



UNIVERSITAT DE
BARCELONA



Revista de Bioética y Derecho & Perspectivas Bioéticas

www.bioeticayderecho.ub.edu - ISSN 1886-5887

ARTÍCULO

La encrucijada bioética del sistema de salud colombiano: entre el libre mercado y la regulación estatal

The Colombian health system bioethics dilemma: between the free market and the state regulation

**JORGE ANTONIO HERRERA LLAMAS,
RODRIGO HERNÁN GARCÍA ALARCÓN, KAREN HERRERA AGUILAR ***

OBSERVATORI DE BIOÈTICA I DRET DE LA UNIVERSITAT DE BARCELONA

La Revista de Bioética y Derecho se creó en 2004 a iniciativa del Observatorio de Bioética y Derecho (OBD), con el soporte del Máster en Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona: www.bioeticayderecho.ub.edu/master. En 2016 la revista Perspectivas Bioéticas del Programa de Bioética de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) se ha fusionado con la Revista de Bioética y Derecho.

Esta es una revista electrónica de acceso abierto, lo que significa que todo el contenido es de libre acceso sin coste alguno para el usuario o su institución. Los usuarios pueden leer, descargar, copiar, distribuir, imprimir o enlazar los textos completos de los artículos en esta revista sin pedir permiso previo del editor o del autor, siempre que no medie lucro en dichas operaciones y siempre que se citen las fuentes. Esto está de acuerdo con la definición BOAI de acceso abierto.

* Jorge Antonio Herrera Llamas. Ph. D. Economista. Doctor en Ciencias de la Educación. Máster en Desarrollo Económico, Especialista en Planeación. Docente de la Universidad de Cartagena. Docente de la Universidad San Buenaventura. Correo electrónico: jaherrerallamas@gmail.com

* Rodrigo Hernán García Alarcón. Magíster en Educación, Especialista en Familia. Licenciado en Teología y Filosofía. Docente de la Universidad San Buenaventura. Correo electrónico: rgarcia@usbctg.edu.co

* Karen Herrera Aguilar. Médico, Universidad de Cartagena. Médico del Hospital de Bocagrande, Cartagena de Indias. Correo electrónico: herrera_md@outlook.com

Resumen¹

El artículo analiza la crisis del sistema de salud colombiano sometido al modelo de economía de mercado con regulación estatal a partir de la Ley 100 de 1993. Su interés se centra en reflexionar sobre la concepción que el modelo da al gasto en salud como una inversión sometida a las fuerzas del mercado y consecuentemente, con una tasa de rentabilidad esperada. Mediante el análisis de estadísticas oficiales y de encuestas de satisfacción de los usuarios se devela la crisis estructural que padece la prestación del servicio de salud pública como un sistema, involucrando variables económicas, políticas y sociales. La interdisciplinariedad del abordaje temático del estudio permite profundizar en el análisis desde la reflexión de los valores morales y éticos que debe acompañar la asistencia sanitaria, al igual que la visión económica de su administración. Bioética, salud y economía constituyen descriptores fácticos de un sistema en crisis estructural que alimenta la patología social de la pobreza.

Palabras clave: bioética; economía de mercado; pobreza; sistema de salud.

Abstract¹

The article analyzes the crisis of the Colombian health system subject to market economy model with state regulation from the Law 100 of 1993. Its focus is to reflect on the concept that the model gives health expense as an investment subject to market forces and consequentially, with an expected rate of return. By analyzing official statistics and surveys of user satisfaction structural crisis affecting the provision of public health as a system, involving economic, political and social variables debela. The interdisciplinary approach to the study theme allows further analysis from the reflection of the moral and ethical values that should accompany the health care, as well as the economic vision of his administration. Bioethics, health and economy are factual descriptors of a system in structural crisis that fuels the social pathology of poverty.

Keywords: bioethics, market economy, poverty, health system.

¹ Este artículo es un producto de la investigación: Globalización, Bioética y desarrollo económico en Colombia.

I. Introducción

La década del noventa, inició con las expectativas promisorias de poner fin a las crisis cíclicas del capitalismo ortodoxo en el mundo. La liberalización comercial, el ensanchamiento del proceso de globalización y el posicionamiento de los mercados daban cuenta de nuevas formas de concebir la política económica, en un contexto donde el cambio continuo obligaba a formas heterodoxas de dirigir la economía. En estas circunstancias, se hacía necesaria una reingeniería en la manera de administrar los llamados bienes públicos, que en otrora, dada su importancia social, se concebían libres de rivalidad y exclusión.

En el informe sobre el desarrollo mundial 1993 el Banco mundial en el llamado enfoque triple para las políticas públicas propuso que los gobiernos propiciaran mayor competencia y participación del capital privado en la financiación de los servicios sanitarios. El papel del Estado, irremediamente, tendría que redefinirse y su faceta empresarial, signada de ineficiencias y corrupción a granel, sucumbiría ante el empuje del sector privado².

Transcurridos 20 años de la clamorosa reforma es necesario analizar sus resultados desde un perfil estructural y holístico que responda al interrogante pendiente desde 1993: ¿La aplicación del modelo de libre mercado con regulación en el sistema de salud pública genera equidad social o por el contrario profundiza la pobreza? La realidad parece dar razón de las premisas e hipótesis que apuntan a mirar en la más cruda implementación del modelo mercantil, un dilema de valores introduciendo al sistema de salud pública en una crisis estructural que involucra factores sociales, económicos y políticos.

En el caso colombiano, la reforma al sistema de salud se inició con la expedición de la Ley 100 de 1993 que creó el Sistema de Seguridad Social Integral basándose en los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación. En contraste con estos postulados, desde el inicio de su aplicación se auguraba que este paradigma incrementaría las desigualdades sociales frente a unos mecanismos de regulación estatal ineficientes³.

Desde la perspectiva metodológica de la economía de la salud se busca analizar la divergencia existente entre las cifras oficiales de cobertura e inversión en salud y los datos arrojados por las encuestas de percepción, que dan cuenta de un acentuado descontento ante la crisis de un sistema que fracasó al intentar trasplantar, indiscriminadamente, las políticas del

2 Banco Internacional de reconstrucción y fomento- Banco Mundial: Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud. Washington. D.C, 1993.

3 Hernández, M. Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia Health reform, equity, and the right to health in Colombia. Cad. saúde pública, 18(4), 991-1001. Bogotá, 2002.

mundo desarrollado sin consultar la desigualdades persistentes y la deuda social con la población vulnerable de los países pobres.

II. Fundamentación teórica del modelo

La reforma al sistema general de seguridad social en salud, recoge un marco conceptual que partiendo de la nueva concepción del gasto público social le es lógicamente permitido al definir factores como el principio de exclusión, identificar al usuario, cuantificación del subsidio monetario y la posibilidad de ser administrado por una entidad privada⁴. En estas circunstancias, en una metamorfosis economicista el paciente pasó a ser el cliente del naciente negocio, y en la relación mercantil costo-beneficios los principios de respeto a la autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia pasaron a segundo nivel de importancia. El principio de equidad, en defecto, no trasciende el carácter asistencialista del subsidio estatal que evidencia la discriminación positiva contemporánea⁵.

La responsabilidad social del Estado muta frente al modelo de economía de mercado y los que antes eran considerados bienes públicos, hoy constituyen el negocio moderno a escala global. En estas condiciones, en la que el mercado se magnifica como el eficiente parámetro en la asignación de recursos, el Estado se minimiza ante el paradigma economicista y su papel pasa a ser el de simple regulador y proveedor de medidas asistencialistas, generadoras de dependencia social eternizando la pobreza. En este contexto, se puede caer en un círculo teórico vicioso consistente en definir si la pobreza genera la lamentable situación sanitaria o si por el contrario, son los lamentables niveles sanitarios los que aclimatan la pobreza.

Lo cierto es que el problema es más complejo que un simple asistencialismo terapéutico, variables económicas, sociales, culturales y territoriales son descriptores lógicos de esta patología social. En este sentido, organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS) se despoja de cualquier eufemismo al manifestar que la duración de la vida de una persona está ligada al sitio donde nace. Así: “Un niño nacido en 2012 en un país de ingresos altos tiene una esperanza de vida de 75,8 años, o sea, más de 15 años que un niño nacido en un país de ingresos bajos⁶.

4 VARGAS, GUSTAVO. “¿Es equitativo el gasto social en salud?” Revista Cuadernos de Economía, v. XXIII, n. 41, Bogotá, 2004.

5 BEAUCHAMP, TON, CHILDRESS JAMES: Principios de ética biomédica, Masson, Madrid, 1998.

6 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: Estadísticas sanitarias mundiales 2014. Una mina de información sobre salud pública mundial. Disponible en www.who.int.

En la satisfacción de necesidades esenciales, como la salud, la suma de medidas coyunturales no conduce a la solución estructural de las necesidades de la población más vulnerable, en su defecto, nada aportan a la consolidación del desarrollo económico, entendiendo por éste, un acentuado nivel de bienestar inclusivo, duradero y estructural.

El asistencialismo, propio de modelos populista, legitima la desigualdad merecida sin generar cambios estructurales. Por el contrario, instaure niveles de tolerancias que engrosan las cifras estadísticas con apariencias de logros pero que en la práctica, constituyen guarismos paliativos del problema. Esta forma de concebir a los pobres como una subespecie, condenada a la situación crónica de ser beneficiaria de subsidios atenuantes estatales y a las donaciones como única medida de ataque a la pobreza, funda una solapada violación a los derechos humanos, se priva de libertad para satisfacer autónomamente sus necesidades y esto a su vez, atrofia la dinámica de general auténticas capacidades productivas⁷.

La supuesta sinergia que debía generarse entre los gobiernos y el sector público, fundamentación teórica del modelo de salud propuesto por el Banco Mundial en 1993, no tuvo presente que el papel que dejaba a el Estado, de proporcionar los bienes esenciales, no garantizaba una justicia redistributiva dado que el sector particular operaría con criterios mercantiles en detrimento del sistema de salud pública.

Como lo plantea Beatriz Sánchez Herrera en el libro Perlas de la Corrupción⁸:

El sistema General de Seguridad Social en Salud no privilegia la vida y se encuentra atrapado en una lógica de mercado que facilita las prácticas corruptas. A pesar de lo que señala la ley, la realidad que perciben los usuarios refleja que se atiende de modo diferente a quienes pueden pagar y a quienes no pueden hacerlo (p. 102).

El sistema de mercado con regulación fundamentó su aplicación en el diagnóstico que hizo el Banco Mundial donde daba cuenta de las disparidades existentes entre las economías de mercado consolidadas y el mundo subdesarrollado (Tabla 1).

Regiones	Población en 1990 (millones)	Muertes en 1990 (Millones)	Ingreso Per cápita (Dólares)	Mortalidad en la niñez	Esperanza de vida al nacer
África al Sur del Sahara	510	7,9	7,1	175	52
India	850	9,3	360	127	58

7 SEN, AMARTYA: Desarrollo y libertad, Ed. Planeta, Barcelona, 2000.

8 SANCHEZ, BEATRIZ: Perlas de la Corrupción, Ed. Peguin Randon Hause, Colombia, 2014.

China	1.134	8,9	370	43	69
Otros países asiáticos e insulares	683	5,5	1.320	97	62
América Latina y el Caribe	444	3,0	2.190	60	70
Países europeos antes socialistas (PEAS)	346	3,8	2.850	22	72
Países con economía de mercado consolidada (PEMC)	798	7,1	19.900	11	76

Tabla 1. Población, indicadores económicos y progresos en el campo de la salud, por regiones demográficas, 1975 1990.

Fuente: Banco Mundial.

Nota: Mortalidad en la niñez es la probabilidad de morir entre el nacimiento y los cinco años de edad, expresada por cada 1.000 nacidos vivos.

La OMS en su Estrategia Mundial de Salud para todos plantea: “Sistemas de salud que mejoren de forma equitativa los resultados sanitarios, respondan a las exigencias legítimas de la población y sean financieramente justos” (P.1). En este sentido, se muestra la importancia que se le da a la satisfacción que el sistema debe proporcionar a la población sin desconocer los demás indicadores de gestión como: nivel de salud alcanzado por la población, la equidad en materia de salud, capacidad de respuesta y la equidad de la contribución financiera (OMS, 2000).

Desde la perspectiva del modelo, se debían dar tres elementos fundamentales para que funcionara el sistema: primero, abrir la cuestión sanitaria a los mercados consideraba involucrar a las familias en la solución de los problemas de salud lo que implicaba mejorar los sistemas educativos y la generación de empleo incrementándose los ingresos de los hogares. Segundo, reorientación del gasto público con esto se buscaba darle mayor eficacia a la inversión en salud especialmente en la salud preventiva, según cifras del Banco Mundial esto evitaría la muerte anual de nueve millones de niños menores de un año. El tercero era facilitar la competencia o sea permitir que el sector salud compitiera en el naciente mercado de los servicios de salud.

El modelo no tuvo en cuenta la desigualdad del sistema y la brecha social que no permite jugar en igualdad de condiciones en unos mercados imperfectos. Inexorablemente la incapacidad e inoperancia de las políticas públicas en materia social, constituyen el principal germen de la enfermedad social de la pobreza y que mantiene a un considerable número de la población

marginada y excluida de los beneficios de la llamada Sociedad del conocimiento. Como lo plantea María Buxó Rey⁹:

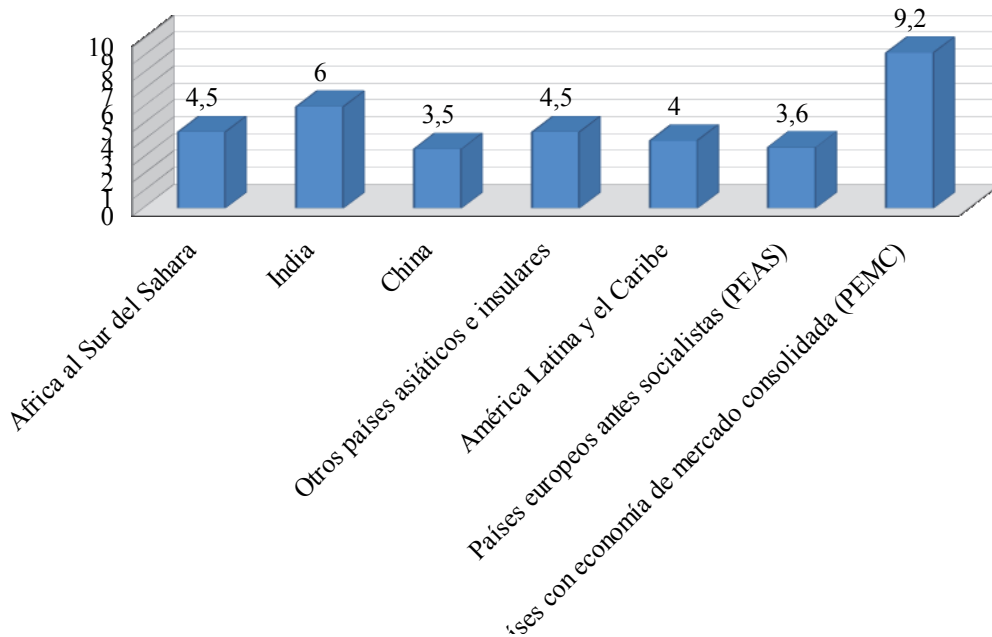
Resulta conceptual y técnicamente ineficaz considerar la enfermedad como una irregularidad fisiológica cuando en realidad es un hecho social. Enfermedad y pobreza –falta de recursos y decisión– son inseparables y se retroalimentan. Al igual que la desnutrición y las enfermedades infecciosas incrementan la mortalidad infantil y disminuyen la esperanza de vida, las desigualdades de género y la exclusión social fomentan grupos de riesgo. (p.12).

Al exponer los servicios básicos de salud a los designios del mercado, sin tener en cuentas sus imperfecciones, se está dando carta abierta al empoderamiento del sector privado en el negocio de la vida. En estas circunstancias, la lógica económica prima sobre los valores y principios morales configurándose un escenario hostil, dominado por la rentabilidad del sistema. En consecuencia, se rompe el código ético de Arrow, y el juramento hipocrático sucumbe ante la voracidad financiera¹⁰.

Además de las conquistas sociales que la aplicación del sistema reivindicaba en los países de economías de mercados más consolidadas, el informe del Banco Mundial mostraba como existía una clara evidencia de que aún con la participación del sector privado en plena competencia, el gasto en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) era considerablemente mayor en las sociedades abiertas al modelo de mercado con regulación estatal (figura 1).

9 BUXÓ REY, MA. JESÚS: "Bioética intercultural para la salud global", Revista de Bioética y Derecho, núm. 1, Barcelona, 2004, p. 12-15.

10 ARRAW, KENNETH: "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care". Revista American Economic Review, Vol.LIII, núm. 5, 1963. Pp: 141-149.

Figura1. Gasto en salud como porcentaje del PIB 1990

Fuente: Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 1993: Invertir en salud.

En el caso de América Latina, Según Manfred Max-Neef (1998), en su libro *Desarrollo a escala humana*, un limitante para el desarrollo es el movimiento pendular que en la práctica experimenta la adopción de la política económica entre el desarrollismo y el monetarismo neoliberal¹¹.

Si limitamos nuestro análisis a los componentes económicos de la crisis, y observamos su comportamiento histórico a través de las políticas económicas y de desarrollo que se han aplicado en Latinoamérica durante las últimas cuatro décadas, lo primero que detectamos es un claro proceso pendular. Los períodos de expansión acaban generando desequilibrios financieros y monetarios, que derivan en respuestas estabilizadoras que, a su vez, acaban generando elevados costos sociales, lo que induce a nuevos impulsos de expansión (p. 25).

Liliana Duarte al referirse a los aspectos morales y éticos que deben predominar en la asistencia social de servicios básicos como atención sanitaria deja claro la necesidad de actuar con la máxima de *primum non nocere*” o sea, lo primero no hacer daño¹². En este sentido plantea:

Los principios de beneficencia y buena praxis se reflejan en acciones y decisiones que implican asegurar la calidad de los servicios de salud y en el ejercicio de los deberes

11 MAX-NEEF, MANFRED: Desarrollo a escala humana, Nordan-Comunidad, Uruguay, 1998.

12 DUARTE, LILIANA: Ética y bioética: cuestión epistemológica aplicada a la salud, El Cid Editor, Argentina, 2005.

administrativos de los profesionales e instituciones de la salud, el uso de la información confidencial y la resolución de conflictos de intereses. P. (23)

El sistema de salud pública debe entenderse en toda su magnitud como un sistema de entrada y salida de componentes interrelacionados, de ahí que su análisis debe hacerse con una visión holística, pero ante todo con el respeto de los valores y dignidad del ser humano por encima de cualquier discurso epistemológico.

III. La encrucijada del modelo en Colombia

La Bioética, es más que principalismo puro o deontología pura que orienta el trabajo diario del médico con los dilemas que se presentan en el ejercicio profesional o en las relaciones interprofesionales. Es preciso, volver a las fuentes primigenias expuestas por Potter para practicar y difundir la Bioética con una visión holística y como una propuesta integral¹³.

Si bien es cierto que la Bioética es un movimiento básicamente norteamericano, también lo es que allí se encuentra un contexto, una cultura diferente a la cultura colombiana y como lo dice Gracia sus planteamientos son difícilmente trasplantables sin modificaciones a otros países¹⁴. A esto se suma que la problemática bioética y la sensibilidad Bioética de la sociedad latinoamericana actual son muy distintas, según el nivel que se analice. No obstante independientemente de las peculiaridades regionales los principios bioéticos confluyen en la ética como ciencia de la vida, sus dificultades y expectativas. Así lo plantea Álvarez, Nizahel Estévez¹⁵:

En nuestros días la ética médica aborda múltiples perfiles vinculados con la práctica médica, el ejercicio profesional, la gestión de salud, la regulación de la vida y los avances de la ciencia y la tecnología médica. Por su parte la bioética contemporánea abarca el estudio ético de las problemáticas relacionadas con la vida para lo cual propone soluciones normando procedimientos y conductas con el tema en cuestión (p, 170).

Problemas como: consentimiento informado, reproducción asistida, diagnóstico prenatal y trasplantes de órganos, entre otros, dejan de ser relevantes cuando se vive en situación de gran

13 POTTER, VAN RENSSLAER: "Temas bioéticos para el siglo XXI", Revista latinoamericana de Bioética, núm. 8, Bogotá, 2005. Pp. 1-24.

14 GRACIA, DIEGO: Fundamentos y enseñanzas de la Bioética, 2a. edición, Editorial El Búho, Bogotá, 2000.

15 ÁLVAREZ, NIZAHIEL ESTÉVEZ, et al: "Ética e Investigación Científica en Salud. Una aproximación al tema", Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, vol. 19, núm. 3-4, Cuba, 2014, p. 169-173.

penuria y se tiene como problema primario y cotidiano la alimentación, la salud y hasta el de la subsistencia. A este entorno social no llega la medicina de primer nivel, que es la que ha provocado el desarrollo de la Bioética en los países desarrollados. Aquí los problemas prioritarios no tienen que ver con el principio ético de autonomía, sino con los principios de justicia y no-maleficencia¹⁶.

En la Bioética latinoamericana los principios de solidaridad y justicia desempeñan el papel central que tiene la autonomía en la Bioética norteamericana. Y aunque las políticas sanitarias latinoamericanas dicen incluir el acceso universal a los cuidados médicos y quieren acentuar la justicia y la equidad distributivas en la asignación de recursos de salud, se está lejos de ese postulado. Tal es el caso colombiano, donde existen graves violaciones a los derechos humanos como el del acceso a la salud que en la práctica se ha convertido en una encrucijada jurídica para los usuarios y además existe una marcada desigualdad regional¹⁷. Así lo demuestra el estudio realizado por la Defensoría del Pueblo dando cuenta de 115.026 tutelas en el año 2012 (Tabla 2).

Entidad	Número de Tutelas	% de Tutelas
EPS solamente en Régimen Contributivo	48.802	42,43
EPS Solamente en Régimen subsidiado	27.937	24,29
Entes Territoriales	11.386	9,90
EPS en Régimen contributivo y subsidiado	11.194	9,73
Instituciones Prestadoras de Salud - IPS	3.670	3,19
Inpec/Penitenciarias	2.332	2,03
Regímenes de excepción	2.048	1,78
Administradoras de Fondos de Pensiones -AFP	1.317	1,14
Otros	6.340	5,51
Total	115.026	100

Tabla 2. Tutelas en salud, según tipo de entidad demandada 2012.

Fuente: Defensoría del Pueblo.

16 GARCÍA, RODRIGO: "La Bioética en perspectiva latinoamericana", Revista latinoamericana de Bioética, Vol.12, Pp. 44-51, Bogotá, 2012.

17 LA TORRE, MARÍA, BARBOZA, SAMUEL: Avances y retrocesos en la salud de los colombianos en las últimas décadas, en BERNAL, OSCAR, GUTIÉRREZ, CATALINA (compiladores): La salud en Colombia. Logros, retos y recomendaciones, Ediciones Uniandes. 1ª edición, Bogotá, 2012.

Al respecto, es necesario referenciar a teóricos como Volney Garrafa (1999) quien analiza como es necesario agregar a la cuestión ética factores relacionados con los derechos humanos y la dignidad además de los llamados cuatro “P” de una Bioética responsable para el siglo XX los cuales define así: “prudencia, con el desconocido; prevención de posibles daños e iatrogenias; precaución frente al uso indiscriminado de nuevas tecnologías; y protección de los excluidos sociales, de los más frágiles y vulnerables”¹⁸. Consecuente con lo anterior, la salud constituye un tema trascendental si se tiene presente que está en juego el mayor don y razón de ser de la bioética: *la vida*.

Un rápido vistazo a la realidad colombiana muestra noticias como: paseo de la muerte no cesa, alerta por aumento de cesáreas, mortalidad materna vuelve a dispararse en Colombia, Pagamos medicamentos hasta 240% más costosos, cincuenta médicos –colgaron las batas-, cada cinco minutos hay una nueva tutela de salud etc. Se observa que en la crisis estructural que padece el sistema de salud colombiano se desconocen los principios básicos de: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

Durante los últimos veinticinco años, las reformas de los sistemas de salud latinoamericanos, orientadas por las ideas neoliberales del Banco Mundial, determinaron cambios sustanciales en la administración de los recursos y la atención a la población. En el caso colombiano en su administración cargada de tecnicismo e indicadores de eficiencia y productividad se refleja la incidencia de la teoría del capital humano donde prima lo económico sobre lo social. Por una parte, se ha pregonado la defensa de los principios de equidad, eficacia, calidad y satisfacción del usuario, y por otra, se busca la descentralización de los servicios, la privatización y la delimitación de los planes de beneficios¹⁹.

En el World Development Report del Banco Mundial (1993), se reconoció la necesidad de que los países en vías de desarrollo inviertan en la salud de sus habitantes para impulsar el crecimiento económico. Para lograr este objetivo, el reporte recomendó la participación de la empresa privada en la administración de los sistemas de salud y la implementación de políticas sustentadas en estudios de costo-efectividad, que resten importancia a la inversión en terapéutica y encaminaran los esfuerzos hacia la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

18 GARRAFA, VOLNEI, ERIG OSÓRIO DE AZAMBUJA, LETÍCIA: “Epistemología de la bioética - enfoque latino-americano”, Revista Colombiana de Bioética [en línea] 2009, 4 (Enero-Junio): [Fecha de consulta: 1 de abril de 2015] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=189214300004>.

19 HOMEDES N, UGALDE A, FORNS JR: “The World Bank, pharmaceutical policies, and health reforms in Latin America”, International Journal of Health Services. USA, 2005, núm.35: 691-717.

Para poder implementar las políticas recomendadas por el Banco Mundial en un país como Colombia, se hacía necesario que existiera armonía entre su normatividad y los requerimientos del Banco. Así, la reforma de la salud implementada en la Ley 100 de 1993, fue una respuesta a esa necesidad²⁰. Uno de los retos de esta ley fue lograr que el naciente Sistema General de Seguridad Social en Salud respetara el derecho inalienable a la salud consagrado en la Constitución de 1991. En el artículo 48 de la Carta Magna colombiana se enuncia: “La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado”. En el artículo 49 se establece que la atención de la salud es un servicio público a cargo del Estado²¹.

Desde la creación del Sistema general de salud mediante la Ley 100 de 1993, ha sido reformado por las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011, y por decretos y disposiciones diversas que no han solucionado el problema de fondo²². El último intento de salvar un sistema de salud en crisis desde el momento de su concepción es la Ley estatutaria N° 1751 del 16 de febrero de 2015 donde, luego de transcurrido 22 años de la implementación del modelo de mercado, se define Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud²³.

Lo cierto es que si se analiza, que uno de las variables positivas con que se vendió la aplicación del modelo de economía de mercado con regulación estatal era el incremento en la inversión hacia el sistema y que esto a su vez redundaría en la solución del problema de la calidad del servicio, se encuentra que los recursos hacia el sistema de salud se incrementaron pasando de un monto de 9.49 billones de pesos en 1993 a 30 billones de pesos en 2012 según cifras oficiales. Lo anterior contrasta y pone en entredicho los postulados del modelo pues pese a la inversión creciente los problemas de calidad en la prestación del servicio se incrementaron.

En Un estudio económico de costo- equidad, realizado por el profesor de la Universidad Nacional de Colombia Javier Eslava Schmalbach, demostró que la inequidad en salud todavía es un problema en Colombia. Aunque con los años la inversión ha aumentado, la inequidad ha mantenido un comportamiento inestable. El investigador fue claro en señalar que el error ha sido que la reforma siempre se ha enfocado a mejorar la afiliación al servicio, aunque ello no avala el acceso, éste no garantiza que la calidad de atención sea buena y, a su vez, la calidad de atención no asegura que los resultados finales sean buenos. Por tanto, a lo que se debería apuntar cuando

20 Colombia, Ley 100/1993, 23 de diciembre, Diario Oficial N° 41.148.

21 Colombia. Constitución Política de Colombia 1991, 4 de julio, Gaceta Constitucional No. 127, del 10 de octubre.

22 Colombia, Ley 1122/2007, de 9 de enero, Diario Oficial No. 46.506.

23 Colombia, Ley Estatutaria, 1751/2015, 16 de febrero, Diario Oficial 16 febrero

se evalúe la equidad en salud es que esta sea mejor para los colombianos, en cuanto a los resultados²⁴.

Lo cierto es que el paradigma imperante en el manejo del sistema de salud obedece a una relación de costo- beneficio donde impera la utilidad monetaria sobre la utilidad social; en estas condiciones, lo que antes era universalmente reconocido como un derecho, hoy su acceso se hace por vía jurídica (Figura 2).

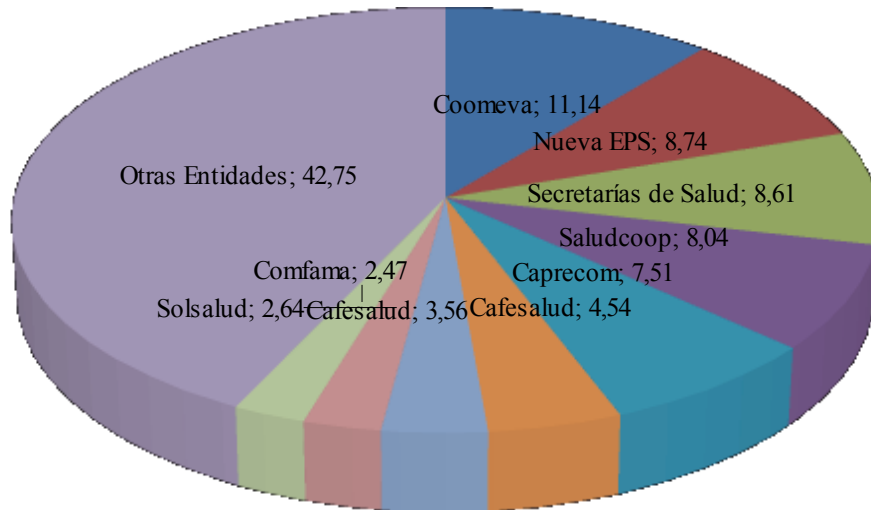


Figura 2. Entidades con más tutelas por el derecho a la salud en el país 2012.
Fuente: Elaboración propia con datos de la Defensoría del Pueblo.

En los consultorios actuales del Sistema Nacional de Salud, tanto en municipal como departamental, el médico está enfrentado a trabajar contra su ética profesional, violando todos los principios que aprendió con lujo de detalles, antes de hacer su juramento Hipocrático.

En una sala de urgencias el médico está presionado y estresado por el exceso de trabajo, a veces en condiciones inhumanas. El mal pago y a la intolerancia, en ocasiones, abusiva de los pacientes que confunden una consulta externa con una emergencia, más el agotamiento, producen depresión y alteración conductual de cualquier ser humano que inducen al error. En consecuencia, en esta encrucijada se libra la batalla mediática entre el dolor y el desespero del paciente y la impotencia del personal médico, que es otra víctima del modelo. Hoy los médicos están obligados a trabajar contrarreloj para poder alimentar el sistema, y no pueden mirar al paciente o examinarlo adecuadamente.

24 ESLAVA-SCHMALBACH J, BARÓN G, GAITÁN-DUARTE H, et, al: "Evaluación del Impacto en Costo-equidad del Sistema de Salud en Colombia 1998-2005", Revista de Salud Pública., núm.10, Bogotá, 2008 pp. 3-17.

Aunque el país nunca había tenido índices tan altos de cobertura en salud ni destinado tantos recursos para financiar este sector; pues en efecto, casi 43 millones de colombianos están cubiertos por el sistema, que dedica 24 de los 44 billones de pesos que moviliza al aseguramiento. Sin embargo, tales cifras contrastan radicalmente con la calificación que los ciudadanos le dan al Gobierno en materia de manejo del sistema. Según los resultados de la encuesta Gallup de abril de 2013 ocho de cada diez colombianos desaprueban la política de salud. En el mismo sentido en la encuesta realizada en junio del mismo año el 81% de los encuestados manifestaron su percepción del empeoramiento de la calidad y cubrimiento de la salud²⁵. Así las cosas, tristemente la salud es el campo peor evaluado, por encima de la guerrilla, el narcotráfico, la inseguridad y el desempleo.

Si bien es cierto que se requiere de las cifras oficiales para hacer un análisis objetivo del sistema de salud colombiano, igualmente es fundamental contrastar estos guarismos con la percepción de los usuarios, demás agentes del sistema y con los desequilibrios económicos y sociales estructurales del país. Así, se pueden exhibir cifras macroeconómicas como el Ingreso Nacional Bruto Per cápita de 9.990 dólares anuales, nivel de ingreso muy bajo si se compara con países como Canadá, España y Chile que mantienen ingresos per capitas de 42.530, 31.670 y 21.310 dólares respectivamente. Adicionalmente, se requiere un examen que involucre los niveles de desigualdad reinantes en Colombia reflejados en el Índice de Gini de 0,54 mostrando la incongruencia entre las cifras y la realidad²⁶.

En el mismo sentido anterior, se puede correlacionar la realidad con el comportamiento de indicadores como la esperanza de vida al nacer que según la OMC en Colombia en el 2012 era de 79 años pero que al involucrar el concepto de esperanza de vida sana la expectativa se reduce a 68 años²⁷. La antítesis igualmente se refleja en estadísticas como la de mortalidad infantil que según datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) a nivel nacional es de 17.25% pero en regiones como el Vichada es de 36.87%. Por último, se puede contrastar la vertiginosa disminución del desempleo al situarse en un dígito pero que al mismo tiempo en las 23 principales ciudades y áreas metropolitanas del país la proporción del empleo informal es de 49.6% en el periodo marzo-mayo de 2015²⁸.

25 GALLUP COLOMBIA LTDA. Encuesta Nacional sobre: Opinión pública sobre gobernantes, personajes, instituciones y hechos de actualidad. Colombia 2013. Disponible en: <http://www.elpais.com.co/elpais/archivos/encuesta-gallup-junio-2013.pdf>

26 OCDE. Estudios económicos de Colombia 2015, Bogotá 2015.

27 OMS. Estadísticas sanitarias mundiales. Ginebra 2014. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131953/1/9789240692695_spa.pdf

28 DANE. Resumen ejecutivo. Bogotá 2015.

De este modo, la opinión le pasa una cuenta de cobro al Gobierno por una crisis que no ha hecho más que profundizarse con los años. Desde hace más de una década se han venido anunciando, de manera fastuosa, salvadoras medidas de choque para enderezar el rumbo de la salud: la emergencia social; las Leyes 1122 de 2007 que pregonó el mejoramiento de la prestación de los servicios al usuario y 1438 de 2011 que establece: “La unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera”²⁹. Pese a reformar el sistema, estos intentos fallidos acabaron siendo un saludo a la bandera, y un rosario incontable de decretos, resoluciones y medidas administrativas que han terminado de enredar la madeja del problema en esta encrucijada social.

Amparados en todo ese desacierto del sistema, la corrupción, la politiquería, los trámites excesivos y los más oscuros intereses han florecido a sus anchas, en detrimento de los recursos y los beneficios de calidad a los que tienen derecho los colombianos.

La verdad sea dicha, era imposible que el país obtuviera un resultado distinto, cuando a eso se suma un imperdonable vacío en materia de regulación y control del Estado. En un escenario semejante, todos los actores, sin excepción, hicieron leña del sistema de salud, aun así, ha crecido la costumbre de buscar culpables únicos.

Los hospitales públicos también le han abierto la puerta a la politiquería, bajo la cual se ampara, en muchas ocasiones, la ineficiencia, y hay casos de privados que, pese a mostrar mejores indicadores, inducen demanda y cierran servicios que no consideran rentables, como los pediátricos. Si bien es imperdonable que estas instituciones vivan amenazadas por las multimillonarias deudas que otros actores del sector tienen con ellas, también lo es que algunas privilegien la facturación sobre la humanización de la atención.

La industria farmacéutica y de insumos médicos, huérfana de regulación durante mucho tiempo, tampoco se ha quedado atrás y encontró las vías para acrecentar sus dividendos a costa de los dineros de la salud. Pero el mercado de medicamento es apenas un eslabón de la larga cadena de deshumanización del sistema.

Las responsabilidades son compartidas. Los médicos, que con razón se quejan de haber perdido su autonomía y de ver en peligro la dignidad de su profesión en medio de un sistema de salud, lanzado a su suerte a los vaivenes del mercado, acabaron convertidos, con las excepciones de rigor, en negociantes de su profesión. La Ley 100 de 1993 los convirtió en obreros y a los

29 Colombia, Ley 1438/2011, de 19 de enero, Diario Oficial No. 47.957.

pacientes en clientes debelando ante el mundo la degradación de los más elementales principios éticos.

IV. Conclusiones

El experimento de prueba y error en el que se encuentra inmerso el sistema de salud desconoce su naturaleza de ser un derecho fundamental, y no una mercancía expuesto a las fuerzas del mercado de oferta y demanda. El minimalismo gubernamental facilita la violación de los derechos a la vida digna dentro de los lineamientos éticos de un Estado social de derecho en el cual el Estado debe ser garante y no un simple espectador del reparto mercantil.

El modelo de financiación el sistema general de salud vía demanda vulnera los derechos de la clase económicamente menos favorecidas, al mismo tiempo, propicia que los recursos sean manejados con la racionalidad y el economicismo extremo del mejor de los negocios. En consecuencias, el modelo de economía de mercado con regulación estatal propicia problemas de corrupción y amplía la brecha de desigualdad entre los más ricos y los más pobres, en abierta contradicción con el espíritu con que se vendió el paradigma de conciliar la política sanitaria con el desarrollo económico.

La salud integral implica calidad de vida y dignidad humana, no sólo atención de la enfermedad, en el marco de un sistema amplio de seguridad social. En este sentido, la salud preventiva además de garantizar estándares de vida dignos, constituye una manera de descongestionar el sistema al bajar los niveles de morbilidad e identificar a las personas como usuarios de un derecho fundamental y no como un cliente.

V. Referencias bibliográficas

- ◆ ÁLVAREZ, NIZAHÉL ESTÉVEZ, et al: “Ética e Investigación Científica en Salud. Una aproximación al tema”, *Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular*, vol. 19, núm. 3-4, Cuba, 2014, p. 169-173.
- ◆ ARRAW, KENNETH: “Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care”. *Revista American Economic Review*, Vol. LIII, núm. 5, 1963. Pp. 141-149.
- ◆ BEAUCHAMP, TON, CHILDRESS JAMES: *Principios de ética biomédica*, Masson, Madrid, 1998.

- ◆ LA TORRE, MARÍA, BARBOZA, SAMUEL: “Avances y retrocesos en la salud de los colombianos en las últimas décadas”, en BERNAL, OSCAR, GUTIÉRREZ, CATALINA (compiladores): *La salud en Colombia. Logros, retos y recomendaciones*, Edicuienes Uniandes. 1ª edición, Bogotá, 2012.
- ◆ BUXÓ REY, MA. JESÚS: “Bioética intercultural para la salud global”, *Revista de Bioética y Derecho*, núm. 1, Barcelona, 2004, p. 12-15, P 12.
- ◆ DANE. Resumen ejecutivo. Bogotá 2015.
- ◆ DUARTE, LILIANA: *Ética y bioética: cuestión epistemológica aplicada a la salud*, El Cid Editor, Argentina, 2005.
- ◆ ESLAVA-SCHMALBACH J, BARÓN G, GAITÁN-DUARTE H, et, al: “Evaluación del Impacto en Costo-equidad del Sistema de Salud en Colombia 1998-2005”, *Revista de Salud Pública.*, núm.10, Bogotá, 2008 pp.3-17.
- ◆ GALLUP COLOMBIA LTDA. Encuesta Nacional sobre: Opinión pública sobre gobernantes, personajes, instituciones y hechos de actualidad. Colombia 2013. Disponible en: <http://www.elpais.com.co/elpais/archivos/encuesta-gallup-junio-2013.pdf>
- ◆ GARCÍA, RODRIGO: “La Bioética en perspectiva latinoamericana”, *Revista latinoamericana de Bioética*, Vol.12, Pp. 44-51, Bogotá, 2012.
- ◆ GARRAFA, VOLNEI, ERIG OSÓRIO DE AZAMBUJA, LETÍCIA: “Epistemología de la bioética - enfoque latino-americano”, *Revista Colombiana de Bioética* [en línea] 2009, 4 (Enero-Junio): [Fecha de consulta: 1 de abril de 2015] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=189214300004>
- ◆ GRACIA, DIEGO: *Fundamentos y enseñanzas de la Bioética*, 2a. edición, Editorial El Búho, Bogotá, 2000.
- ◆ Hernández, M. (2002). Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia Health reform, equity, and the right to health in Colombia. *Cad. saúde pública*, 18(4), 991-1001.
- ◆ HOMEDES N, UGALDE A, FORNS JR: “The World Bank, pharmaceutical policies, and health reforms in Latin America”, *International Journal of Health Services*. USA, 2005, núm.35: 691-717.
- ◆ MAX-NEEF, MANFRED: *Desarrollo a escala humana*, Nordan-Comunidad, Uruguay, 1998.
- ◆ POTTER, VAN RENSSLAER: “Temas bioéticos para el siglo XXI”, *Revista latinoamericana de Bioética*, núm. 8, Bogotá, 2005. Pp. 1-24.
- ◆ OCDE, Estudios económicos de Colombia 2015, Bogotá 2015.

- ◆ OMS. Estadísticas sanitarias mundiales. Ginebra 2014. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131953/1/9789240692695_spa.pdf
- ◆ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: *Estadísticas sanitarias mundiales 2014. Una mina de información sobre salud pública mundial*. Disponible en: www.who.int.
- ◆ SANCHEZ, BEATRIZ: *Perlas de la Corrupción*, Ed. Peguin Randon Hause, Colombia, 2014. P. 102.
- ◆ SEN, AMARTYA: *Desarrollo y libertad*, Ed. Planeta, Barcelona, 2000.
- ◆ STIGLITZ, JOSEPH: *Los Felices 90. La Semilla de la Destrucción*. Ed. Punto de lectura, España, 2003, P. 23.
- ◆ TOFFLER, ALVIN. (1990). *El cambio del poder*, Ed. Plaza & Janes España, 1990.
- ◆ VARGAS, GUSTAVO. “¿Es equitativo el gasto social en salud?” *Revista Cuadernos de Economía*, v. XXIII, n. 41, Bogotá, 2004.
- ◆ WORLD BANK: *THE WORLD DEVELOPMENT: Report: Investing in health*. Washington, D.C, 1993.

Referencias Legislativas

- ◆ Colombia, Ley 100/1993, 23 de diciembre, *Diario Oficial* N° 41.148.
- ◆ Colombia, Ley 1122/2007, de 9 de enero, *Diario Oficial* No. 46.506.
- ◆ Colombia, Ley 1438/2011, de 19 de enero, *Diario Oficial* No. 47.957.
- ◆ Colombia, Ley Estatutaria, 1751/2015, 16 de febrero, *Diario Oficial* 16 febrero.
- ◆ Colombia. Constitución Política de Colombia 1991, 4 de julio, Gaceta Constitucional No. 127, del 10 de octubre.

Fecha de recepción: 2 de abril de 2015

Fecha de aceptación: 14 de septiembre de 2015