBLICO OBJETIVO:

La *Revista Gerencia y Políticas de Salud* está dirigida a estudiantes, académicos, investigadores, profesionales de la salud, y demás profesionales interesados en temas relacionados con la admi-

nistración de salud, la salud pública y las políticas de salud

Propiedad intelectual:

Para la *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, el envío de un artículo indica que el (los) autor(es) certifica(n) y aceptan que: i) éste no ha sido publicado, ni aceptado para publicación en otra revista; ii) que no se ha reportado la publicación de una versión previa como *working paper* (o "literatura gris") o en un sitio de web y, que en caso de ser aceptada su publicación, en la *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, lo retirarán de los sitios web, en el que se dejará sólo el título, el resumen, las palabras clave y el hipervínculo a la Revista y iii) que una vez publicado en la Revista no se publicará en otra.

Al enviar los artículos para su publicación, el (los) autor(es) acepta(n) igualmente que para su publicación transferirá(n) los derechos de autor a la *Revista Gerencia y Políticas de Salud* para su difusión en versión impresa o electrónica.

El contenido de los artículos es de exclusiva responsabilidad de los autores. Los textos pueden reproducirse total o parcialmente citando la fuente.

HEALTH MANAGEMENT AND POLICIES JOURNAL

MISSION

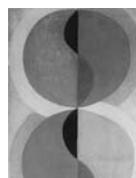
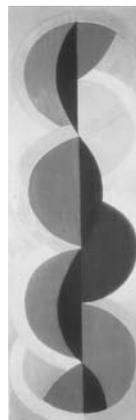
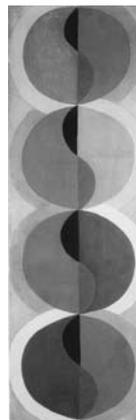
The *Health Management and Policies Journal* is dedicated to publicize original articles that contribute to the reflection, analysis, and debate of important health problems, political and management rationales, health systems, and all other related thematic areas and disciplines in order to contribute to improve the quality of life of the population.

ETHICAL AND LEGAL PRINCIPLES

The articles published in the *Health Management and Policies Journal* are subject to all the ethical principles contained in the Declaration of Helsinki, (1964, reformulated in 1975, 1983, 1989, 1996 and 2000), from the World Medical Association <http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>, or the specific legislation (if existent) of the country in which the research was done. Therefore, the authors of articles accepted for publication and those who present research results, including those with human subjects, will need to have signed confirmation of full compliance with all ethical principles and specific legislations on the form provided by the Magazine's management.

OBJECTIVES AND PUBLISHING POLICY

Objectives: i) To create academic space for the reflection, analysis, and debate by academia and the general public in relation to important health topics and problems, health systems, and all other related thematic areas. ii) To publicize infor-



mation, national and international, on academic and nonacademic events and research about the different activities that relate to the thematic focus of the magazine; iii) To stimulate critical dialogue and reflection, establishing a bridge among the academic community, public and private sectors, national and international institutions, and people interested in health.

The Health Management and Policies Journal is a peer reviewed academic journal, which publishes original articles on Reviews, Research Results, Reflection, and Summaries, about health, health systems, and all other related areas within the general focus of the journal. The evaluation of the articles is guided by scientific criteria (conceptual and methodological thoroughness) and editorials (structure and style).

TARGET AUDIENCE

The *Health Management and Policies Journal* is directed to students, academia, researchers, health professional, and other professionals interested in subjects related to health administration, public health, and health policies.

INTELLECTUAL PROPERTY

For the *health management and policies journal*, the submission of an article indicates that the author(s) certify and accept that: a) the article has not been published, nor accepted for publication in another journal; b) there is no publication of a prior version as a working paper (gray literature) or on any website, and in case it is accepted for publication in the journal, it will be removed from any website except for the title, summary, key words, and electronic link; and c) once published in the journal, it will not be published in any other.

Upon submitting articles for publishing, authors accept the transferring of author rights to the *health management and policies journal* for publication in print or electronic format. Authors are exclusively responsible for all article content. Texts can be reproduced totally or partially citing the source.

REVISTA GESTÃO E POLÍTICAS DE SAÚDE MISSÃO

A Revista *Gestão e Políticas de Saúde* está dedicada à difusão de artigos originais, que contribuam à reflexão, análise e debate dos temas e problemas mais urgentes sobre a saúde, as racionalidades políticas e de gestão, os sistemas de saúde e todas as outras áreas temáticas e disciplinas relacionadas, a fim de contribuir para melhorar a qualidade de vida da população.

PRINCÍPIOS ÉTICOS E LEGAIS

Os artigos publicados na *Revista Gestão e Políticas de Saúde* estão sujeitos a cumprir com os princípios

éticos da declaração de Helsinki (1964, reformada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), da Associação Médica Mundial <http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>, ou a legislação específica (se existir) do país no qual a pesquisa foi feita. Para isso, os autores dos artigos aceitos para publicação e aqueles que apresentem resultados de pesquisas, incluindo com seres humanos, deverão ter a confirmação assinada do cumprimento integral dos princípios éticos e das legislações específicas do formulário proporcionado pela Direção da Revista.

OBJETIVOS E POLÍTICA EDITORIAL

Objetivos: i) Gerar um espaço acadêmico para a reflexão, análise e debate por parte de acadêmicos e não acadêmicos com relação aos temas e problemas mais urgentes sobre a saúde, os sistemas de saúde e todas aquelas áreas temáticas relacionadas; ii) Difundir informação sobre pesquisas e eventos acadêmicos e não acadêmicos, nacionais e internacionais, com relação às diferentes atividades que encaixam dentro do eixo temático da revista; iii) Incentivar o diálogo e a reflexão crítica estabelecendo uma ponte entre a comunidade acadêmica, os setores públicos e privados, instituições nacionais e internacionais e as pessoas interessadas na saúde. A Revista *Gestão e Políticas de Saúde* é uma revista acadêmica arbitrada que publica artigos originais de revisão, resultados de pesquisas, reflexão e resenhas em torno à saúde, sistemas de saúde e todas aquelas áreas que abarquem esse eixo central. A avaliação orienta-se pelos critérios científicos (rigorosos conceitual e metodológica) e editoriais (estrutura e estilo).

PÚBLICO ALVO

A Revista *Gestão e Políticas de Saúde* está dirigida a estudantes, acadêmicos, pesquisadores, profissionais de saúde e outros profissionais interessados nos temas relacionados à administração de saúde, saúde pública e políticas de saúde.

PROPRIEDADE INTELECTUAL

Para a Revista *Gestão e Políticas de Saúde*, o envio de um artigo indica que o(s) autor(es) certifica(m) e aceita(m) que: a) o artigo não tem sido publicado, nem aceito para publicação em outra revista; b) não existe uma publicação de uma versão prévia como working paper ("literatura cinza") ou numa página web, e que no caso de ser publicado, será retirado da página web onde somente ficarão o título, o resumo, as palavras chaves e o link à Revista; e c) uma vez publicado na Revista não se publicará em outra. Ao enviar artigos para publicação, o(s) autor(es) aceita(m) igualmente a transferência dos direitos autorais à Revista *Gestão e Políticas de Saúde* para sua difusão em versão impressa ou eletrônica. O conteúdo dos artigos é de exclusiva responsabilidade dos autores. Os textos podem ser reproduzidos total ou parcialmente citando a fonte.



Posgrados en Administración de Salud



POSGRADOS EN
ADMINISTRACIÓN
DE SALUD

Especialización en Administración de Salud:
Énfasis en Seguridad Social

Registro ICFES: 170153626581100111200

Especialización en Gerencia Hospitalaria.

Registro ICFES: 170153620111100111200

Especialización en Gerencia de la Calidad
de los Servicios de Salud.

Registro ICFES: 170153626581100111500

Especialización en Gestión del Primer Nivel
de Atención en Salud.

Registro ICFES: 170153620101100111500



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá

Los reiterados intentos de introducir un nuevo impuesto sobre la enfermedad y de profundizar la mercantilización del derecho a la salud

The reiterated tryouts to introduce a new tax on illness and to deepen mercantilization of the right to health

As reiteradas tentativas de introduzir um novo imposto sobre a doença e aprofundar a mercantilização do direito à saúde

Román Vega-Romero*

Es grave la forma como en el proyecto de Ley Estatutaria presentado recientemente por el Gobierno al Congreso de la República se interpreta y aplica el derecho a la salud y varios de sus principios constitutivos como universalidad, igualdad, equidad y calidad. También es preocupante el tipo de procedimientos y criterios que propone para actualizar y nivelar los planes obligatorios de salud. Pero es la tapa del frasco la forma como pretende lograr, más allá de los actuales copagos, cuotas moderadoras o de recuperación, que las personas paguen impuestos o primas adicionales, ya sea por incumplir con el autocuidado de su salud, o para acceder a las llamadas prestaciones no explícitas del Plan Obligatorio de

Salud (POS), todo en el afán de reducir los costos de la atención de la enfermedad y de garantizar la sostenibilidad e incremento de las ganancias del capital privado vinculado a la salud, siguiendo el camino privatizador de la salud pública de los mal llamados decretos de emergencia social de Uribe.

El proyecto busca reducir el *derecho a la salud* a un conjunto de prestaciones de atención médica incluidas en el POS, mantener la segmentación y fragmentación del sistema, y restringir su universalidad, si por ello entendemos garantías reales a las personas para que tengan acceso universal a los beneficios y atención integral. Más que garantizar el derecho a la salud, la Ley Estatutaria busca

* Profesor investigador de los Posgrados de Administración de Salud y Seguridad Social, Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas.

limitarlo por la vía de mantenerlo atado a una racionalidad política y práctica de gobierno claramente neoliberal que restringe su amplitud y alcance.

En la Ley se definen criterios y procedimientos técnicos, económicos y biomédicos, como la carga de enfermedad y el costo-beneficio, entre otros, que servirán para priorizar –racionar mediante juicios de valor de “expertos” que definen qué debe quedar incluido o excluido del POS y qué debe quedar garantizado o marginalizado dentro del mismo; por ejemplo, prestaciones explícitas y no explícitas– las intervenciones que el sistema efectivamente garantizará a sus afiliados, actualizar y unificar los planes obligatorios de salud. Éstos son mecanismos similares a los propuestos en los decretos de emergencia social, ya rechazados por la movilización ciudadana y social. Con base en decisiones fundamentadas en juicios de valor de expertos –que posan de “neutrales”, pero realmente están cooptados por el capital detrás del negocio– y “legitimadas” con un procedimiento amañado de “participación de los actores” del sistema (entiéndase médicos, jueces y usuarios) y de consulta de las “preferencias y valores” de los ciudadanos, se busca de nuevo controlar el costo de la atención de la enfermedad reduciendo el derecho a la salud a un núcleo de prestaciones de salud mucho más pequeño que las formales que queden incluidas en el POS (las mal llamas “prestaciones explícitas”) y, peor aún, privatizando la otra parte de las prestaciones de salud formales del POS (las “prestaciones no explícitas”) y las prestaciones no POS, mediante el recurso de obligar a los usuarios a pagar cotizaciones o primas adicionales por ellas a empresas aseguradoras privadas. De los planes obligatorios de salud, cuyo contenido biomédico se generaliza como único derecho exigible por toda la población, se excluirá la tecnología que no esté científicamente probada, las

intervenciones que no sean costo-efectivas, las que se ofrezcan por fuera del territorio colombiano, las prestaciones que no tengan efecto sobre la salud, las enfermedades huérfanas, y los conocimientos y prácticas tradicionales y alternativos.

El sistema de salud seguirá teniendo un enfoque principalmente biomédico y una racionalidad económica fundamentada en el costo-beneficio, excluyente de muchas necesidades y demandas de la población, de los derechos culturales ancestrales de las comunidades indígenas, afrocolombianas y rom, y de tecnologías y actividades que ayudan no sólo a tratar eficazmente la enfermedad, sino también a mantener o desarrollar la salud por otras vías y a paliar la angustia y garantizar el buen morir al sufrir de una enfermedad incurable.

Así, la expectativa de los pueblos indígenas de que se les garanticen los recursos para la organización autónoma de sus sistemas propios de salud, y de que al menos para ellos el plan de beneficios tenga “en cuenta los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales”, quedará desatendida una vez más. La misma exclusión se dará para los procedimientos paliativos y de apoyo de aquellas personas que padezcan enfermedades incurables, crónicas o problemas de salud mental, porque se busca demostrar que no son costo-efectivos.

Lo anterior indica que la de los POS será una actualización y nivelación por lo bajo, para que rinda la Unidad de Pago por Capitación a las EPS, tanto al controlar el costo de la atención limitada de las necesidades de sus afiliados como al posibilitar el incremento marginal de sus rendimientos financieros y sostenibilidad económica del negocio, y se garantice el control del gasto público y del costo de la nómina al gran capital, tarea en la que están todos los gobiernos neoliberales o neoconservadores del mundo en su afán de



sacar ventajas privadas de la crisis económica del sistema capitalista.

De otra parte, la restricción y ambigüedad de los principios de igualdad y equidad que incluye la Ley Estatutaria puede llevar a la negación de la prestación de muchos servicios de salud necesarios y a la exclusión. El principio de igualdad en cuanto a la atención es limitado porque, en las condiciones de intolerancia y discriminación de nuestro país, no hace explícito que no habrá exclusión ni discriminación por razones ideológicas, condición social o étnica, como lo garantizan explícitamente los convenios internacionales alusivos al derecho a la salud. La formulación del principio de equidad en salud es una burla porque al limitar el derecho a la salud a las prestaciones explícitas del POS, poner barreras económicas o burocráticas adicionales para acceder a las otras prestaciones, e ignorar por completo los otros determinantes sociales de las desigualdades injustas en salud no relacionadas con la atención biomédica, no tiene en cuenta las necesidades integrales de las personas, las familias y las comunidades y, por el contrario, contraponen los derechos individuales a los derechos colectivos cuando considera que las prestaciones individuales pueden poner en riesgo los recursos necesarios para la atención “del resto de la población”, como si el individuo fuese un átomo o ser trascendente sin relaciones sociales, económicas, políticas y culturales que definen su condición colectiva de pertenencia de clase, de género o étnica. Bajo esta perspectiva, sin fórmula de juicio, la equidad, y con ella el derecho a la salud, queda sometida una vez más al dogma de hierro de los “recursos escasos” que hoy pretende ser convertido, por vía de la regla fiscal, al nuevo dogma del derecho fundamental a la sostenibilidad financiera. Pero ante este dogma bien vale la pena preguntarse: ¿por qué siguen las élites colombianas prefiriendo garantizar una asignación creciente del gasto público en

guerra (que como ya señalara Amartya Sen, es un gasto improductivo y antisocial) antes que en salud? ¿Por qué siguen insistiendo en ignorar que la productividad del trabajo, y con ella la acumulación de riqueza, ha crecido en los últimos decenios más que proporcionalmente que las necesidades sociales? ¿Por qué se tapan los ojos ante el aumento progresivo de las desigualdades en la distribución de la riqueza y de los ingresos en beneficio de las clases socialmente aventajadas de las que ellos forman parte?

El procedimiento fijado para garantizar las prestaciones en caso de ser negadas por las EPS o IPS, de que estén marginalizadas (no explícitas) o no estén incluidas en el POS, sigue sometiendo al paciente a un trámite burocrático engorroso que obstaculiza su atención oportuna y le expone innecesariamente a la complicación o agravamiento de su dolencia antes de que la autorización buscada en el organismo competente sea adoptada. El proyecto sigue manteniendo la política neoliberal de pagos complementarios o copagos para acceder a los servicios básicos de salud, a pesar de que suficientes evidencias científicas en distintas partes del mundo demuestran que estos copagos no aportan a un mejor servicio y, por el contrario, se convierten en una barrera económica innecesaria del acceso de los pobres. Cuando las políticas de atención de salud son verdaderamente equitativas, el principio de equidad en el acceso a los servicios de salud y a otros servicios sociales relacionados con la salud se entiende en su doble connotación de igual oportunidad de uso para igual necesidad, y de igual utilización de los servicios para igual necesidad de atención. Esto no es lo que se deduce del contenido del proyecto de Ley Estatutaria.

El autocuidado se eleva a la categoría de un *deber* que tiene cada persona de cuidar su



salud, la de su familia y la de su comunidad. Del uso de este concepto se deduce que toda persona tiene la obligación de procurar la atención integral de su salud y los padres la de sus hijos menores y discapacitados. Si este deber se cumple, se premia con la zanahoria, a discrecionalidad de las “entidades del sistema”, de la disminución de los copagos o cuotas moderadoras, pero no suspendiéndolos. Es interesante mostrar el talante neoliberal de los “empresarios” de políticas (grupos de interés y de presión) detrás del diseño de la Ley Estatutaria. En la anterior versión del proyecto se estipulaba que si no se cumplía con el deber del autocuidado se penalizaba a la persona obligándola, según su capacidad económica, a asumir los costos adicionales de atención que se derivaran de su violación, ya fuera aumentando las cotizaciones, o a través de pagos complementarios. Esta formulación era grave en dos sentidos.

En primer lugar, se conoce que en muchos casos los malos hábitos o inadecuados comportamientos de las personas frente al cuidado de su salud son estructuralmente determinados por condiciones y relaciones económicas, sociales y culturales anómalas como la ignorancia, la miseria, la pobreza o la angustia y estrés fruto de la discriminación o la explotación, que escapan a la voluntad o responsabilidad individual de las personas. En Colombia, por ejemplo, ocho millones de personas viven en condiciones de indigencia y casi la mitad de la población está por debajo de la línea de pobreza. Muchas de esas personas padecen problemas de salud sexual y reproductiva o sufren maltrato o abuso de sustancias psicoactivas, sin ninguno o escaso acceso a la educación; sufren de desnutrición, carecen de agua potable o viven en hacinamiento y en vecindarios inseguros, porque no tienen garantías de seguridad alimentaria y nutricional, o se les viola el derecho a condiciones dignas de habitabilidad. ¿Puede el Estado culparles del descuido de su salud

personal y del de sus familias y comunidades cuando no les garantiza sus derechos y condiciones elementales de vida?

En segundo lugar, desconoce esta formulación que el principio de la libertad le da a cada persona, indistintamente de su condición social, el derecho de adoptar el estilo de vida que crea conveniente y que a nadie se le puede castigar por ejercer ese derecho.

Antes que “premiar” con una zanahoria o garrotear a las víctimas, la Ley Estatutaria debería obligar al Estado a atender adecuadamente sus necesidades y a garantizar sus derechos; empoderarlas para que puedan adoptar, de forma individual y colectiva, las decisiones y acciones que garanticen su salud; y a garantizar las condiciones de vida que les permitan alcanzar el más alto nivel posible de salud. Entre los medios que esta noción recortada del derecho a la salud niega a los colombianos están “el acceso a servicios de salud integrales, al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud”, como lo establece el artículo 11 de la Observación General n.º 14 del Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (11 de mayo del 2000).

Un reenfoque del derecho a la salud es urgente y necesario en las condiciones de Colombia, pero en la vía de ampliarlo y garantizarlo a todos y todas por el Estado, recordando siempre que este derecho no se refiere sólo a la atención médica, sino que es interdependiente de otros derechos económicos, sociales y culturales. Para garantizarlo hay que desmercantilizar el sistema de salud; dotarlo de instituciones públicas fuertes y de los instrumentos que le permitan actuar en



colaboración con otros sectores y desarrollar políticas públicas saludables; empoderar y movilizar a los individuos y comunidades; garantizar la universalidad del acceso a atención médica de calidad igual para todos, la equidad en el uso de los servicios, y la integralidad de la atención; hacer realidad

la interculturalidad para las poblaciones de pertenencia étnica y ser sensible a las condiciones de género; en fin, construir una nueva política nacional de salud que responda a las necesidades y al clamor de justicia social que tanto expresa el dolor y el sufrimiento de los colombianos.



PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

Personería Jurídica Res. No. 73, diciembre 13 1933 Min. Gobierno



POSGRADOS

PROGRAMAS DE POSGRADO EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD

(Registro, SNIES No. 53795)

Duración: 4 semestres

Título que otorga

Magíster en Administración de Salud

INSCRIPCIONES ABIERTAS

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
PROGRAMAS DE POSGRADO EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

Calle 40 N° 6-23, Piso 8, Edificio Gabriel Giraldo. PBX: (571) 320 8320, ext. 5426-5427

correo-e: administracionsalud@javeriana.edu.co - www.javeriana.edu.co/passos

Bogotá D.C., Colombia