

Entre los negocios y los derechos *

Between business and rights

MD. Ph. D. Saúl Franco

Universidades Nacional de Colombia y Santo Tomás. Bogota, Colombia.

RESUMEN

El artículo propone hacer una reflexión sobre los postulados y los valores que sustentan el actual Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia, a partir de cinco hechos significativos. El primero es el enriquecimiento de las Entidades Promotoras de Salud, que no priorizan el bienestar humano y se dedican a asuntos del ámbito financiero y administrativo; otro de los hechos, descubierto en el 2011, es la alianza entre las empresas encargadas de ordenar la atención médica de la población y administrar los recursos para financiarla, aumentar los cobros y aumentar así sus ganancias. Por otro lado, está el cierre de las camas de pediatría por ser mal negocio; datos recientes informan de la existencia de solo seis camas de alta complejidad por cada 10 000 niños. La falta de regulación en los precios de los medicamentos, permitido por el modelo de salud vigente, es otro asunto importante que afecta las posibilidades de adquisición de la población más desfavorecida. Y finalmente, el hecho más impactante: la muerte evitable y culpable de miles de personas, producida, entre otros, por la falta de atención oportuna, el llamado paseo de la muerte. Los cinco hechos enunciados develan algunas de los intereses y prácticas que se han desarrollado en los 20 años de existencia del modelo de salud colombiano. Hoy en muchos países se requiere un cambio en el sistema de salud y en el papel del Estado frente a ella, así como en los valores que inspiran a la sociedad en su conjunto.

Palabras clave: negocios, salud, economía, ética, política, Colombia.

ABSTRACT

The article presents some reflections on the provisions and values underlying the real Social Security System for Health in Colombia on the basis of five significant events. The first one is the enrichment of health promoting entities which do not give priority to the human wellbeing and devote themselves to financial and managing affairs. The second one, disclosed in 2011, is the alliance between the companies in charge of the medical care of the population and of administering the resources to finance this activity, in order to increase the charges and the profits as well. On the other hand, the dismantling of pediatric beds since it is bad business; in this regard, recent data reported that there are just 6 highly complex beds per each 10 000 children. Another event is the deregulation of drug prices authorized by the present model, which affects the purchasing possibilities of the more neglected population. Finally, the most striking event, that is, the preventable death of thousands of persons cause, among other things, by the lack of timely care, the so called death trip. The five events already stated reveal some of the interests and practices that the Colombian health model has developed for 20 years of existence. Currently, most countries require some changes in the health care systems and in the role of the state in this field, as well as in the values that guide the society as a whole.

Keywords: business, health, economy, ethics, policy, Colombia.

INTRODUCCIÓN

Cuatro mundos en juego: salud, economía, ética y política

Cuando la sociedad trata de dar respuesta a una de las necesidades básicas de sus integrantes individuales y colectivos, como es la salud, se activan fundamentalmente cuatro áreas del saber y del qué hacer sociales, íntimamente relacionadas.

En primer lugar, el propio campo de la salud. Es decir, la manera como se entiende y se atiende el bienestar de las personas y de la sociedad en su conjunto; la posibilidad y la realidad de enfermarse y de morir; las condiciones que hacen posible y aquellas que dificultan o imposibilitan la vida digna, y los distintos mecanismos y procedimientos mediante los cuales las instancias e instituciones sociales participan en la generación del bienestar, la prevención y atención de las enfermedades y el enfrentamiento de la muerte.

El segundo territorio implicado es el de la economía. Se trata del campo de la producción, distribución y apropiación de la riqueza; de la asignación de un valor monetario a los bienes y servicios relacionados con la salud, entendida en los términos antes descritos, a la propiedad y la compra-venta de dichos bienes y servicios, y a los márgenes de ganancia permitidos en las transacciones correspondientes.

Al entrar en juego los criterios para decidir inclusiones y exclusiones, escalas valorativas, derechos y deberes, márgenes de libertad, responsabilidad y

autonomía, niveles de prioridad, posesiones y expropiaciones, y límites de ganancia, se entra de lleno en el terreno de la ética.

Y por tratarse de opciones y decisiones sociales, mediadas por el Estado, con participación de diversos sujetos sociales conscientes de derechos y deberes -es decir: ciudadanos- dentro de una intrincada red de intereses y lucha de poderes, la salud acontece inevitablemente en el escenario político.

Se sale entonces de la realidad quien pretenda sustraer los problemas y acontecimientos sanitarios de los tres mundos enunciados. Y es tan erróneo desconocer cualquiera de ellos, como pretender actuar sin reconocer las íntimas y complejas relaciones entre ellos.

Buena parte de las tensiones que viven y los problemas que enfrentan los diferentes modelos de salud y seguridad social en el mundo, tienen sus raíces en el desconocimiento de una de estas dimensiones o en la sobrevaloración, en ocasiones excesiva, de una cualquiera de ellas. Es posible que en el caso colombiano la reducción de la salud a los negocios con la enfermedad, y el abierto predominio de una doctrina económica específica con sus propios intereses, estén en la base del colapso que hoy vive su Sistema de Seguridad Social en Salud (SSSS).

La relación hechos-ideas y valores-luchas

Reivindico la necesidad de mantener y reforzar la estrecha y esclarecedora relación entre los hechos, las ideas y valores, y las luchas al momento de tratar de comprender un determinado acontecimiento.

Los hechos son ideas y valores convertidos en acontecimiento. Son códigos cifrados que es preciso descubrir e interpretar. Es posible desconocerlos o quedarse en su concreción espacio-temporal, sin referente alguno. Pero lo primero hace perder el polo a tierra y puede llevar a la retórica vacía. Y lo segundo los despoja de todo significado y, por tanto, de su potencial expresivo y de advertencia a futuro.

Las ideas y valores son construcciones socio-culturales, necesarias para entender los acontecimientos, para orientarse en la vida en sociedad y para ponderar el sentido y los alcances de las actividades y las conductas humanas. Es posible, pero muy riesgoso, navegar por el mundo de las ideas, sin untarse de realidad concreta. Y ya se advirtió sobre la vacuidad de los acontecimientos desconectados del razonamiento y la valoración que conllevan.

El amplio espectro de las ideas, interpretaciones y modelos valorativos frente al torrente continuo de los acontecimientos, genera de manera inevitable tensiones y confrontaciones, origen de buena parte de las luchas al interior de la sociedad. Las confrontaciones en los distintos campos indican diversidad y actividad y, al igual que la fiebre en el organismo, pueden significar capacidad de respuesta reactiva. Son entonces saludables y deben llevar, si no se desvían, a generar mejores respuestas y nuevas soluciones y cuestiones. Si no se tienen en cuenta parecería que las ideas tuvieran vida propia y moldearan la historia y los acontecimientos a su medida, cuando son en realidad las luchas sociales las que les van dando o quitando posibilidad y fuerza.

Por qué el actual modelo de salud colombiano (la ley 100/93)?

Todo discurso tiene contenidos explícitos e implícitos. Y los discursos a nombre de un determinado poder tienen, además, razones aparentes o formales y razones reales. En el discurso institucional -gobierno, parlamento, tecnoburocracia- en Colombia, se hacía necesaria una reforma al SSSS al empezar la última década del siglo pasado, por dos razones fundamentales: la baja cobertura de los servicios de salud, y la ineficiencia del sector público en la administración y la prestación de los servicios de salud. Ambas razones tenían sustento en la realidad. Pero ni eran absolutas, ni serían las únicas. Para entonces estaban ya en boga dos ideas muy caras a la ideología neoliberal: que la atención de las enfermedades y el aseguramiento de los riesgos de enfermar y morir eran campos promisorios y poco explorados de acumulación de riqueza, y que era necesario reducir la presencia y la participación del Estado para darle amplio juego en la conducción y el funcionamiento de la sociedad a los intereses económicos expresados por "el sector privado". Las innegables y amplificadas falencias del modelo anterior sirvieron entonces como argumentos para, sin hacerlo explícito ante los ciudadanos de a pie, imponer un nuevo ordenamiento que obedecía, por supuesto, a una concepción diferente de la salud, de la economía, de la ética y de la política, tal como se verá más adelante.

No es que el modelo anterior no requiriera cambios, incluso de fondo, o que 20 años después se desconozcan sus limitaciones y se quiera volver a él. En absoluto. Pero eran posibles otras alternativas. Y aquella que se tomó no solo no ha resuelto los problemas aducidos, sino que ha agravado algunos y ha generado otros, cuyas consecuencias se enunciarán en los próximos apartes.

Coherente con los tres planteamientos anteriores, este texto pretende, a partir de cinco hechos emblemáticos, reflexionar sobre los postulados y los valores que han sustentado el actual SSSS colombiano -formulado en la Ley 100 de 1993-, sus consecuencias, las principales confrontaciones que se han desencadenado y los postulados que deben sustentar el replanteamiento del campo de la salud y las nuevas alternativas de reformas sanitarias, tanto en Colombia como en otros países.

CINCO HECHOS EMBLEMÁTICOS

El astronómico enriquecimiento de una EPS

Las EPS -Entidades Promotoras de Salud- fueron creadas por el artículo 177 de la Ley 100 de 1993,¹ como "las entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones" (República de Colombia, 1994). Nada tenía que ver entonces su nombre con su objetivo: la promoción de la salud es un campo amplio, relativamente reciente y promisorio de la salud pública, dedicado a priorizar el bienestar humano por encima de otros intereses y a impulsar las acciones participativas de la población que le generen mejor calidad de vida.² Ni su sentido ni su lenguaje se relaciona con afiliar, recaudar cotizaciones y llevar registro de afiliados. Las tareas de las EPS son tan propias del ámbito financiero y administrativo, que ya nadie habla en el país de Entidades Promotoras de Salud, sino de Empresas Promotoras de Salud. Como progresivamente pasaron de recaudar cotizaciones, a administrarlas y apropiárselas, su importancia y poder dentro del sistema de salud, e inclusive dentro del sistema económico del país, ha llegado a ser tal que algunos las consideran como la gran novedad del nuevo modelo de salud y como unas de las entidades más eficientes que hay en el país.³

De hecho ya en el 2010, cinco de las 100 empresas más grandes de Colombia eran EPS.

Pues bien, a partir de la expedición de la Ley 100, empezaron a crearse y a expandirse las nuevas EPS. Una de ellas, *Saludcoop*, llegó a ser la más grande, afilia 3,9 millones de personas, y logra un crecimiento económico exponencial. Fue registrada en 1994 con un capital de 2 500 millones de pesos (un poco menos de 1,4 millones de dólares, al cambio actual). Al empezar el año 2010, su capital era ya de 439 391 millones de pesos (cerca de 244 millones de dólares al cambio actual). Es decir, solo en 16 años esta empresa de salud incrementó en 176 veces su capital y entre 2007 y 2008, la milagrosa *Saludcoop* logró aumentar su utilidad operacional en 184 %.⁴ Todo debido a la conversión de la enfermedad en una mercancía rentable, a la conformación de una red completa de intermediación, a una compacta integración empresarial, al incremento desmesurado de recobros, en especial por medicamentos de alto costo, y al recorte de egresos mediante la reducción de servicios prestados a los pacientes y la subcontratación de personal. Debe haber muy pocas empresas legales que puedan lograr semejante ritmo de crecimiento y utilidades.

Las quejas frecuentes de los pacientes de la entidad, la revelación de los datos anteriores y otros indicios, condujeron a las entidades de control del Estado y del sistema de salud a investigar e intervenir a *Saludcoop*. Y se descubrieron datos impactantes, como que el salario mensual de su gerente en el año 2011 equivalía a cinco veces el salario del Presidente de la República y a 162 veces el salario mínimo mensual vigente en el país, que la institución tenía una escuela de golf, grandes inversiones en hoteles de lujo en el país y prósperas inversiones en otros países.⁵

Siendo grave, el de *Saludcoop* no es el único caso entre las EPS, cuya existencia es en la actualidad uno de los núcleos de debate en el SSSS.

El pacto secreto por las ganancias y contra el derecho a la salud

A mediados de 2011 se descubrió, denunció e intentó sancionarse en Colombia algo que parecería irreal. Que las empresas que dentro del actual SSSS están encargadas de ordenar la atención médica de la población y administrar los recursos para financiarla, habían hecho una alianza para negar servicios y aumentar los cobros y, en consecuencia, sus ganancias mediante tres mecanismos. El primero: unificar criterios según su interés, tanto para negar atenciones incluidas en el plan de beneficios -Plan Obligatorio de Salud (POS)-, por el que ellas reciben un pago fijo anticipado, como por aquellos eventos no incluidos en dicho plan -No POS- y por los cuales recobran altas sumas de dinero. Aumentaron así lo que ellas mismas denominaron "zonas grises" de los planes de beneficios, y se convirtieron en las intérpretes y jueces de dichas zonas, siempre a favor de sus chequeras. El segundo mecanismo consistió en privatizar y manipular la información, compartiendo parte de ella al interior de su propia organización y enviando otra diferente a las autoridades del sector, anteponiendo sus intereses mercantiles al rigor de la información y a su uso en beneficio de los pacientes y de la salud de la población. Y el tercer mecanismo era producto de los dos anteriores: mediante ellos buscaban fijar ellas mismas en la práctica el monto efectivo del dinero que el sistema le reconoce a las aseguradoras por cada paciente, llamado en términos técnicos Unidad de Pago por Capitación (UPC).

Semejante pacto, bastante cercano a lo que en el ordenamiento penal colombiano se denomina "concierto para delinquir" nunca pudieron desvirtuarlo y se limitaron a

señalar la falta de regulación y a controvertir aspectos formales o puntos específicos.

Los organismos de control del Estado, en particular la Superintendencia de Industria y Comercio, pero no la de Salud, impusieron sanciones económicas a 14 de las principales EPS implicadas en semejante alianza, incluida la ya nombrada *Saludcoop*.⁶ No se dispone de información sobre cuáles y cuánto pagaron. Y nada indica que, bajo modalidades más refinadas, el pacto por la salud del negocio y en contra de la salud de los colombianos/as no se mantenga.

El cierre de camas hospitalarias de pediatría por ser mal negocio

Mientras en Europa hay en promedio 50 camas de alta complejidad por cada 10 000 niños/as y adolescentes, y en Estados Unidos de Norteamérica (EE. UU.) hay 40, en Colombia solo hay 6. Y la inequidad interna en el país es también grave: mientras en Bogotá hay 13 camas de esas características, en el departamento de Arauca, ubicado en el oriente del país y muy rico en petróleo, solo hay 1,7 de tales camas para cada 10 000 habitantes.

Pero en lugar de disminuirse la brecha de esta inequidad, se ha venido aumentando desde la vigencia del actual modelo de salud, aun en Bogotá, que presenta una situación favorable frente a casi todo el resto del país. Solo en el Bogotá, donde las instituciones que prestan servicios hospitalarios de pediatría son privadas en el 66 % y públicas en el 33 %, las camas de los servicios pediátricos se han reducido en 25 % desde 1999 hasta ahora. El año pasado una de las clínicas privadas de Bogotá recortó 25 camas del servicio de pediatría y despidió a 22 especialistas en pediatría.⁷ La causa explícita de ambos recortes, es la baja rentabilidad económica dado que dichos servicios pediátricos, a diferencia de las unidades especializadas para adultos, no consumen grandes cantidades de medicamentos de alto costo, ni requieren intervenciones quirúrgicas complejas.⁸

Los precios de los medicamentos en Colombia

Aproximadamente la cuarta parte de los 35 billones de pesos que mueve anualmente el negocio de la enfermedad en Colombia, se gasta en medicamentos. Pero la dinámica interna del mercado de medicamentos desnuda nuevas dimensiones y consecuencias de anteponer los negocios a los derechos. En el mecanismo de recobros -es decir: en el cobro que una EPS hace al respectivo fondo de salud, denominado Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), para suministrar a sus afiliados servicios y medicamentos no incluidos en el POS- las EPS han encontrado una forma de enriquecimiento exponencial. Según la Contralora General de la República, medicamentos cuyo valor comercial es de \$ 10 000 (unos 5,5 dólares al cambio actual), han llegado a recobrase hasta por 8 millones de pesos (unos 4 400 dólares), es decir: 800 veces su precio real.⁹ Según un reciente estudio, los medicamentos de marca pionera son en promedio 20.3 veces más costosos en Colombia que su presentación equivalente en genérico, pero con frecuencia los de marca superan hasta en 100 veces el valor de los genéricos.¹⁰ Según el mismo estudio, el costo de un tratamiento para la epilepsia con gabapentina equivale a 17 días de trabajo de quien devenga un salario mínimo. Hay medicamentos para la hipertensión arterial que se venden en Colombia a un precio 250 % superior al que tienen en Chile. Es decir, en Colombia no hay solo una falta de regulación en los precios de los medicamentos, hay un mercado salvaje, agravado por niveles casi impensables de corrupción. Y todo ello permitido y propiciado por el modelo de salud vigente y respaldado por las más altas instancias

del Estado, una de las cuales -el Consejo de Estado- acaba de fallar en contra de la regulación estatal de los medicamentos, justamente a nombre del libre mercado.

El paseo de la muerte

En Colombia, bajo el auspicio de los medios de comunicación, se les da nombres atractivos o ligeros a realidades de extrema gravedad. A los secuestros masivos por parte de las diferentes organizaciones armadas, se les denomina "pescas milagrosas". A los crímenes de Estado, en la modalidad de ejecuciones extrajudiciales, se les llama "falsos positivos". Al espionaje estatal a la oposición y a los líderes de opinión, se le llama "chuzadas". Y a la muerte evitable y culpable de miles de personas, producida directamente por la falta de atención oportuna y el exceso de trámites y formalidades debidas exclusivamente al interés de ahorrarse unos pesos en la prestación de servicios urgentes, se le llama "el paseo de la muerte". La lista es larga y solo tres ejemplos sirven para ilustrar esta modalidad delictiva, derivada de la lógica del actual sistema de salud.

En octubre de 2010 la Corte Constitucional ordenó investigar el caso de un paciente con VIH/sida, muerto en la ciudad de Cali por no recibir de la EPS Servicio de Salud de Occidente (SOS), los medicamentos requeridos. SOS argumentaba, con el respaldo de dos instancias judiciales de la ciudad, que no estaba obligada a dar los medicamentos porque el paciente tenía un retraso de 17 meses en el pago de sus aportes.

El miércoles 3 de julio de 2011 el esposo de la señora *Orfa Bayolinda Pantoja*, de 51 años, recibió la llamada de la EPS *Saludcoop*, informándole que al fin había sido autorizada su atención en una unidad renal, en trámite desde hacía casi un mes. Desafortunadamente la señora *Pantoja* había fallecido el 27 de junio, esperando la debida atención.

El señor *José Angel Chiquiza*, diabético quien requería con urgencia una diálisis, murió el martes 16 de octubre del presente año en la sala de espera de la EPS *Comfacundi*, en Bogotá. El señor *Chiquiza*, por ser pobre, había estado afiliado a la EPS *Cóndor*, del llamado Régimen Subsidiado, es decir: el que debe atender a quienes no tienen suficiente capacidad de pago y reciben, por tanto, subsidio del Sistema. Como *Cóndor* había sido intervenida y liquidada recientemente por ineficiencias debidas a la apropiación por parte de sus propietarios de los dineros públicos de la salud, el señor *Chiquiza*, al igual que todos los demás afiliados a dicha empresa, habían sido reasignados a otras empresas del mismo régimen. *Chiquiza* tuvo la mala suerte de ser asignado a *Comfacundi*, empresa que al considerarlo como un paciente nuevo, le exigió tal cantidad de documentos y trámites, que no le alcanzó la vida para llenarlos antes de su muerte temprana - tenía 58 años- en medio de los trámites y dentro de los pasillos de la mencionada EPS. Una publicación periódica, al terminar el recuento de este caso, concluyó algo que la realidad ya ha demostrado desde hace años en Colombia: *que el sistema de salud está dejando más muertos que la misma guerra.*¹¹

VALORES EN DISCUSIÓN

Los cinco hechos enunciados develan algunas de las concepciones, valores, intereses y prácticas que han estado en la base o que se han desarrollado en los 20 años de existencia del modelo de salud colombiano. La siguiente reflexión se centra en los principales valores en juego y en sus interacciones e implicaciones sociales, económicas y políticas.

La prioridad del dinero y las ganancias sobre la salud y el bienestar

Es posiblemente el principal factor común a todos los hechos enunciados. La conversión de los servicios de atención a la enfermedad en productos que pueden comprarse y venderse, el establecimiento de sistemas de salud que no solo permiten sino que privilegian dicho mercado imperfecto, y el reconocimiento de la acumulación de ganancias como objeto final de la actividad económica, son los pilares sobre los cuales se sustentan tales prácticas. Ninguno de ellos es nuevo ni fue inventado en Colombia. Hundieron sus cimientos en el surgimiento del modelo económico capitalista y de los valores que lo acompañaron desde la mitad del siglo XIX. Se fortalecieron con los planteamientos de la escuela neoclásica de finales del siglo XIX y principios del siglo XX, en especial en su componente utilitarista y su concepción de la diferencia entre bienes o servicios privados -que satisfacen una necesidad individual y, por tanto, la persona está dispuesta a pagar por ellos- y los bienes o servicios públicos que, por responder a necesidades colectivas y no agotarse en el consumo, las personas no están dispuestas a pagar.¹² Tales pilares se convirtieron en valores dominantes con el auge neoliberal de la segunda mitad del siglo XX, cuando resurgió el pensamiento neoclásico y se impuso la reducción del Estado y la expansión del mercado, inclusive en las áreas de servicios básicos, como la educación y la salud. Tales postulados se concretaron en modelos de salud y seguridad social en varios países, como Chile y Colombia, destacándose Colombia por su ortodoxia y radicalidad.¹³

No es cierto entonces, como dicen algunos defensores del modelo de salud colombiano, que este sea un modelo carente de ideologías, neutro y pragmático. Al contrario, obedece con rigor a una escala valorativa, cuya aplicación lleva coherentemente a enriquecerse casi sin límite, como lo estaba haciendo *Saludcoop*. Un reconocido periodista colombiano destacó que el hombre más rico del mundo actual -el mexicano *Carlos Slim*- dijo hace poco en Cartagena, que los empresarios cumplen su papel social creando riqueza, es decir: enriqueciéndose cada vez más.¹⁴ En este sentido, podría decirse que *Saludcoop* estaba cumpliendo muy bien su papel social.

Tampoco es correcto atribuir los excesos, sea en los sobrepagos de los medicamentos, en las ganancias por consultas médicas y por hospitalizaciones, o en el cierre de camas hospitalarias por baja rentabilidad, a la maldad de algunos o de ciertas instituciones. No es cuestión de maldad. Es cuestión de otra lógica, de la aplicación de los valores anteriormente enunciados. Y obviamente la alternativa no es aceptarlos y compartirlos sino sustentar e instaurar otra escala valorativa, como se expondrá más adelante.

La salud: derecho fundamental o aspiración inalcanzable

En 1946, al terminar la segunda guerra mundial, en el preámbulo de la carta de Constitución de la Organización Mundial de la Salud se definió: "*El goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social*". Y dos décadas después, en 1966, en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se estableció: "*Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*".¹⁵

Estos planteamientos, que acogieron una concepción civilizatoria de derechos y han animado movimientos y reivindicaciones en muchos países, han tenido una resistencia abierta en algunas partes y velada en muchas otras. En los Estados

Unidos, por ejemplo, en donde al comienzo simpatizaron con el enfoque de derechos -la Comisión Presidencial sobre Necesidades en Salud de la Nación había afirmado en 1952 que *"el acceso a medios para procurar y preservar la salud es un derecho humano básico"*- muy pronto cedieron a la pesada tradición liberal, en particular al énfasis en el libre mercado y en el individualismo, y las Comisiones y los gobernantes siguientes ya no hablaron de "derechos" sino de "obligaciones éticas" de la sociedad para asegurar el acceso equitativo en la atención en salud, sin que implicara cargas financieras importantes para el Estado.¹⁵ El énfasis del candidato republicano a la presidencia de los Estados Unidos este año, en recortar la presencia y los aportes estatales en salud y educación, considerando que tales aportes generan dependencias indebida y que tales servicios deben ser pagados por las personas a empresas privadas, son la versión más actual de esta corriente de pensamiento y de los valores que de ella se derivan.

No hay dudas de que en la formulación de la Constitución Política de Colombia de 1991 pesaron estas ideas, hasta el punto de que no se incluyó un enunciado categórico de la salud como derecho humano fundamental, a diferencia de Brasil, en donde tres años antes se expidió una Constitución que definió sin ambages en su artículo 229 : la salud es derecho de todos y deber del Estado.¹⁶ Este postulado de la Constitución brasilera se tradujo en el afianzamiento de su Sistema Único de Salud, mientras que los tibios enunciados de la Constitución colombiana abrieron la puerta para el modelo de mercado consagrado en la Ley 100 de 1993.

Ante las consecuencias negativas del modelo para los pacientes y sus consiguientes reclamos, al negárseles cada vez más servicios, aun los incluidos en los paquetes que restringen los beneficios y discriminan a los pobres de quienes pueden pagar, la Corte Constitucional entró en la confrontación y asumió el debate. Formuló entonces la más avanzada jurisprudencia a favor del reconocimiento de la salud como derecho, aún dentro de las limitaciones fijadas por la Constitución y la Ley, y ordenó una serie de medidas orientadas por criterios de dignidad humana, equidad, inclusión, no discriminación y responsabilidad del Estado.¹⁷ Pero el poder de los intereses que orientan y controlan el modelo rentista sigue siendo mayor que el de la jurisprudencia de la Corte. Y mientras dicho modelo persista, la salud no podrá ser en Colombia un derecho fundamental sino un derecho contractual. Su carácter fundamental, ligado al hecho elemental de ser personas humanas que vivimos en sociedad, con Estados que lo garanticen, seguirá siendo un ideal inalcanzable y una meta contraria a los dictados económicos, muy rígidos para conceder derechos, pero generosos para favorecer enriquecimientos.

Y anticipándose a eventuales intentos de darle contenido legal y vigencia efectiva a cualquier derecho fundamental, como la salud, el Congreso de la República aprobó recientemente una reforma constitucional de gravísimas consecuencias sociales, conocida como Acto Legislativo número 3 de 2011, "Por el cual se establece el principio de sostenibilidad fiscal".¹⁸ Dicho principio, convertido en norma constitucional al insertarse en el artículo 334 de la Constitución Política, significa condicionar en la práctica cualquier proyecto, reclamación de la ciudadanía o inversión de la sociedad, al tope presupuestal decidido por el gobierno para el respectivo rubro. Es un blindaje del orden económico establecido frente a cualquier pretensión de la sociedad. Es anteponer en el mundo real el dinero a los derechos y advertir por anticipado que aquí los derechos seguirán siendo un sueño supeditado a los imperativos económicos.

Equidad e inclusión vs. iniquidades y exclusión

Mientras los casos emblemáticos relatados en la primera parte evidencian graves iniquidades y exclusiones, los defensores del modelo siguen pregonando los logros en inclusión y equidad. Un informe evaluativo-valorativo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) sobre los primeros diez años del SSSS colombiano sostiene desde su título sus bondades equitativas e incluyentes: *From few to many*.¹⁹ Y el presunto avance en cobertura, de un vergonzoso 15% en el sistema anterior a una cobertura universal en salud, se presenta como la prueba reina del éxito del modelo vigente en cuanto a equidad.²⁰ Pero ni las cifras son reales ni la realidad es tan feliz. El régimen anterior a la Ley 100 no era un régimen de aseguramiento y, por tanto, la cobertura de servicios llegaba a un porcentaje mucho mayor de población por la vía de la red pública hospitalaria y de puestos y centros de salud. Y ya en presente, no es lo mismo cobertura real y oportuna de servicios, que cobertura nominal vía carnetización.

En una reciente investigación sobre homicidios en Medellín que será publicada próximamente, de 730 historias cuidadosamente revisadas de pacientes que murieron por esa causa y fueron atendidos en las Unidades Hospitalarias de la red pública de la ciudad entre 2000 y 2007, solo el 2,7 % de las víctimas eran afiliadas al régimen contributivo, el 9 % al régimen subsidiado, el 48,9 % no estaban aseguradas y el resto o no estaban afiliadas o se desconocía su afiliación.²¹ Y varios estudios realizados en el mismo período evaluado por el estudio ya citado del BID, demostraban que las coberturas del aseguramiento no eran tan altas, que medidas por quintiles de ingreso, protegían menos a los sectores más pobres,²² y que por diferentes mecanismos el modelo ha generado mayor exclusión.²³

Pero la cuestión de fondo no es de cifras. La equidad como la inclusión son valores relacionados con la justicia, con la capacidad de responder a las necesidades sociales por el hecho de que las padecen seres humanos, y no por su capacidad de pago, y con la posibilidad de hacer sentir a todos/as que hacen parte dignamente y en condiciones de igualdad de un todo social que los acoge y protege. Y no es esto lo que acontece en el SSSS colombiano,²⁴ y lo que seguirá aconteciendo, con hechos cada vez más frecuentes y aún peores a los relatados anteriormente en los casos emblemáticos. A mitad de los veinte años de vigencia de la Ley 100, un reconocido economista colombiano argumentó con seriedad que:

Para salir del escollo actual es necesario dar el salto desde la solidaridad hacia la equidad. La Ley 100 avanza en aseguramiento y solidaridad, pero deja de lado la equidad....La salud debe examinarse desde un horizonte más amplio que el de la propia Ley 100. Sin políticas redistributivas no es posible conseguir los recursos necesarios para financiar la salud. En otras palabras, el futuro de la salud depende de la puesta en práctica de un postulado de equidad.²⁵

La apropiación privada de los bienes públicos

Si lo público es lo incluyente,²⁶ tiene lógica que una ética de lo público esté comprometida esencialmente con la búsqueda y la construcción del bien común.²⁷ Y si bien lo público trasciende lo estatal, en esa construcción el Estado estaría llamado a actuar como líder y garante del bien común y, por tanto, de los bienes públicos.

El modelo de salud colombiano se basa y funciona sobre una ética no sólo diferente sino totalmente contraria: sobre la ética utilitaria y de apropiación privada de lo

público. Las EPS han terminado apropiándose no sólo de los dineros públicos de la salud -es decir: aportados por y pertenecientes a todos los ciudadanos colombianos/as- sino también de la información, de las reglas del juego del sistema, de las decisiones sobre qué servicios se ofrecen y cuáles se niegan, del cuándo, el cómo y el dónde de la atención a las personas. Su poder por apropiación excluyente ha terminado por permitirles decidir a quién se atiende primero, a quién después y a quién no y en la práctica, por tanto, decidir también quién muere abandonado y excluido o quien sobrevive un poco más. La indignidad en la muerte, expresada o en la negación de la atención -como en los casos relatados de los pacientes con VIH/sida y con insuficiencia renal por diabetes, y en todos los casos del paseo de la muerte- o en el abandono por exclusión real del sistema, es una abierta negación de uno de los componentes esenciales del derecho a la salud aceptado por la jurisprudencia internacional: el derecho a morir dignamente.

Especialmente grave por sus consecuencias negativas ha sido la apropiación privada de la información en salud. Se ha documentado por los organismos de control cómo dicha información se ha manipulado para facilitar mecanismos de recobros, para propiciar incrementos en el monto del valor de los planes de beneficios, para contener gastos y aumentar ganancias, para forzar la utilización de ciertos insumos y evitar la de otros -como el caso de los medicamentos de marca- y para crear una imagen irreal de coberturas y logros en salud, como acaba de evidenciarse una vez más con el actual incremento de la morbilidad y mortalidad por tos ferina en el país.²⁸ La información, para este caso la relacionada con la situación de salud, es un bien público cuya expropiación conduce a la distorsión de la realidad, a la imposibilidad de entender los acontecimientos y, por tanto, de anticiparse mediante la prevención a la concreción de los riesgos. El abierto predominio del interés económico ha llevado al extremo de que solo se registra y se informa aquello que implica facturación, es decir: cobros-recobros y pagos. En la investigación sobre homicidios en Medellín ya mencionada, se encontró algo que podría considerarse el extremo de esta lógica: en el sistema de información de la red pública de salud de la ciudad -llamada Metrosalud- solo se registraban los casos de muerte por homicidio atendidos en las Unidades Hospitalarias cuando eran objeto de algún recobro económico a la EPS a la cual estuviera afiliada la víctima. En caso contrario, es decir: cuando la víctima no estaba vinculada a ninguna EPS o cuando el caso no ameritaba ningún recobro, la muerte no se registraba en el sistema. Es decir: para el sistema, hasta la muerte solo importa si es rentable económicamente en alguna medida. Recuperar la dignidad de los hechos vitales y el carácter público no sólo de los dineros de la salud, sino también de la información en salud, constituyen un compromiso ético irrenunciable e inaplazable.

Pero no solo los dineros y la información de la salud se han sometido a los imperativos del mercado y la ganancia, por encima de los derechos fundamentales y del bienestar individual y colectivo. A comienzos de 2010, en el gobierno anterior, se hizo el intento más consistente por radicalizar el modelo, sometiendo también la ciencia, la tecnología y la ética profesional a la lógica de la ganancia privada, en lo que se denominó la "Emergencia Social en Salud".²⁹ Mediante el Decreto 131 de 2010 se intentó crear el Sistema Técnico-Científico en Salud, mediante el cual se pretendía dar legitimidad científica a un conjunto de manuales que contenían los criterios, las normas y los procedimientos para la atención de las enfermedades, todo a la medida de los intereses del mercado, materializados en las EPS. Y queda para la posteridad la definición de autonomía profesional que acuñó semejante intento de constitución del imperio mercantil de la salud. El parágrafo 1 del artículo 23 de la Ley 131 de 2010 decía textualmente: "Entiéndase por autonomía de las profesiones médicas y odontológicas la prerrogativa que la sociedad les confiere para autorregularse, de acuerdo con lo establecido en este artículo, mediante estándares que una vez adoptados, son de obligatorio cumplimiento". La claridad y la osadía del texto hacen casi innecesario cualquier comentario ético-político. Sin

embargo, es preciso hacer una aclaración y dos reflexiones al respecto. La aclaración: la Corte Constitucional, con buen criterio y oyendo el clamor organizado de la población y de los gremios de la salud que se movilizaron como nunca antes en la historia de las luchas por la salud en Colombia, declaró inexecutable dicha Emergencia Social en Salud, quedando sin vigencia sus decretos. Primera reflexión: cuando la salud se convierte en mercancía y el afán de ganancia en principio fundamental de la actividad económica, no reconocen límites ni otras normas y se creen en condiciones de formular su propia ciencia y su propia ética. Y la segunda reflexión: si bien el modelo no logró imponer abierta y definitivamente su ideología y sus intereses en estos campos de la ciencia y de la ética profesional, sigue trabajando cada día no solo para mantenerse sino también para ganar terreno y obstaculizar y desvirtuar cualquier propuesta alternativa, como ocurre en el actual debate por una Ley Estatutaria en Salud que modifique de fondo el actual sistema.

Los efectos negativos para la vida, la salud, la enfermedad y la muerte en Colombia de los valores que animan el actual modelo se han agravado de manera significativa por *la corrupción* imperante en amplios segmentos tanto del sector privado como del sector público, llegando a niveles casi impensables en casos como los relatados. Se entiende aquí por corrupción el abuso de los diferentes niveles de poder y de cargos directivos y administrativos, para apropiarse indebidamente de los dineros públicos y demás bienes de la salud, mediante diversos mecanismos financieros y administrativos o recurriendo a argucias o interpretaciones amañadas del ordenamiento legal y normativo, directamente o a través de terceros. El funcionamiento de estos mecanismos de corrupción presupone laxitud o imprecisiones en la normatividad y debilidad e ineficiencia de los órganos de vigilancia y control internos y estatales. Peor aún: es cada vez más frecuente la cooptación de funcionarios de dichos organismos mediante su participación en las ganancias obtenidas, o su silenciamiento y neutralización mediante amenazas.

Una cosa es obtener lucro mediante la aplicación correcta de las leyes y las normas -que no deberían permitirlo en el campo de la salud- y otra la conducta abusiva que se aprovecha del poder y la confianza depositadas por la sociedad, para convertirlas en instrumento de enriquecimiento indebido. Con varios agravantes. El primero: que en el tema en discusión son dineros de la salud, que por naturaleza son públicos, y cuyo desvío se traduce necesariamente en recorte o negación de derechos y servicios a las personas, conllevando a mayores padecimientos, al posible agravamiento de enfermedades y, eventualmente, a la muerte, como en los casos emblemáticos descritos. El segundo: que generalmente la corrupción implica una red de complicidades popularmente conocidas como "carrusel", o de amenazas a quien no se preste para el funcionamiento de la red y el logro de sus objetivos. Tanto las complicidades como las amenazas terminan degradando o afectando negativamente a las personas y a las instituciones. Y el tercero: que la percepción generalizada de corrupción en las instituciones públicas y privadas vinculadas al sistema de salud genera un clima de desconfianza en la población y de deslegitimación de las instituciones, con consecuencias negativas para la vida individual y para el funcionamiento de la sociedad.

CUATRO POSTULADOS BÁSICOS PARA REPENSAR LA SALUD Y SUSTENTAR LAS REFORMAS

Hoy en muchos países no solo se requiere un cambio del sistema de salud. Se requiere con urgencia un cambio de fondo en los valores que inspiran a la sociedad y dirigen sus conductas y las de sus ciudadanos, y en la concepción tanto del campo de la salud como del papel del Estado frente a ella. Mientras esto no ocurra, los cambios en el ordenamiento legal y en las modalidades de prestación de servicios de salud, de financiamiento del sector, de regulación, vigilancia y control,

no pasarán de formalidades que pronto se agotarán o serán desvirtuadas por la inercia de intereses, valores y prácticas inveteradas.

Asimilando los aprendizajes y los saldos rojos de las dos décadas del sistema de salud colombiano y tratando de aportar algo desde la reflexión ético-política, me arriesgo a destacar los siguientes *cuatro postulados básicos* para la construcción o el fortalecimiento de reformas sanitarias de fondo en diferentes contextos y países.

Primero: que la salud es un derecho humano fundamental y no una mercancía. Ya la jurisprudencia y los pactos internacionales le han dado cuerpo a esta afirmación y han perfilado sus alcances. Como lo afirma el artículo 3 del proyecto de Ley Estatutaria en Salud,³⁰ presentado recientemente por amplios sectores de la academia y las organizaciones sociales colombianas, "El derecho a la salud incluye libertades y derechos, tanto de carácter individual como colectivo, la atención adecuada de las enfermedades y las condiciones y los medios para vivir una vida sana y para el desarrollo de las potencialidades y capacidades humanas, mediante la afectación de los procesos que determinan la salud de las poblaciones" (Congreso de la República, 2012). Tal derecho abarca desde el derecho a la vida y a la muerte dignas, como a la libertad y autonomía para controlar el cuerpo y la salud, a la no discriminación, a la participación individual y colectiva en todo lo relacionado con la salud, y al acceso universal al agua potable, a la nutrición, a la vivienda, a la educación, al trabajo digno, al ambiente sano y a los bienes y servicios de salud necesarios para prevenir y enfrentar y superar las enfermedades. Y si bien la prestación de algunos de tales bienes y servicios pueden requerir aportes económicos para hacerlos asequibles a toda la sociedad, jamás debería permitirse su negación por la falta de dinero.

Dado que en ocasiones se ignora o se olvida, conviene enfatizar que la construcción y el reconocimiento del derecho internacional de los Derechos Humanos, tanto los civiles y políticos, como los económicos, sociales y culturales, entre ellos la salud, no son producto del liberalismo sino del consenso político entre los grandes bloques de países liberales y socialistas, del consenso cultural entre oriente y occidente y del consenso entre las grandes religiones del mundo.³¹ Es por este carácter universal de los Derechos Humanos que el filósofo colombiano *Guillermo Hoyos* se permite plantear su ética pluralista de lo público como una ética de mínimos "en la cual ojalá pudieran cruzarse todos los máximos, porque el ideal es que en los derechos humanos sí pudiéramos estar de acuerdo el marxista, el neoliberal, el católico, el opus dei grado 36, el masón grado 36, el judío, el mahometano, el kantiano, el utilitarista,²⁷ entre otros.

Segundo: que el Estado debe ser el garante del derecho a la salud y no un agente más del mercado. Este postulado carece de sentido para quienes en la sociedad, dentro y fuera de los órganos y ramas del poder estatal, reducen al Estado a un agente o un árbitro pasivo del mercado, y más aún para quienes ven crecer exponencialmente su riqueza a expensas del achicamiento del Estado y de su conversión en guardián de su fortuna. Tiene en cambio sentido para quien asume que en buena medida la sociedad crea y mantiene al Estado como aparato e instrumento para propiciar condiciones de bienestar individual y colectivo para toda la población, arbitrando las tensiones derivadas de los intereses enfrentados en los escenarios nacional e internacional. Más aun para quien asume la concepción del Estado Social de Derecho, que enfatiza la responsabilidad del estado en la garantía de los derechos de los ciudadanos. La existencia de un garante es condición esencial para que un derecho deje de ser una ilusión o un deseo individual o colectivo y se convierta en algo posible, efectivo y exigible. En cumplimiento de esta función, en el campo concreto de la salud, le compete al Estado el respeto por las distintas dimensiones implicadas en el derecho; la promoción en todas las instancias, poderes y sectores estatales de las condiciones políticas, legales, institucionales, financieras y operativas para que el derecho se concrete para toda

la población; y el establecimiento y operación de los mecanismos de vigilancia y control para el cumplimiento y de sanción para el incumplimiento de las responsabilidades y deberes de las personas, los sectores y las instituciones.

Tercero: que un sistema de salud y seguridad social no es solo para tratar y negociar con enfermedades sino, y principalmente, para generar equidad, bienestar y vida digna. El amplio mundo de la salud, como se dijo al principio, comprende el estudio de las condiciones que la hacen posible y de las que la dificultan o imposibilitan; las acciones de promoción del bienestar y de defensa de la vida digna, y de priorización de la salud de las personas y los colectivos frente a otros intereses y opciones en juego; los programas y acciones para prevenir las enfermedades y crear ambientes higiénicos y saludables; la intervención intersectorial sobre los diferentes determinantes de la salud, y la atención integral de los enfermos y de las enfermedades hasta la plena recuperación personal y reintegración social. Cada uno de estos campos requiere conocimientos, políticas, programas y acciones específicas, pero al mismo tiempo sinérgicas y complementarias. Según los conocimientos disponibles, los problemas prioritarios y los poderes dominantes, la sociedad y los distintos países enfatizan algunos de ellos. En la medida en que la atención de las enfermedades se convirtió en un territorio de posible acumulación de ganancias mediante la producción y compra-venta de insumos, equipos, medicamentos, hospitalizaciones, procedimientos quirúrgicos, atención ambulatoria, aseguramiento del riesgo de enfermar, no poder trabajar y morir, tanto el conocimiento como las políticas y las acciones en salud se centraron realmente en la enfermedad. Y aunque mantuvieron el nombre de "salud", realmente fueron investigaciones, inversiones, políticas, sistemas y prácticas profesionales dedicadas a la enfermedad. Bajo los dictados, los intereses y los valores del modelo económico ya descrito, el mundo de la salud devino en un territorio de alta rentabilidad económica. La salud -realmente la enfermedad- se volvió un negocio.

Por coherencia teórica y por un imperativo ético-político, es preciso recuperar los otros campos del mundo de la salud y rescatar la enfermedad del reduccionismo económico. La cuestión de la salud es mucho más que dinero. El mundo de la vida, el vivir bien defendido por nuestras culturas originarias, tiene que volver a primar sobre el mundo de los negocios. La salud pública (incluyendo la promoción de la salud, la medicina preventiva y la atención primaria en salud), al igual que la medicina social, tienen que recuperar su espacio en la búsqueda de la equidad en salud y en la creación de mejores condiciones para la vida digna de la humanidad, que son la gran meta de la sociedad y la razón de ser de los Estados, en particular de sus sistemas de seguridad social en salud.

Y cuarto: que sin participación social no cuajan las reformas en salud. Las reformas en salud se han convertido en un tema especializado y excluyente, de propiedad de académicos, técnicos, economistas y funcionarios de organismos nacionales e internacionales financieros y de salud. Sin duda, su concurso ha sido y seguirá siendo importante. Pero siempre será insuficiente.

Reconociendo las limitaciones y dificultades de la participación social en salud, es preciso señalar que sin ella los intentos de cambios de fondo tanto en la concepción de la salud, como en los modelos y sistemas para garantizar el derecho a ella, pierden riqueza de contenidos y experiencia vivencial, y carecen de polo a tierra y del peso político esencial que sólo les confiere el respaldo popular consciente y organizado.

Obviamente son complejos y diversos los mecanismos de la participación social en salud y no es el momento ni el espacio para discutirlos. Pero es preciso reconocer que los protagonistas de la salud no deben ser los funcionarios de turno sino que lo son, por derecho propio, todos los ciudadanos/as; que justamente la participación en salud es un campo privilegiado para el ejercicio de la ciudadanía; que tanto el contenido de realidad como la creatividad y la audacia de las propuestas surgen

más de la experiencia cotidiana compartida y elaborada colectivamente, que de las disquisiciones eruditas o de los cálculos interesados de algunos pocos; y que es la fuerza y vitalidad acumuladas en las luchas de los diferentes sectores y organizaciones de la población, la fuente real del poder en la sociedad. Sin pueblo no hay poder. Y sin poder no hay cambio ni reforma que valga.

UNA NOTA FINAL SOBRE SALUD Y PAZ

Existe una relación esencial y bidireccional entre salud y paz. Puede afirmarse que sin paz no hay salud y que sin salud no puede haber paz estable. De hecho, la Carta de Ottawa sobre promoción de la salud reconoció a la paz como uno de los prerequisites para la salud,³² dado que sin ella se incrementan las muertes violentas y múltiples enfermedades, tales como las heridas, los traumas y los problemas de salud mental, y se dificultan o imposibilitan las acciones de salud pública. Y sin condiciones adecuadas de salud y calidad de vida se hace imposible la paz, en el sentido de "disfrute tranquilo de la libertad en justicia social", al tiempo que se pierden cohesión social y legitimidad de los Estados.

Al iniciarse en Colombia un nuevo intento de negociación política para lograr la paz, viene bien recordar que en la solución de otros conflictos armados en la región, la salud ha servido como un camino hacia la paz, y reconocer que, por todo lo analizado anteriormente, el actual modelo de seguridad social en salud es de signo contrario a la paz y un obstáculo evidente y evitable para una paz estable. Un cambio de fondo de dicho modelo es entonces precondition esencial para una paz estable. Trabajar por lograrlo hace parte en la actualidad de la lucha por la paz. En Colombia, en América Latina y en muchas otras partes del mundo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. República de Colombia. Ley 100 de 1993: Sistema de Seguridad Social Integral. Bogotá: Ecoe Ediciones; 1994.
2. Franco S, Ochoa D, Hernández M. La promoción de la salud y la seguridad social. Bogotá: Corporación Salud y Desarrollo; 1995.
3. Arias R J. Intervención en el panel del Grupo de expertos en salud: El sistema de salud en Colombia. 27 de agosto de 2012. Bogotá: Fescol; 2012.
4. Coronel D. Dónde está la bolita. Revista Semana, Bogotá. 30 de enero de 2010.
5. Las extravagancias de Palacino en Saludcoop. El Tiempo, Bogotá. 28 de septiembre de 2011:6.
6. Multas a EPS por pactar la negación de servicios. El Tiempo, Bogotá. 2 de septiembre de 2011:10.
7. Denuncian cierre de servicios pediátricos por baja rentabilidad. El Tiempo, Bogotá. 29 de septiembre de 2011:19.
8. Mayorga C. Panorama de salud para niños, niñas y adolescentes en Colombia. Presentación. 20 de Octubre, Bogotá: Academia Colombiana de Pediatría; 2012.

9. Contralora General. Intervención en la Audiencia Pública convocada por la Corte Constitucional. 10 de mayo, Bogotá: Contraloría General de la República; 2012.
10. Efectos de las marcas comerciales en medicamentos. Serie Buscando remedio, 1. Bogotá: Ifarma; 2011.
11. El símbolo de la crisis. Semana, Edición 1590, Bogotá. 22-29 de Octubre de 2012:46.
12. Hernández M. 2003. El debate sobre la Ley 100 de 1993: antes, durante y después. En: Franco S, editor. La salud pública hoy: enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. p. 463-79.
13. Frenk J, Londoño JL. 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.
14. Samper D. El aquelarre de los magnates. El Tiempo, Bogotá. 28 de octubre de 2012:7.
15. Tealdi JC. Diccionario Latinoamericano de Bioética. En: Unesco, Red Latinoamericana de Bioética, editor. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2008. p. 242.
16. Fleury S. 2007. Saúde em Debate. Fundamentos da Reforma Sanitaria. Constitución de Brasil art 229. Río de Janeiro: Constitución; 2007. p. 2000.
17. Corte Constitucional. Sentencia T-760. Reconocimiento de la salud como derecho. Bogotá: Corte Constitucional; 2008.
18. Congreso de la República. Acto Legislativo 3 de 2011. Diario Oficial No. 48.117 de 1 de julio de 2011. Bogotá.
19. Banco Interamericano de Desarrollo. From few to many. Ten years of health insurance expansion in Colombia. Glassman AL, editor. Washington,D.C.: IDB; 2009.
20. Ruiz F. 2012. Intervención en el panel del Grupo de expertos en salud: El sistema de salud en Colombia. 27 de agosto de 2012. Bogotá: Fescol; 2012.
21. Franco S. Mortalidad por homicidios en Medellín, 1980-2007 [informe]. Estudio multicéntrico de homicidios en países de América Latina. Bogotá: Universidades Nacional de Colombia y Santo Tomás; 2011.
22. Vega R. Dilemas éticos contemporáneos en salud: el caso colombiano desde la perspectiva de la justicia social. En: Franco S, editor. La salud pública hoy: enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2003. p. 49-69.
23. Echeverry E. 2003. La situación de salud en Colombia. En: Franco S, editor. La salud pública hoy: enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2003. p. 345-70.

24. Franco S. Ética de la investigación en salud pública. Ética de la investigación en seres humanos y políticas de salud pública. Keyeux G, compilador. Bogotá: Unesco, Universidad Nacional de Colombia; 2006.
25. González JI. Salud y seguridad social: entre la solidaridad y la equidad. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá. Revista Gerencia y Políticas de Salud. 2002;1(2):18-24.
26. De Roux F. Superar la exclusión económica para que la paz sea posible. García DM, editor. La paz: miradas de esperanza. Memorias del Seminario Estrategias y Acciones para la paz. Bogotá. s.f.
27. Hoyos G. Ética de lo público. Ética y Bioética. Peña B, compiladora. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2002.
28. Tos ferina: vergonzoso descuido. El Tiempo, Bogotá. 15 de noviembre de 2012:26.
29. Franco S. Cuatro reflexiones iniciales sobre los decretos de la Emergencia Social en Salud. Serie Palabra, No. 33. Medellín: Asociación de Profesores de la Universidad de Antioquia; 2010.
30. Congreso de la República. Proyecto de Ley Estatutaria en Salud, 105-Senado. Gaceta del Congreso, No 565. 29 de Agosto de 2012. Bogotá.
31. Tealdi JC. Diccionario Latinoamericano de Bioética. En: Unesco, Red Latinoamericana de Bioética, editor. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2008. p. 177.
32. Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Carta de Ottawa. San José: Asociación Costarricense de Salud Pública; 1986.

* Una primera versión de este texto fue presentada en el panel: Crisis económica y ética, en el XII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social, ALAMES, en Montevideo, en noviembre de 2012.

Recibido: 19 de diciembre de 2012.
Aprobado: 25 de enero de 2013.

Saúl Franco. Vocero, Alianza Nacional por un Nuevo Modelo de Salud en Colombia. Bogotá, Colombia. Dirección electrónica: saulfranco@hotmail.com