

El Derecho a la Salud en Colombia: Obstáculos Estructurales para su Realización¹

Mario Hernández Álvarez

Médico. Esp. Bioética, M. Sc. Historia. Ph. D. Historia (candidato). Departamento de Salud Pública y Tropical. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. E-mail: mha062@andinet.com

RESUMEN

En Colombia se ha acumulado una frustración colectiva en la garantía del derecho a la salud para todos, a pesar de los balances optimistas de la reforma a la seguridad social colombiana. La tendencia histórica apuntaba a una fragmentación del sistema de servicios de salud según la capacidad de pago de las personas: atención para pobres, para trabajadores formales y para ricos, con serias diferencias en oportunidad y calidad. El nuevo sistema pretende resolver la fragmentación, pero existen problemas estructurales del modelo. Especialmente, la confianza en que el mercado puede distribuir de la mejor manera, si funcionan los mecanismos de regulación y el nuevo papel del Estado. En el ensayo, argumento que el mercado sólo logra otorgar un derecho contractual que resulta insuficiente para el derecho a la salud, en su acepción más amplia. Pero este tipo de opción colectiva no resulta de la simple aplicación de un modelo extranjero, sino del proceso de interacción de los actores sociopolíticos. En el caso colombiano, dicho proceso ha conducido a opciones individualistas que sustentan la tendencia actual y hacen muy difícil la superación de los obstáculos estructurales para garantizar el derecho a la salud.

Palabras claves: Derecho a la salud, reforma sanitaria, seguridad social, Colombia

¹ Versión resumida del artículo con el mismo nombre publicado en: De Currea Lugo V, Hernández M, Paredes N, PROVEA. La salud está grave. Una visión desde los derechos humanos. Santafé de Bogotá: Plataforma Colombiana de Derechos, Democracia y Desarrollo, 2000:133-164.

ABSTRACT**The right to health in Colombia: structural obstacles for its fulfillment**

There is an accumulated collective frustration to guarantee the health right for all in Colombia, despite the optimistic balance about the Colombian social security reform. The historical tendency has been the fragmentation of the health delivery system according to people's payment capacity: health for poor people, health for workers, and health for wealthy people. The new system is attempting to solve this fragmentation, but the model has structural problems. Particularly, the confidence in the belief that the market will distribute the benefits in the best possible way provided that the government's regulatory mechanism and its new role will function properly. In this essay, I argue that the market only consents to a contractual right of health services, but this is not enough for reaching a broad right to health as welfare. This kind of collective option is not the result of the application of any foreign model, but the result of the process of interaction between socio-political actors. In the Colombian case, this process has been conducted in a way that favors individualistic options that sustain the current trend and raise difficulties for solving the structural obstacles that must be overcome to guarantee the right to health.

Key words: Health right, health system reform, social security, Colombia.

El título de este ensayo puede resultar incómodo para los optimistas. Ellos suponen que en Colombia avanzamos cada vez más hacia la realización del compromiso internacional de lograr el derecho a la salud para todos los colombianos, mediante el desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud establecido por la Ley 100 de 1993. Incluso, los más convencidos del nuevo sistema creen que, con unos cuantos ajustes, lograremos en poco tiempo los derechos universales a la salud y a la seguridad social. No de otra forma se explica el entusiasmo con que presentan el modelo, como la alternativa para la reforma de los sistemas de salud en América Latina (1). Se supone así que el asunto se reduce al debate técnico que lidera la economía de la salud (2,3), dado que ésta es la disciplina dedicada al mejor manejo de los recursos escasos. Así, se afirma que el modelo propuesto es bueno y sólo se trata de mejorar su aplicación.

En este ensayo se pretende argumentar que el logro de los derechos sociales, económicos y culturales no resulta de la selección del mejor modelo de financiamiento o de administración de los recursos disponibles en una sociedad particular. Este, sin duda es un elemento importante e influyente. Pero las relaciones de poder entre las personas, entre los grupos humanos y

entre las formas de organización que constituyen el sistema político de cada sociedad, son determinantes de las opciones colectivas resultantes. Tales relaciones van configurando, en el largo plazo, cierto tipo de articulación Estado-sociedad. En el caso de la salud, tal articulación se expresa en formas concretas de organización de los servicios de atención y prevención de enfermedades, y en ciertas condiciones de bienestar o de salud.

Desde esta perspectiva, la hipótesis central consiste en que existen tanto frustraciones acumuladas como obstáculos estructurales en la sociedad colombiana para el logro del derecho a la salud para todos. Estos obstáculos tienden a profundizarse con el sistema de seguridad social en salud y con la política de salud del gobierno del presidente Andrés Pastrana. Por esta vía, es muy probable que aumente la inconformidad acumulada en la satisfacción de las necesidades de la población y que esta situación contribuya a aumentar el conflicto armado en Colombia.

LA FRUSTRACIÓN ACUMULADA

Las decisiones públicas sobre la salud en Colombia no son el resultado de la mala aplicación de modelos extranjeros. Es posible demostrar que las diferentes propuestas técnicas internacionales que pretendían ofrecer servicios de salud a toda la población, bien por la vía de un seguro social universal o de un servicio único nacional de salud, han estado presentes en el ámbito nacional durante todo el siglo XX (4). No ha sido la ausencia de opciones técnicas lo que explica la falta de un sistema más universalista de servicios de salud en Colombia. Tal falta se explica por el tipo de relaciones de poder en el sistema político, en general, y del campo de la salud y de la seguridad social, en particular. El sistema de salud, organizado jurídicamente en la década del 70, fue el resultado de tensiones y negociaciones complejas entre diferentes actores sociopolíticos de la sociedad colombiana que han obtenido sólo parcialmente lo que cada uno pretendía. Aún así, grandes sectores de la población han quedado excluidos y se ha acumulado una enorme frustración en medio de los intentos fallidos por ofrecer, por lo menos, servicios de atención médica para todos.

De tiempo atrás, la sociedad colombiana venía construyendo diferentes formas de atención de los problemas de salud. Hacia la década del 60, había cinco formas diferentes de atención: 1. Los servicios para los ricos o “pudientes” ofrecidos por el ejercicio privado de la profesión médica en consultorios y clínicas, a veces apoyado en algún seguro privado; 2. Los múltiples tipos de seguro obligatorio que atendían a los trabajadores formales o asalariados de los sectores privado y público; 3. La atención de los pobres,

mediante dos estrategias basadas en la caridad, ya fuera pública bajo el nombre de “asistencia pública”, o privada bajo el nombre de “beneficencia”; 4. Los mecanismos de atención y control de epidemias y enfermedades de alto impacto colectivo, denominados de “salud pública” y claramente a cargo del Estado. 5. Todas las prácticas médicas populares no científicas, producto del sincretismo cultural acumulado, pero ubicadas en un lugar marginal y siempre subvalorado por los servicios legalmente aceptados. Así, los servicios de salud constituían una organización social fragmentada con base en la dinámica del mercado o en la capacidad de pago de las personas, con ingerencia limitada del Estado. Quien tenía los medios, pagaba. Quien no los tenía, pedía. En todo caso, predominaba el mercado a pesar de los intentos de articulación desde el Estado desde la década del 30.

Durante los años 60 el país entró en la ruta de la planificación para el desarrollo socioeconómico desde el Estado, en el marco de los pactos internacionales establecidos en la Alianza para el Progreso. La salud sería asumida como una inversión pública y el sistema de salud debía estar articulado desde el Estado, bien a través del aseguramiento universal o de un servicio único de salud administrado y prestado directa o principalmente por el Estado. Pero tal propósito fue influido y transformado por el pacto político que instauró el Frente Nacional en 1957 entre los dos partidos tradicionales, Liberal y Conservador, para dar salida a un período de violencia iniciado en 1948. Dicho pacto recompuso el modelo bipartidista predominante en el sistema político y superó la amenaza populista representada en la experiencia de gobierno militar del General Gustavo Rojas Pinilla. Al mismo tiempo, la magnitud y el desarrollo del pacto condujo al fortalecimiento del Estado excluyente, clientelista y patrimonialista que tanto pesa hoy en el conflicto armado y en la escasa legitimidad del Estado colombiano (5).

Los actores sociopolíticos del campo de la salud también entraron en una lógica patrimonialista. En el momento en que la Ley 12 de 1963 ordenó desarrollar un sistema único de algún tipo, sobre la base de la ampliación de la asistencia pública, cada cual salió a defender sus fueros. Los trabajadores sindicalizados y los empleados públicos defendieron los servicios de salud por los cuales cotizaban, sin duda mejores que los ofrecidos por la asistencia pública. Los grandes empresarios desconfiaban de la administración pública de sus aportes, a pesar de los beneficios del modelo proteccionista que el Frente Nacional sostenía. Las juntas de beneficencia y la Iglesia habían acumulado poder en las regiones a partir de las instituciones de caridad, y no estaban dispuestas a entregar sus bienes y servicios al poder central. Pero también querían los auxilios del Estado. Los médicos se dividieron entre los

que defendían su vinculación con las instituciones de seguro social y de asistencia pública, y los que promovían el ejercicio privado de la profesión.

Los habitantes más pobres, tanto del campo como de las ciudades en expansión, simplemente pedían hospital y médico para resolver sus problemas, y siempre había un político, liberal o conservador, que prometía el servicio. En ocasiones, el político cumplía con la construcción, como parte de los mecanismos establecidos de intermediación política entre centro y periferia, pero no con el funcionamiento del hospital o del centro de salud. O también, la población de todas las clases sociales utilizaba las prácticas médicas populares e indígenas, más por la desconfianza cultural hacia la medicina occidental que por la ausencia de servicios.

Así las cosas, la articulación del sistema debió sufrir varios embates a pesar de la formación de los salubristas planificadores que desarrollaron y ocuparon los cargos técnicos del Ministerio de Salud Pública. La “salud pública” se comenzaba a entender como un sector del Estado encargado de la salud de toda la población y no solamente de la atención y la prevención de epidemias. Cuando este grupo de tecnócratas convencidos llevó al Congreso la propuesta de conformación de un Servicio Único de Salud en 1972, el proyecto se tachó de comunista. Se asimiló al modelo defendido y desarrollado por el presidente chileno Salvador Allende. El sistema político colombiano, decididamente bipartidista y excluyente, rechazó en el Congreso tal propuesta.

Los salubristas se apoyaron entonces en la Teoría General de Sistemas para hacer convivir todas las viejas formas de prestación de servicios en un Sistema Nacional de Salud (6). Mediante facultades especiales al ejecutivo, el cuerpo técnico del Ministerio diseñó el Sistema durante los años 70, con la idea de articular “funcionalmente” tres subsectores en todo independientes: el oficial, el de seguridad social y el privado. El cerebro sería un gran ministerio técnico y los aparatos conectores serían los subsistemas funcionales de información, infraestructura, recursos humanos, entre otros.

Pero el intento resultó fallido (7). Es cierto que la beneficencia perdió espacio, una vez se establecieron los contratos con el Estado para recibir recursos y ampliar la red destinada a la asistencia pública. Pero la lógica de la caridad siguió primando en este esquema. Además, los contratos fueron varias veces demandados con éxito, por su inconstitucionalidad y porque no había claridad sobre la persona jurídica que vendría a ser cada uno de estos centros y hospitales. Esta indefinición jurídica pesa aún hoy, como parte de la crisis hospitalaria que atraviesa el sistema en la actualidad.

El Instituto Colombiano de Seguros Sociales tuvo su propia reforma en 1977 y se distanció totalmente del control y del esfuerzo de articulación a través del Sistema. El subsector privado fue creciendo progresivamente a través de los esquemas de prepago, desarrollados por el sector financiero y siempre subvalorados a la hora de definir las coberturas del sistema en su conjunto. Entre tanto, las acciones de control y prevención de enfermedades se articularon a la red pública de centros y hospitales. Así las cosas, en la década de los 80 la expresión “Sistema Nacional de Salud” se comenzó a aplicar sólo a esa red pública y no al conjunto de prestadores de servicios. Entre tanto, los demás “subsectores” siguieron su propio rumbo.

Puede decirse, entonces, que el desarrollo del Sistema Nacional de Salud comprobó la fuerza sociopolítica de cada uno de los subsectores que habían crecido en el marco de la lógica del mercado, frente a un Estado clientelista y patrimonialista, al que también convenía la permanencia de estas fracturas de la organización de los servicios de salud. El intento de reforma del sistema a finales de los años 80, con recursos del Banco Mundial destinados al proyecto de “Consolidación del Sistema Nacional de Salud”, sólo terminó en una descentralización del manejo de la red pública de salud hacia los municipios mediante la Ley 10 de 1990, pero con muchas dificultades administrativas y financieras para su ejecución. Hoy todavía se aprecian los escollos, no sólo técnicos, sino políticos, relacionados con las viejas prácticas clientelistas del Estado, o con la simple y franca corrupción incontrolable, o con el conflicto armado cada vez más extendido.

Así las cosas, el Sistema Nacional de Salud lo único que hizo fue legalizar y, por esa vía, legitimar, la inequidad acumulada en el terreno de la asistencia sanitaria. Esto es, atención para ricos, para sectores medios y para pobres, aunque existieran duplicaciones y, a veces, los pudientes utilizaran los beneficios de una asistencia pública indiscriminada. Los cálculos más pesimistas sobre la cobertura del Sistema a finales de los ochenta hablaban de 40 % en el subsector oficial, 18 % en la seguridad social, 17 % en práctica privada, especialmente sustentada en el prepago, y un 25 % de población desprotegida (9).

En medio de la fragmentación, la cultura política que sustentó esta opción se inscribía en el derecho a la propiedad, de la cual se derivaban los demás derechos. Quien tenía, obtenía beneficios, con base en su capacidad de pago. Quien no tenía, pedía y obtenía algo, gracias a la caridad pública o privada, siempre precaria y caprichosa. Este no es el sustento de un Estado Social o del Bienestar como el que se consolidó en algunos países europeos sobre la

base de la garantía de los derechos económicos, sociales y culturales consignados en la Declaración de los Derechos Humanos en 1948. Tampoco se construyó ciudadanía en el desarrollo del Sistema Nacional de Salud, en el sentido de la práctica cotidiana de un sujeto de derechos y deberes en relación con los otros y respecto de un Estado Social de Derecho. En consecuencia, a pesar de que el Estado colombiano suscribió formalmente el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales con la Ley 74 de 1969, tampoco puede decirse, como afirma Sarmiento, que “entraron en vigor el 3 de enero de 1976” (10).

LOS DESARROLLOS CONSTITUCIONALES

La Asamblea Nacional Constituyente de 1991 fue uno de los resultados del anterior proceso de paz. Se trataba de construir un nuevo pacto que permitiera abrir el sistema político y reorganizar el Estado. En medio de múltiples posiciones, la Carta Magna resultó ser una combinación forzada entre socialdemocracia y neoliberalismo. Fue amplia en la enunciación de los derechos, pero también estableció límites y contradicciones que le han puesto zancadilla a su realización. La salud sólo quedó enunciada como un servicio público, no como un derecho (11), mientras varios avances de la nueva Constitución comenzaron a verse como problemas. Por ejemplo, la apertura de nuevos mecanismos de participación y de defensa de los derechos ciudadanos como la tutela, la prioridad constitucional del gasto social y la definición de transferencias de la Nación hacia los entes territoriales, han sido señalados como obstáculos estructurales para el avance de las medidas de ajuste promovidas desde la banca internacional (12). Estos temas, incluso, son objeto de debate y de confrontación entre la Corte Constitucional y el actual gobierno de Andrés Pastrana, dado que cada instancia encarna énfasis distintos de la fundamentación constitucional, y modelos de Estado y de desarrollo diferentes, como se mostrará más adelante.

Es cierto que la salud también se incluyó entre los derechos otorgados a grupos vulnerables como las mujeres, los niños y los ancianos (10). Pero, más allá de la letra, es difícil hablar de logros importantes en estos grupos poblacionales. A pesar de algunos esfuerzos institucionales, experiencias como la Red de Solidaridad Social no han logrado superar su enfoque remedial y desarticulado. Programas como el dirigido a mujeres cabeza de familia, el de madres comunitarias, el de subsidios directos a grupos de tercera edad en condiciones de indigencia y algunos dirigidos a niños y adolescentes, no pasan de ser paliativos frente a las necesidades de estas poblaciones en su conjunto (13).

En una revisión de las sentencias de la Corte Constitucional y del Consejo de Estado relacionadas con salud entre 1990 y 1996 se encontró que la Constitución de 1991 logró abrir una gama de posibilidades de desarrollo del derecho a la salud, más allá de la atención de las enfermedades (14). Entre ellas están:

- El derecho a la vida, directamente relacionado con casos desatendidos de urgencia con inminencia de muerte.
- El derecho al bienestar, expresado en términos de contar con las mejores condiciones para la realización de la vida de los ciudadanos, en casos de franco daño ambiental por residuos industriales o mal manejo sanitario.
- El derecho a la asistencia sanitaria. Este derecho se inscribe estrictamente en la atención de las enfermedades, pero se considera fundamental por su conexidad con el derecho a la vida. En general, es así como la jurisprudencia entiende el Artículo 49 de la Constitución. El mecanismo por el cual se garantiza, es decir el aseguramiento, se inscribe en el derecho irrenunciable a la seguridad social (Artículo 48). Pero este no va más allá de la administración de los recursos para la atención de las contingencias en salud, es decir de las enfermedades.
- En el plano contractual del aseguramiento, los desarrollos jurisprudenciales logrados en casos de demandas al Instituto de Seguros Sociales anteriores a 1993, permitieron avanzar en el tipo de compromiso adquirido por los administradores de recursos de la seguridad social en relación con los derechos a la salud y a la seguridad social. Después de la Ley 100 de 1993, este tema ha sido motivo de varias sentencias, en las cuales se acepta que la función social de las administradoras de recursos, sean de carácter público o privado, es la de asumir la delegación que el Estado les ha otorgado de la garantía del derecho irrenunciable a la seguridad social. No se trata simplemente de un contrato civil como el de compra de cualquier servicio o bien.
- El derecho a la salubridad pública. Aunque no es tan explícito, se incluye en el de bienestar, en la medida en que obliga al Estado a garantizar las mejores condiciones ambientales y sociales para la vida. No se trata sólo de vivir, sino de vivir bien.
- El derecho al ejercicio de la autonomía, en el marco del derecho al “libre desarrollo de la personalidad”, cuando los servicios de salud pretenden constreñir este derecho sobre la base del principio de beneficencia o del de justicia.

- El deber de todos los ciudadanos de procurar y cuidar su salud y la de su comunidad, en casos de evidente descuido individual, al punto de poner en peligro la vida de otras personas (Artículo 49).

Cabe resaltar que la Corte Constitucional ha avanzado más en la jurisprudencia sobre la conexidad entre la salud y el derecho a la vida, en virtud del frecuente uso de la acción de tutela. Pero tales desarrollos sólo se aplican a los individuos, es decir, uno a uno, y no en un sentido colectivo. Aún así, una expresión de la inconformidad popular con los servicios de salud es justamente el volumen de tutelas que sobre salud debe atender el conjunto del sistema judicial. Pero este parece ser también un problema, en la medida en que, en no pocas ocasiones, el criterio jurídico ha desplazado o desbordado la capacidad de intervención médica para afrontar técnicamente los problemas de salud. Con base en estos “excesos”, el actual gobierno pretende redefinir la seguridad social como un “derecho fundamental derivado y prestacional” (15), con lo cual se espera delimitar aún más su conexidad con el derecho a la vida y restringir el recurso de tutela.

Puede decirse entonces que, aún en el plano constitucional, la tendencia apunta hacia una comprensión de la atención en salud como un servicio de atención individual de enfermedades que se compra en el mercado de servicios y, cada vez menos, como un derecho ciudadano vinculado a la vida y al bienestar.

LOS DESARROLLOS LEGALES: LA LEY 100 DE 1993 Y CONEXAS

La Ley 100 de 1993, que estableció el Sistema General de Seguridad Social en Salud como uno de los tres componentes de la seguridad social en el país, es también un híbrido. Si bien no podría tacharse de neoliberal a ultranza, es cierto que el modelo se separa del proyecto articulador del sistema de salud desde el Estado. Detrás de este cambio se encuentra nada menos que una profunda transformación de las relaciones Estado-sociedad y del principio de justicia distributiva que las sustenta (16). El nuevo sistema parte de la separación entre los servicios individuales y los servicios colectivos en salud, para dejar los primeros en manos del mercado con competencia regulada y, los segundos, a cargo del Estado.

El fundamento de dicha separación se encuentra en la teoría neoclásica de los bienes. Desde esta perspectiva, los bienes privados son aquellos que implican un beneficio individual diferenciado, por el cual las personas estarían dispuestas a pagar. Los bienes públicos son sólo aquellos con altas externali-

dades positivas o negativas, esto es, que afectan a muchas personas en un sentido positivo o negativo, y que, por lo mismo, deberían ser costeados con recursos públicos porque nadie estaría dispuesto a pagar por ellos (17).

El modelo de la Ley 100 de 1993 incorpora estas ideas (1). Así, los servicios individuales quedan organizados por la lógica de un mercado de aseguramiento, pero con elementos que incorporan aspectos del modelo de la “competencia administrada o manejada” propuesto por Enthoven en Estados Unidos (18). Los mecanismos más importantes para la regulación de la competencia en el caso colombiano, que lo hacen tan atractivo en el contexto internacional, son (3): la obligatoriedad del aseguramiento, la existencia de un fondo único al que confluyen todos los recursos (Fondo de Solidaridad y Garantía), la exigencia de un plan mínimo de beneficios (Plan Obligatorio de Salud) y el pago de los aseguradores *per capita* ajustado por riesgos (Unidad de Pago por Capitación).

Se separan las funciones de administración del aseguramiento y de prestación de servicios, y se espera que las instituciones públicas y privadas confluyan en un ambiente de competencia. En este terreno, el Estado concerta las reglas con los actores del mercado y vigila su cumplimiento, mientras subsidia la demanda de los que demuestren ser extremadamente pobres. Se pretende transformar el anterior subsector oficial o de asistencia pública del subsidio a la oferta al subsidio a la demanda, con la detección de los verdaderamente pobres para incorporarlos al mercado de aseguramiento mediante un subsidio directo. Así, se plantea la coexistencia de dos regímenes: contributivo y subsidiado. El primero, con un plan de beneficios mínimo para quienes puedan cotizar. El segundo, con sólo el 70 % de los beneficios, para los que demuestren no poder cotizar. Queda un grupo de servicios para la atención de enfermedades catastróficas, con fondos especiales y algunos “lujos de hotelería” a los que se denomina “planes complementarios”. En la transición, se suponía que la población vinculada al antiguo subsector oficial, pasaría a afiliarse en alguno de los dos regímenes. Los servicios colectivos quedarían en manos del Estado, pero a cargo de los municipios. Así, la “salud pública” vuelve a asociarse al control y a la prevención de epidemias y desastres a través del uso de algunos recursos públicos.

Pero los desarrollos de la Ley 100 tampoco han resultado ser los mejores. La primera pregunta sería consiste en la escasa relación entre el aumento del gasto social en salud y las coberturas alcanzadas. Aunque es difícil encontrar indicadores suficientes, es claro que el gasto social en conjunto ha aumentado en la década de los noventa en Colombia, a expensas de salud y educación. En 1990 se calculó dicho gasto en 7,5 % del PIB, mientras en 1999 al-

canzó el 13,6 % (19). En salud es evidente que han aumentado los recursos públicos y privados, aunque los cálculos son imprecisos. Según Jaramillo (20), el sector público ha aumentado su gasto de 1,1 % del PIB en 1987 a 2,3 % en 1995, mientras el gasto parafiscal en seguridad social ha aumentado de 1,6 a 3,1 % en el mismo período. En total, se supone que el gasto en salud ha pasado de 2,7 % al 5,4 % del PIB entre 1987 y 1995. En estos cálculos no se incluyen los gastos privados correspondientes a los seguros privados o “medicina prepagada”, ni todas las formas populares de prestación de servicios que van desde el yerbatero hasta el consultorio de droguería.

No obstante, las coberturas aún dejan mucho qué desear: en la Encuesta Nacional de Hogares de 1997 se hablaba de 57 % de la población afiliada a la seguridad social. El más reciente informe del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud habla de un 61 % de población cubierta, lo que significa cerca de 25 millones de personas. De ellos, 8,5 millones se encuentran afiliados al régimen subsidiado y 16,6 millones al contributivo (21). Pero recuérdese que en el anterior sistema se contaba el 25 % de población excluida y 75 % con alguna forma de prestación de servicios. Es obvio que el aseguramiento aumentó, dado que es el eje del sistema y se supone obligatorio a partir de la Ley 100 de 1993. Pero más que ampliación de coberturas, los datos se pueden interpretar de la siguiente manera: quien tenía con qué pagar sigue pagando, en el régimen contributivo o en la medicina prepagada, mientras que de los pobres sólo se ha logrado cubrir el 56,3 %, si se asume como pobres la población con Necesidades Básicas Insatisfechas-NBI (21). Por otra parte, se ha cuestionado con razón el asumir como cobertura efectiva lo que sólo se registra como afiliación. En el caso del régimen contributivo, sólo se paga compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía-FOSYGA a las EPS por 12,3 millones de personas (21). Esto quiere decir que, aunque se registren más de 16 millones, existen 4 millones de personas que dejaron de cotizar o salieron por alguna razón de los sistemas de información de personas por las cuales las EPS pueden cobrar Unidades de Pago por Capitalización-UPC. Así que la cobertura efectiva es mucho menor.

En el régimen subsidiado, se ha comprobado que el 50 % de los afiliados pertenecen a grupos “no pobres”, mientras otro porcentaje aún mal definido corresponde a población inexistente o doblemente afiliada (22). Las Administradoras del Régimen Subsidiado -ARS gastan menos de lo que reciben y aducen toda suerte de problemas para el cumplimiento de los contratos de prestación de los servicios. Según el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, las ARS sólo se gastaron en promedio el 71,9 % de las UPC asignadas en 1998. En 1999, alcanzaron una ejecución del 84,4 %, aún insuficiente según lo establecido legalmente (21). El Consejo dice haber compro-

bado razones como “la terminación unilateral de los contratos, creación de nuevos municipios, adopción de categoría diferente de los municipios, nulidad de los contratos o revocatoria de la autorización de ARS, situaciones de orden público, desplazamiento masivo de población, nulidad en el proceso de afiliación o traslado y dificultades en la localización de la población para su identificación y afiliación, inconvenientes de orden presupuestal en las entidades territoriales, entre otras” (21). Como no depende de ellas, las ARS pueden seguir aduciendo, con toda razón, que no tienen condiciones para ejercer cabalmente la intermediación definida en el sistema.

Entre tanto, sobre la base de la superación del déficit fiscal, los gobiernos han disminuido progresivamente sus aportes para la financiación de este régimen, al punto que la deuda acumulada en los últimos 4 años alcanza la no despreciable suma de 400 000 millones de pesos (23). Así las cosas, el Estado se desprende cada vez más de sus aportes y deja en manos del mecanismo de solidaridad, proveniente del 1 % de las cotizaciones mayores a cuatro salarios mínimos del régimen contributivo, la atención de los pobres. También es evidente que la asignación de los recursos del FOSYGA para la financiación del régimen subsidiado está llegando más a los municipios de mayores ingresos que a los más pobres, mientras muchos recursos se siguen perdiendo en la viejas prácticas de corrupción y clientelismo (22). Con todo, es poco probable que se puedan superar las coberturas actuales.

Los hospitales públicos y de la vieja beneficencia quedaron sometidos a las exigencias de la competencia en el mercado de servicios de salud, con la esperanza de que así serían más eficientes, más baratos y de mejor calidad. Pero nada de esto parece ser viable, dada la complejidad de las relaciones entre los agentes del sistema, las rigideces e incertidumbres del servicio mismo de atención en salud y las limitaciones estructurales para la competencia en zonas apartadas (2). Por el contrario, muchos hospitales se quiebran o subsisten a expensas de la calidad y de la oportunidad en la atención, mientras tienen que soportar el lastre de la vieja indefinición jurídica con pasivos impagables. El caso de la Fundación San Juan de Dios, dueña de los Hospitales San Juan de Dios y Maternoinfantil de Bogotá, es una buena muestra de la complejidad que implica la decisión de liquidar las instituciones imbuidas en la imprecisa relación entre beneficencia privada y asistencia pública del viejo sistema, para crear otras que se comporten como agentes autónomos de mercado. Se explica así la falta de voluntad política del actual gobierno de asumir este tipo de instituciones como entidades públicas, a pesar de que fundaciones como esta cumplieron la delegación de la asistencia pública por parte del Estado en el modelo anterior.

Las acciones de salud pública, entendidas como aquellas dirigidas al control y prevención de enfermedades de alto impacto colectivo o con altas externalidades, tampoco se han visto fortalecidas. Por el contrario, sin do-liente, desarticulada y sin recursos, la salud pública se minimiza mientras aumentan cada día las viejas enfermedades transmisibles como el cólera, la malaria, el dengue hemorrágico y las enfermedades inmunoprevenibles, entre muchas otras (24). Aunque se han definido recursos específicos para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, los agentes del mercado de la atención médica eluden la prestación de este tipo de servicios, sobre la base de la escasa rentabilidad directa, las dificultades en la facturación y la convicción de que, dadas las altas externalidades que implican, las acciones preventivas son deber del Estado. A lo sumo, los recursos para promoción y prevención se malgastan en “charlas y talleres” de muy bajo costo y escaso impacto (25). No de otra forma se explica que en la subcuenta de promoción y prevención del FOSYGA, el recaudo haya sido superior a lo presupuestado para 1998 en un 83,2 %, mientras la ejecución sólo corresponda a 15,9 % (21).

De otra parte, la participación social en el sistema se concentra cada vez más en la defensa de los derechos contractuales. Es decir, el sistema promueve la transformación de los ciudadanos en consumidores, quienes se comportan como individuos aislados y se apegan a los pocos mecanismos establecidos, tales como las quejas y reclamos en la Superintendencia Nacional de Salud, las veedurías y las acciones de tutela.

Finalmente, el problema de la salud de los trabajadores ha quedado reducido a un subsistema independiente, que se sostiene en el modelo de seguro privado, sin mecanismos de regulación o de solidaridad. Se trata, como se sabe, del Sistema de Riesgos Profesionales. Entre más separado se encuentre este “negocio” del sistema de salud en su conjunto, más duplicación de gastos habrá y menos eficiencia en el conjunto del sistema (26).

Entre tanto, existen tendencias macroeconómicas en contra del mejoramiento de las coberturas. El sistema está montado sobre supuestos que no se han cumplido, tales como el aumento del empleo formal y el crecimiento económico. Uno y otro han avanzado en el sentido contrario y no parece haber cambios radicales en el mediano plazo. Mientras el sistema se sustenta prioritariamente en una relación laboral formal, la política de flexibilización del actual gobierno tiende a aumentar el número de trabajadores independientes de bajos ingresos. De esta forma, se avanza hacia el aumento de la desprotección en salud y no hacia el cumplimiento de la promesa del derecho a la salud para todos.

Detrás de estos problemas se encuentra un obstáculo de tipo estructural. Se trata de la separación deliberada entre dos lógicas, la del mercado y la del Estado, como se mencionó anteriormente. Esta separación ha producido un debilitamiento de la acción del Estado mientras aumentan las inequidades propias del mercado, a pesar de los mecanismos adoptados de regulación de la competencia (27). El referente territorial y poblacional de las políticas públicas tiende a desaparecer, mientras se profundizan las viejas divisiones de la salud en Colombia: medicina para ricos, prestada por la medicina prepagada, paralela e intocable, con altísimos costos y excesiva concentración de recursos; medicina para sectores medios, o régimen contributivo, con un Plan Obligatorio de Salud que el mismo mercado presiona hacia abajo; y medicina para pobres, o régimen subsidiado, con un plan de servicios disminuido e insuficiente, y serios problemas para alcanzar coberturas efectivas de las poblaciones más necesitadas.

Con todo, el sistema de salud en Colombia aún deja mucho que desear. Los intentos de solución de los problemas de salud no han dejado más que frustraciones en grandes sectores de población, justamente los que más se enferman por encontrarse en las peores condiciones de vida. En estas condiciones, es urgente y necesario repensar el sistema de salud colombiano como eje de una nueva forma de solución de los problemas de salud y enfermedad de la población.

LA POLÍTICA GUBERNAMENTAL Y EL PREDOMINIO DE LA LÓGICA DEL MERCADO

Durante el primer año de gobierno del Presidente Andrés Pastrana, el tema de la salud ha vuelto a sonar. El Ministerio de Salud adelantó una serie de foros de reflexión y de debate sobre el desarrollo del nuevo sistema, con especial énfasis en las necesidades de adecuación del mismo. Se registraron 320 propuestas en todo el país, según consta en el archivo que elaboró el mismo Ministerio durante la experiencia. Todos los actores del sistema se pronunciaron. Como en la Asamblea Nacional Constituyente de 1991 (11), la población, es decir, los usuarios de diferentes condiciones sociales, reclamaron la superación de los obstáculos económicos para el acceso a los servicios de salud. Para los usuarios, especialmente los pobres, los pensionados, los trabajadores informales, es claro que los servicios cuestan y que alguien debe pagar. Pero no resisten más que la capacidad de pago siga siendo uno de los principales obstáculos para recibir una atención oportuna, suficiente y de calidad, cuando está en juego la propia vida o la de un ser querido.

Con base en las propuestas presentadas puede decirse que casi todos los actores sociopolíticos del campo de la salud siguen apuntando hacia su propio beneficio, antes que al beneficio general (28). Las EPS que cuentan con medicina prepagada no permiten que este modelo se afecte, mientras exigen al Estado suspender los “privilegios” de sus competidores públicos, en especial, del Seguro Social. Las ARS se resisten a ser desplazadas, a pesar de los sobrecostos ocasionados por la intermediación en el manejo de los recursos públicos, mientras las Cajas de Compensación Familiar ofrecen sus servicios para administrar todo el régimen subsidiado y las Empresas Solidarias de Salud- ESS tratan de mostrar los beneficios de la economía solidaria.

Los médicos vuelven a su antigua división, de manera que la Asociación Médica Sindical -ASMEDAS avanza hacia la ampliación de la seguridad social integral administrada por el Estado, mientras la Asociación Médica Colombiana y la Academia Nacional de Medicina le apuntan a una reforma de la Ley 100 que permita sostener el sistema dual: medicina para pobres a cargo del Estado sin intermediación, y medicina para los que puedan pagar, con mercado regulado. Incluso, en el interior de estas asociaciones del gremio médico no existen acuerdos definitivos sobre las propuestas de cambio del sistema. En lo que sí parecen estar de acuerdo es en señalarse como los grandes damnificados de la reforma (29).

Los sindicatos de trabajadores de la salud también tienen sus diferencias según el sector en el que hayan crecido: unos defienden a ultranza las EPS públicas; otros quieren administrar con total autonomía los servicios que prestan; otros proponen la consolidación regional del sistema; y otros plantean el mantenimiento del subsidio a la oferta en los hospitales públicos. Las centrales obreras han presentado su propuesta de profundizar en la construcción de un Estado Social de Derecho, como el prometido en la Constitución de 1991, en el cual se priorice la garantía de todos los derechos fundamentales, incluidos los de tercera generación (30,31). En este contexto, tratan de revitalizar la propuesta defendida en 1992 de alcanzar un Sistema de Seguridad Social Integral para todos, administrado por el Estado. Pero también se enfrentan a serias divisiones internas por la ausencia de verdaderas alternativas para sectores de trabajadores que han logrado servicios de salud con amplios beneficios y que conservan regímenes especiales. Entre tanto, los empresarios pretenden que se profundice el modelo original que dio lugar a la ley, siempre que se flexibilice la relación laboral y los costos de la mano de obra disminuyan.

Pareciera que nadie quiere reformas profundas del sistema de salud, salvo honrosas excepciones. Por esta razón, los técnicos del Ministerio de Salud

quedaron muy tranquilos después del ejercicio de consulta. La conclusión fue que no era necesario cambiar el sistema. Sólo era cuestión de algunos ajustes.

El gobierno Pastrana ha planteado en el plan de desarrollo y en el proyecto de presupuesto para el año 2000 una idea clara: las estrategias “están todas orientadas a resolver las serias dificultades en cuanto a viabilidad y estabilidad financiera que presente hoy el sistema” (32, 33). En la salud, como en el conjunto de la economía, se supone que el sector financiero es el motor y el eje de todo el sistema. Para esto, se pretende hacer que los actores públicos, sean administradores o prestadores, se comporten como actores de mercado, autosuficientes y competitivos. Se pretende así mismo que la afiliación al sistema de los trabajadores independientes mejore progresivamente mediante diferentes estrategias. Desde la perspectiva gubernamental es claro que la flexibilización laboral, dirigida a la disminución de los costos de la mano de obra, aumentará la informalidad del trabajo y que la afiliación al sistema deberá quedar exclusivamente en manos del trabajador (34). Por esta razón, se tratará de aguzar la detección de los extremadamente pobres, para que la focalización sea más efectiva, y ofrecer subsidios parciales para los trabajadores independientes. Y, finalmente, se afianzarán los mecanismos de vigilancia y control, dado que los necios actores del mercado curiosamente siempre intentan violar las normas para obtener el mayor beneficio posible.

En conclusión, el proceso sociopolítico de la salud en Colombia sostiene la tendencia hacia la inequidad y no hacia el derecho a la salud para todos. Desde la mayoría de los actores del sistema de seguridad social en salud y desde el gobierno actual, no parece haber más que un problema de ajuste. Más que construir un nuevo sistema de salud, predomina la idea de profundizar en la ejecución del modelo definido en la Ley 100 de 1993. Esto es, que el mercado distribuya y que el Estado trate de regular y de incorporar a los que no puedan pagar por sí solos su seguro. De esta forma, se avanza en Colombia hacia la consolidación de derechos contractuales, individuales y poco solidarios, como el máximo de desarrollo de nuestro sistema político para resolver los problemas de salud. Pero la opción del derecho contractual puede profundizar la tendencia colombiana a aceptar las exclusiones e inequidades acumuladas en el campo de la salud, como se tratará de demostrar a continuación.

LOS LÍMITES DEL MERCADO PARA EL DERECHO A LA SALUD

El fuerte predominio de la lógica del mercado para los servicios denominados individuales en salud ofrece serios problemas para el logro del derecho a

la salud. El principal obstáculo consiste en que las personas se ven obligadas a reducir sus derechos a lo estrictamente contractual. Es decir, el máximo logro es que cada cual defienda como derecho lo que aparece en un contrato. El Estado ya no puede jugar allí un papel distinto al de hacer cumplir lo pactado entre actores de mercado. El principio de justicia distributiva que sustenta esta opción se podría definir como “dar a cada cual lo suyo o lo propio” (35). El Consejo Nacional de Seguridad Social ha confirmado en su informe esta tendencia:

...hacer que los afiliados al Sistema, conozcan sus deberes y derechos en el Sistema, para hacer posible que puedan exigir lo que le es propio; igualmente quienes aún no lo están, requieren también saber qué deben hacer para afiliarse, según sea su condición (21).

De esta forma, la salud queda reducida a la atención de la enfermedad y se abandona el proyecto enunciado en la Declaración de los Derechos Humanos de 1948. Esto es, la comprensión de la salud como un derecho fundamental progresivo y como el ideal de bienestar, físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad. El bien salud va más allá de la atención de enfermedades. Pasa por muchos otros aspectos que constituyen condiciones y medios para la realización de la vida de la mejor manera. Pero, con el predominio de la lógica del mercado de servicios, este proyecto se abandona.

Aún desde la perspectiva económica es importante recordar que el debate sobre las particularidades del mercado de servicios de atención en salud no está resuelto (2). No se trata simplemente de hacer que cada uno se comporte como agente racional en el mercado, porque el resultado puede ser contrario al fin último del servicio o ir en contra de la equidad del sistema. Varios ejemplos evidencian este problema. Cuando un usuario se comporta estrictamente como agente racional de mercado, tiende a eludir los costos y a obtener los mayores beneficios. Si es trabajador independiente de altos ingresos, trata de aportar lo mínimo para obtener lo máximo. Dado que el asegurador conoce tal expectativa y también se comporta como agente de mercado, le ofrece a este usuario un mecanismo de elusión de sus aportes al sistema, al tiempo que le vende un seguro privado con mejores beneficios y mayor calidad. Lo segundo resulta más barato para el usuario que hacer los aportes legales, pero produce una descompensación financiera de grandes magnitudes en todo el sistema.

En el otro extremo, el ofrecimiento de un subsidio para los que no puedan pagar genera otro tipo de problemas. Quien crea no poder hacerlo, tratará de

obtener el subsidio, aún sabiendo que dio una información falsa. Como agente racional de mercado, a este usuario no le importa si excluye a alguien más pobre que él. Simplemente está tratando de obtener el menor costo con el mayor beneficio. Entre tanto, la lucha por el subsidio genera fracturas en el tejido social que van en contra de cualquier principio de solidaridad.

Igualmente, cuando un médico declara que está haciendo un buen negocio con cada procedimiento puede llegar a la quiebra por el simple desprestigio social. O cuando un médico atiende estrictamente a la racionalidad de los costos para obtener la máxima rentabilidad, siguiendo la presión de los gerentes o administradores, puede desatender las necesidades de cada paciente y rebajar peligrosamente la calidad de la atención. No obstante, se estaría comportando como un agente racional de mercado.

En el campo de la atención en salud, el “bien” que demanda el enfermo no es tan material como otros bienes o servicios. El bien es la curación, pero también es la información, el cuidado y muchos otros intangibles de la relación interhumana. Ninguno de esos bienes se obtiene en un solo acto. Por el contrario, el beneficio está lleno de incertidumbres, dada la complejidad de los procesos de diagnóstico y tratamiento de la medicina moderna. Además, la demanda del paciente está fuertemente conducida y determinada por el médico o por la institución prestadora en su conjunto, es decir, por la oferta. Debido a la dependencia tecnológica y a la situación de angustia del usuario, la relación es asimétrica y el ejercicio de la libre elección se debilita.

Por otra parte, la presencia de por lo menos tres agentes, esto es, el usuario, el administrador y el prestador, con relaciones individuales e institucionales diversas entre ellos, hace que los bienes o servicios objeto de cada relación contractual sean diferentes y, a la vez, interdependientes. Por ejemplo, en muchas ocasiones la “promesa” que representa el plan de beneficios ofrecido por el asegurador con frecuencia no coincide con los servicios dispensados por el prestador, y menos, con la expectativa del usuario. Esta última casi siempre se encuentra hipertrofiada por la necesidad y por la angustia del riesgo de muerte, una vez aparece la enfermedad. También por estas razones, la valoración de la calidad del producto es siempre fraccionada, compleja e imprecisa. Sin mucha dificultad, un servicio insuficiente o de mala calidad puede ser valorado como bueno, y viceversa.

Los mecanismos de regulación sin duda constituyen intentos de limitar las inequidades propias del libre mercado. Pero en el caso colombiano, la ausencia de verdaderos “patrocinadores”, como lo muestra Restrepo (3), y la existencia de aseguradores que compiten por un mayor número de afiliados

para asegurar su rentabilidad, genera serias presiones sobre todo el sistema. Estos aseguradores sólo pueden tratar de disminuir costos para obtener el mayor plusvalor. Y esto lo hacen presionando a los prestadores por medio del control de las tarifas y de las formas de contratación. Estos, a su vez, presionan sobre los profesionales y los trabajadores del sector, para tratar de reemplazar con tecnología los gastos de personal. Tales presiones terminan distanciando la relación entre necesidades del usuario y los servicios prestados. De esta forma, se puede afirmar que, en el terreno de la atención médica, la eficiencia económica tiende a disminuir la calidad, la oportunidad y la eficacia del servicio.

A pesar del énfasis que se ha hecho sobre el avance de la asistencia pública al derecho a la salud mediante el nuevo sistema, el subsidio a la demanda no alcanza a generar la idea de derecho. Por el contrario, tiende a verse como una asistencia caritativa del Estado. El usuario del régimen subsidiado trata de parecer pobre y de competir con sus vecinos en este propósito, para “merecer” el subsidio. De esta forma, los valores de la solidaridad y de la redistribución a cargo del Estado, propios de la garantía de derechos sociales, quedan reducidos a una buena repartición de la cada vez más restringida caridad pública que sostiene el subsidio, a pesar de la apariencia de derecho contractual.

EL DERECHO A LA SALUD Y MODELOS DE DESARROLLO

El debate sobre la prioridad de la lógica del mercado en el campo de la salud tiene implicaciones más profundas. En un mundo globalizado, se trata del dilema entre la conveniencia de impulsar una sociedad de mercado autorregulador o de establecer límites mediante alguna organización política parecida al Estado. Polanyi logra demostrar, en su poco conocido trabajo de los años 40 (36), que los desarrollos de formas de protección social durante la primera mitad del siglo XX en casi todo el mundo fueron el resultado de los efectos devastadores de la sociedad del “mercado autorregulador” del siglo XIX. “La debilidad congénita de la sociedad del siglo XIX no radica en que ésta fuese industrial, sino en que era una sociedad de mercado”, afirma el autor (36). La ampliación de los derechos en la declaración de 1948 no fue otra cosa que un pacto político mundial destinado a responsabilizar a los Estados de la garantía de las condiciones necesarias para el ejercicio de las libertades humanas. Es decir, los derechos sociales, económicos y culturales sólo se pueden considerar fundamentales si se aceptan como el sustento, la condición *sine qua non* de la realización de los derechos civiles y políticos. Sarmiento recuerda que:

Como lo establece el preámbulo del Pacto Internacional sobre estos derechos adoptado por las Naciones Unidas en 1966, no puede realizarse el ideal del ser humano libre, liberado del temor y de la miseria, a menos que se creen condiciones que permitan a cada persona gozar de sus derechos económicos, sociales y culturales, tanto como de sus derechos civiles y políticos (10).

Castel, por su parte, ha mostrado con claridad la relación entre la realización de estos derechos y el proceso de salarización de las sociedades durante el siglo XX. El predominio de la relación salarial formal, de tipo fordista, implicó el desarrollo de una sociedad en la que el pacto básico obrero-patronal sustentó las formas de expansión del papel del Estado que condujeron al Estado social o del bienestar. Castel afirma que:

Globalmente, los logros de la sociedad salarial parecían en vía de reabsorber el *déficit de integración* que habían signado los inicios de la sociedad industrial, mediante el crecimiento del consumo, el acceso a la propiedad o a la vivienda decente, la mayor participación en la cultura y el tiempo libre, los avances hacia la realización de una mayor igualdad de oportunidades, la consolidación del derecho del trabajo, la extensión de las protecciones sociales, la eliminación de los bolsones de pobreza, etcétera (37).

Hoy, la necesidad de impulsar el mercado a expensas de las protecciones sociales apoyadas en el Estado, se nos aparece como una fatalidad ineludible. La terciarización de las economías, es decir, el predominio del sector de servicios y, en especial, del sector financiero, aparece como el destino de todas las economías. De esta forma, la “estabilidad financiera” parece ser el norte de la acción colectiva. Este imperativo sustenta la “imprescindibilidad de las reformas” que sostiene el actual gobierno (12).

Pero esta no es más que una opción colectiva que resulta del proceso sociopolítico de cada región o país. En el debate internacional se han sustentado diferentes opciones sobre la relación Estado-mercado en el marco del desarrollo y el logro del bienestar, a partir de experiencias históricas concretas. Sen habla de dos grandes tendencias en los modelos de desarrollo para el siglo XXI (38). La primera plantea la idea del “sacrificio necesario” en el corto plazo mediante la disminución del consumo, para propiciar la acumulación de capital en el largo plazo, a través de la inversión. Esta acumulación produciría, por el efecto del desbordamiento o “filtración” de la riqueza, beneficios para toda la sociedad. La segunda habla de proporcionar al mayor número de personas las mejores condiciones para el desarrollo de sus

capacidades, de manera que el crecimiento económico sería una resultante de una distribución equitativa de las oportunidades.

La primera tendencia sostiene que la inversión social sólo es justificable si se convierte en “capital humano”. Es decir, si las personas pueden ganar en productividad para el crecimiento económico, el gasto puede verse como inversión. La primera prioridad en este caso es la educación, dada la importancia que se le da para el mayor rendimiento en el mercado laboral, pero deberá ser pagada por los individuos. En la segunda tendencia se habla de invertir en las “capacidades humanas”, con base en que la realización de actividades libremente valoradas y elegidas es lo más importante para cualquier proyecto de sociedad, de manera que el bienestar conduce al desarrollo social y económico, y no al contrario. La diferencia radica, entonces, en la valoración y el ordenamiento de medios y fines. En la primera opción, el hombre es un medio para el desarrollo económico, mientras en la segunda, el crecimiento es un medio para el bienestar del hombre.

Sobra decir que Sen defiende la segunda opción de manera sistemática. Su principal argumento es el siguiente:

El reconocimiento del papel de las cualidades humanas en la promoción y el sostenimiento del crecimiento económico –por importante que sea– no nos dice nada acerca de *por qué* lo primero que se busca es el crecimiento económico. Si, en cambio, se da énfasis a la expansión de la libertad humana para vivir el tipo de vida que la gente juzga valedera, el papel del crecimiento económico en la expansión de esas oportunidades debe ser integrado a una comprensión más profunda del proceso de desarrollo, como la expansión de la *capacidad* humana para llevar una vida más libre y más digna (39).

Con base en esta posición, varios países del mundo, ricos y pobres, le han apuntado a metas de calidad de vida de su población y a formas de distribución equitativa de la renta y la propiedad, como estrategias básicas de su modelo de desarrollo (38).

Pero Colombia no puede catalogarse como una sociedad salarial, de la que habla Castel, y menos en la actual coyuntura. Los ciudadanos colombianos no experimentamos los logros de la sociedad salarial, en ninguno de sus frentes. Tampoco hemos tenido la vivencia de la ciudadanía, en términos de considerarse a sí mismo y a los otros como sujeto de derechos y deberes sociales. Por el contrario, hemos sostenido formas de protección parciales e insuficientes, a partir de lo cual ha crecido una cultura política de corte indivi-

dualista, que sólo logra identificar intereses de grupos primarios o de corto alcance, mientras pierde de vista la perspectiva solidaria ligada a los deberes y derechos ciudadanos (4,7). En estas condiciones, no es raro que el neoliberalismo avance con escasos tropiezos en Colombia, si se compara con otros países latinoamericanos, como Brasil y Venezuela, o con Europeos, como Inglaterra y Suecia. La ausencia de sociedad salarial, el sistema político excluyente, la debilidad de las opciones universalistas en la interacción de los actores sociopolíticos y la cultura política individualista resultante, constituyen los principales obstáculos estructurales para avanzar en el derecho a la salud en Colombia.

La superación de tales obstáculos va más allá de la identificación del mejor modelo de financiación y distribución de los servicios de salud. Implica la aceptación de intereses, de imaginarios en contradicción y de necesidades de concertación profunda entre las fuerzas constitutivas del sistema político en su conjunto, sobre lo que debe ser el derecho a la salud para todos. Implica también la necesidad de establecer reglas y escenarios legítimos de expresión, de debate y de construcción de nuevas formas de organización que conduzcan hacia la garantía del derecho a la salud, más allá de la atención de las enfermedades, para todos los colombianos ♦

REFERENCIAS

1. Frenk J, Londoño, J.L. Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. *Salud y Gerencia*; 1997.15(1):6-28.
2. González JI, Pérez-Calle F. Salud para los pobres en Colombia: de la planeación centralizada a la competencia estructurada. *Coyuntura Social*;1998.18:149-171.
3. Restrepo M. La reforma a la seguridad social en salud de Colombia y la teoría de la competencia regulada. Santiago de Chile: Naciones Unidas, CEPAL, GTZ; 1997.
4. Hernández M. La fractura originaria en la organización de los servicios de salud en Colombia. 1910-1946. [Tesis]. Santafé de Bogotá: Universidad Nacional de Colombia;2000. (Inédito).
5. Hartlyn J. La política del régimen de coalición. La experiencia del Frente Nacional de Colombia. Santafé de Bogotá: Tercer Mundo, Centro de Estudios Internacionales, Uniandes;1993.
6. Quevedo E, Hernández M, Miranda N, Mariño C, Cárdenas H, Wiesner C. La salud en Colombia. Análisis sociohistórico. Estudio Sectorial de Salud. Bogotá: Ministerio de Salud, Departamento Nacional de Planeación;1993.
7. Hernández M. El proceso sociopolítico de las reformas sanitarias en Colombia. *Cartilla de Seguridad Social*;1998.5:21-43.

8. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Instituto de Seguros Sociales. Decretos Extraordinarios. Decretos Ley Nos. 1650, 1651, 1652, 1653, 1698 y 1700 de 1977 y 1313 de 1978. 2ª ed. Bogotá: Instituto de Seguros Sociales;1979.
9. Ministerio de Salud. La reforma a la seguridad social en salud. Antecedentes y resultados. Tomo 1. Bogotá: Ministerio de Salud;1994.6.
10. Sarmiento L. De los derechos sociales, económicos y culturales. En: Barreto M, Sarmiento L. Constitución Política de Colombia. Título II: De los derechos, las garantías y los deberes. Bogotá: Comisión Colombiana de Juristas;1997:167-172.
11. Hernández M. El derecho a la salud y la nueva Constitución Política colombiana. En: Cardona A. (Coord.) Sociedad y Salud. Bogotá: Zeus editores;1992:127-154.
12. Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Departamento Nacional de Planeación. La segunda ola de reformas. En: Presupuesto de la Verdad. Presupuesto General de la Nación, 2000. Santafé de Bogotá: Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Departamento Nacional de Planeación: 94-138.
13. Centro Interdisciplinario de Estudios Regionales (CIDER), Universidad de los Andes, Proyecto Reunirse. Balance de la Red de Solidaridad Social. Santafé de Bogotá;1998.
14. Corporación Salud y Desarrollo. Propuesta para hacer amigables los servicios de salud: inducción al cambio en instituciones prestadoras de primer y tercer nivel de atención. Informe final presentado a la Secretaría Distrital de Salud de Santafé de Bogotá. Santafé de Bogotá;1997.
15. Congreso de la República, Secretaría General. Proyectos de ley a presentar en la presente legislatura de acuerdo con la información entregada por los Ministerios. Santafé de Bogotá;20 de julio de 1999. (Inédito).
16. Hernández M. Preguntas a las bases morales de la reforma a la seguridad social en Colombia. Cartilla de Seguridad Social;1997.2: 60-76.
17. Banco Mundial. El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma. Bol. Of. Sanit. Panam.;1997.103 (6): 695-709.
18. Enthoven, A. Managed Competition of Alternative Delivery Systems. J. Health Politics, Policy & Law1988.13: 305-321.
19. Sarmiento L. Desarrollo social, empleo y distribución del ingreso en el marco de la globalización. Ponencia presentada a la Mesa de Empleo. Santafé de Bogotá;1999 (inédito).
20. Jaramillo I. El futuro de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993, cinco años después. 4ª ed. Santafé de Bogotá: FESCOL, FES, Fundación Restrepo Barco, Fundación Corona;1999.
21. Ministerio de Salud. Informe anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las Comisiones Séptimas de Senado de la República y Cámara de Representantes, 1998–1999. Santafé de Bogotá;julio de 1999 (copia magnética): 4 y 6.
22. Herrera V. Régimen subsidiado de salud: evolución y problemática. Rev. Salud Pública;1999.1(3): 193-211.
23. Chamucero R. Boletín Informativo del Representante de los Trabajadores (CUT) al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud;1999. 4 (10):5.
24. Franco S. Hacia una política nacional de salud pública. Cartilla de Seguridad Social;1998.5: 71-82.

25. Corporación Salud y Desarrollo. Fortalecimiento de la promoción de la salud en el sistema de seguridad social en Santafé de Bogotá. Informe final de asesoría a la Secretaría Distrital de Salud de Santafé de Bogotá. Santafé de Bogotá;1998 (documento inédito).
26. Luna JE. Alcances y limitaciones en el desarrollo del Sistema General de Riesgos Profesionales. Revista de la Contraloría General de la Nación;1999 (copia de dactilografiado original).
27. Movimiento Nacional por la Salud Pública-Grupo Bogotá. Aportes para una reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Pre-textos de Salud Pública;1999.1: 55-60.
28. Eslava JC. Seguridad social en salud: reforma a la reforma. Rev. de Salud Pública;1999.1 (2):105-116.
29. Redondo H. La reforma de salud y su impacto en la situación de los profesionales de salud. Salud y Gerencia;1997.15(2):29-37.
30. CUT, CGTD y CTC. Otro modelo económico. En: Mandato Ciudadano por la Paz, la Vida y la Convivencia. Conversaciones de paz. La economía en la mesa de negociación. Santafé de Bogotá: Mandato Ciudadano por la Paz, la Vida y la Convivencia;1999:160-170.
31. Morales RF. IV Congreso de la Central Unitaria de Trabajadores de Colombia – CUT- Informe de gestión. Departamento de Recursos Naturales, Medio Ambiente y Seguridad Social. Cartagena; Septiembre de 1999 (Inédito).
32. Presidencia de la República, Departamento Nacional de Planeación. Cambio para Construir la Paz. Plan Nacional de desarrollo, bases, 1998-2002. Santafé de Bogotá: DNP;1998:189.
33. Agudelo C. Sistema de salud y plan de desarrollo: cobertura y equidad. Rev. Salud Pública;1999.1 (2): 117-127.
34. Rodríguez OS. Financiarización y flexibilización laboral en el plan de desarrollo “Cambio para Construir la Paz”. Rev. Salud Pública;1999.1(2):97-104.
35. Gracia GD. Fundamentos de Bioética. Madrid:Eudema;1989.
36. Polanyi K. La gran transformación. Crítica del liberalismo económico. Madrid: La Piqueta;1997(1944).
37. Castel R. Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado. Buenos Aires: Paidós; 1997.
38. Sen A. Las teorías del desarrollo a principios del siglo XXI. Cuadernos de Economía; 1998.29:73-100.
39. Sen A. Capital humano y capacidad humana. Cuadernos de Economía; 1998.29:67-72.