

¿LA SALUD: SERVICIO PÚBLICO O DERECHO FUNDAMENTAL?

Health: public service or a fundamental right?

Fred G. Manrique-Abril¹, Juan M. Ospina², Abel F. Martínez-Martín³.

1. Enfermero. Ph.D Salud Pública. M.Sc. Salud Pública. Especialista en Gerencia Social. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Grupo de Investigación en Salud Pública. Facultad Ciencias de la Salud. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. UPTC. fgmanriquea@unal.edu.co.
2. Médico cirujano. Especialista en administración de servicios de salud. Maestría en epidemiología UIS. Grupo de Investigación en Salud Pública. Facultad Ciencias de la Salud. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. duendex56@yahoo.com
3. Médico cirujano. M.Sc. Historia. Grupo de Historia de la Salud en Boyacá. Escuela de Medicina. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. abelfmartinez@gmail.com

Recibido: 06 de junio de 2008. **Aceptado:** 20 junio de 2008.

RESUMEN

Trascurridos más de doce años desde la implementación en Colombia del Sistema General de Seguridad Social, se intenta, desde el análisis histórico conceptual, determinar el soporte ideológico de la prestación de los servicios asistenciales de salud. Para ello se busca establecer un paralelo entre las visiones socio-jurídicas de los conceptos de Derecho Fundamental y Servicio Público, así como las implicaciones que ellos tienen en las relaciones de las personas con el estado, en términos de garantías y protección del ciudadano.

Se hace una aproximación al momento histórico que dio lugar a la promulgación de la Ley 100 de 1993, en términos de la funcionalidad e indicadores del Sistema Nacional de Salud vigente desde 1975, y un seguimiento a los logros y desfases del nuevo sistema, con el propósito de invitar a una reflexión sobre las reales necesidades y estrategias necesarias para consolidar la Seguridad Social en Colombia

Palabras clave: salud, derecho fundamental, servicio público, sistema de salud, Colombia. (fuente DeCS, BIREME)



*Rev.salud.hist.sanid.on-line 2008;3(2):
(Mayo-agosto)*



ABSTRACT

After more than twelve years from the implementation of the General System of Social security in Colombia, is attempted, since the conceptual and historical analysis, to determine the ideological support of the health care services. We try to focus in a parallel between the social and juridical visions of the concepts of Fundamental Right and Public Service, as well as the implications that they have in the relationships of people with the state, in terms of guarantees and citizen's protection.

We do an approach to the historical moment that caused the promulgation of the Law 100 of 1993, in terms of the functionality and indicators of the National System of Health created from 1975, and a pursuit to the achievements and mistakes of the new system, with the purpose of inviting to think on the real necessities and necessary strategies to consolidate the Social Security's System in Colombia

Key words: Health, fundamental right, public service, health system, Colombia. (source: MeSH, NLM).

La discusión política en los últimos siglos ha girado en torno a los derechos colectivos y a los derechos individuales dentro de una sociedad. Se puede generalizar, que en momentos de guerra o de serias amenazas, los derechos colectivos tienden a primar sobre los individuales; así de la misma forma, en épocas de paz y de tranquilidad interna, tienden a primar los derechos individuales sobre los colectivos.

A causa de estas discusiones nacieron las principales corrientes políticas de la modernidad; una desde la segunda mitad del siglo XVIII acuñada por Adam Smith, precursor de las libertades individuales y de la acción de los mercados, quien propone la reducción al mínimo de las acciones del Estado que interfieran la libre competencia limitándose éste a la protección de la propiedad privada (1), a esta corriente, el Liberalismo Económico del Capitalismo, se le conoce como la Primera Vía.

Como respuesta a este planteamiento surgió el otro extremo encarnado en Karl Marx, impulsor de la noción del Estado Socialista, que al ser único poseedor de todas las riquezas y el dictador de todas las acciones de los individuos, garantizaría así el progreso de lo colectivo. Esta tesis constituye la llamada Segunda Vía.

Surgió posteriormente una Tercera Vía, que da cabida a las dos vías anteriores, se refería a permitir algunas tareas del desarrollo económico al sector privado, regido por las fuerzas del mercado, aunque con supervisión y control del Estado, que asume el control de los sectores estratégicos y sirve de defensor y benefactor de los más débiles (2).

La Constitución Política de 1991, define a Colombia como un Estado de Derecho. A la luz de las consideraciones teóricas esto significa una organización social que fundamenta el ejercicio del poder como garantía de respeto a los valores mínimos de libertad y equidad. No obstante, desde la óptica de la

interpretación esta definición de Estado de Derecho, plantea contradicciones, ya que al privilegiar el respeto a la libertad como objetivo prioritario, se estaría obligado a conferir preeminencia al individuo; si se privilegia a la equidad como prioridad, habría que conferir preeminencia al Estado.

El tema medular no reside en el peso relativo de Estado o individuo, sino en elementos como el debido proceso legal, es decir, en la existencia de mecanismos que garanticen el respeto de los derechos fundamentales de los individuos, la existencia de pesos y contrapesos, así como instancias jurídicas y de poder independientes.

Barry Weingast, de la Stanford University, define el Estado de Derecho como *“un conjunto de reglas políticas estables y derechos aplicados imparcialmente a todos los ciudadanos... una sociedad de leyes universales, donde no tenga cabida el poder político discrecional”* (3)

Una notable contradicción, en lo que tiene que ver con la salvaguarda de los derechos fundamentales de los individuos en la Constitución Política de Colombia, se expresa con la proclamación de la Atención de Salud de los ciudadanos y el Saneamiento Ambiental, que se conciben no como derechos fundamentales sino como servicios públicos a cargo del Estado (4).

En la práctica, la expresión de la norma constitucional se plasmó con la expedición de la Ley 100 de 1993, que instauró en Colombia un Sistema de aseguramiento en Salud y Seguridad Social (SGSS), este se caracteriza por tener en cuenta la capacidad de pago de los ciudadanos para acceder a servicios de salud, pensiones y riesgos profesionales. Esta Ley modificó el papel del Estado en la prestación de estos servicios, dando mayor participación al sector privado, transformó las fuentes de financiamiento; estableció el subsidio a la demanda, definió la focalización como estrategia de atención y reformuló la concepción de Salud Pública, restringiéndola al desarrollo de acciones de bajo costo y alto impacto, a partir de la lógica de factores de altas externalidades (5).

Teniendo en cuenta que el Sistema General de Seguridad Social ha sido sometido a muchos juicios críticos y cuestionamientos desde diversos sectores académicos y sociales respecto de su naturaleza y desarrollo, consideramos conveniente explorar el significado teórico de los conceptos de Derecho Fundamental y Servicio Público, con el ánimo de caracterizar, desde la óptica de las Políticas de Salud, con el fin de precisar su pertinencia y su aplicabilidad en el entorno colombiano.

Concepto de Salud como Derecho Fundamental

El término Derecho Fundamental se ha venido desarrollando y utilizando a lo largo de los últimos años, en reemplazo de los conceptos de Derecho Natural y Derecho Humano, por ser más preciso y carecer del contenido de ambigüedad que suponen los términos natural y humano. El concepto Derecho Fundamental abarca las dos dimensiones en las que aparecen los derechos humanos: los presupuestos éticos y los componentes jurídicos, significando la relevancia moral de una idea que compromete la dignidad humana y sus objetivos de autonomía moral, y también la relevancia jurídica que convierte a los derechos en norma

básica del ordenamiento, y es instrumento necesario para que el individuo desarrolle, en la sociedad, todas sus potencialidades. Los derechos fundamentales expresan tanto una moralidad básica como una juridicidad concreta (6).

Característica esencial de los derechos fundamentales es que tienen como objeto la protección o defensa del individuo con respecto del Estado, para el aseguramiento de un ámbito de libertad individual y social en el que los individuos, desde el punto de vista jurídico, pueden actuar a su arbitrio (7). El hecho de que un Derecho Fundamental sea declarado norma básica del ordenamiento jurídico presupone la obligatoriedad del Estado de garantizarlo a plenitud, lo que lo convierte en un derecho inalienable.

El reconocimiento de la Salud como Derecho Fundamental es más o menos unánime en nuestros días, para la mayoría de sociedades occidentales, pero no ha sido un suceso espontáneo, ha sido preciso salvar numerosos obstáculos en los dos últimos siglos, para que el reconocimiento de este principio se extendiera por muchos países y fuera aceptado por sus estados. Se considera que la primera declaración formal que tuvo trascendencia en la opinión pública fue la Declaración de Los Derechos del Hombre y del Ciudadano, formulada por la Asamblea Constituyente francesa en 1789.

Aún cuando en la Declaración no se mencionó explícitamente a la Salud, supuso un reconocimiento global de los derechos sociales de las personas, reuniendo en un cuerpo de doctrina los criterios de la filosofía francesa ilustrada del siglo XVIII –Voltaire, Rousseau, Montesquieu- en aplicación de los derechos naturales definidos por los enciclopedistas, quienes a su vez se basaron en los planteamientos racionalistas de Descartes, en el empirismo de Bacon y en la teoría del gobierno popular del inglés John Locke (8-10).

Sobre la Salud, la preocupación de los poderes públicos a lo largo del siglo XIX se centró en dos grandes campos: de una parte, el sanitario, dominado por las graves epidemias de enfermedades transmisibles, y de otra, el nacimiento de una primitiva Seguridad Social. La necesidad de una salud colectiva se desarrolló con un planteamiento sanitario, mientras la Seguridad Social atendía preferentemente a la salud individual, que rápidamente se hizo extensiva al núcleo familiar (11). La conjunción de ambas tendencias llevó, de una manera lógica, a la estructuración de un concepto de Salud que comprendía sus aspectos individuales y comunitarios, y que ha trascendido de la definición de un principio general a la norma positiva de las constituciones de los pueblos y del desarrollo legislativo de los Estados.

La generación de los derechos económicos, sociales y culturales surge a partir del siglo XX, acuñados por el constitucionalismo social, a diferencia de la generación de derechos civiles y políticos, que fueron planteados por el iluminismo clásico del constitucionalismo liberal, en el siglo XVIII. El temprano origen de la segunda generación permite explicar históricamente el estado prematuro de efectividad de estos derechos. Hay que reconocer que, para la mayor parte de tales derechos sociales, la tradición jurídica no ha elaborado técnicas de garantía tan eficaces como las establecidas para los derechos de libertad. Esto depende sobre todo de un retraso de las ciencias sociales, que no han teorizado, ni diseñado un Estado Social de Derecho equiparable al viejo Estado de Derecho liberal; ello ha permitido que el Estado Social se desarrolle de hecho, a través de una simple ampliación de los espacios de discrecionalidad de los aparatos administrativos, el juego no reglado

de los grupos de presión y las clientelas; la proliferación de las discriminaciones y de los privilegios y el desarrollo de todo un caos normativo (12).

En abril de 1948, en el marco del Congreso de Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se consolidaron los elementos generales para definir el Derecho a la Salud: *“La aspiración de todos los pueblos es el goce máximo de Salud para todos los ciudadanos”*.

La Salud es el estado de absoluto bienestar físico, mental y social, sin distinción de religiones, credos políticos o clases sociales.

“Todo hombre tiene derecho a conservar su Salud y, en caso de que enferme, a poseer los medios para curarse. Esta protección debe abarcar no sólo a él, sino también a sus familiares” (13)..

Tan sólo unos meses más tarde, en diciembre del mismo año, las Naciones Unidas proclamaron la Declaración Universal de los Derechos Humanos, redactada por la Asamblea General, que en lo referente Salud consignó en su Art.25:

“1.- Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y, en especial, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene, asimismo, derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez, vejez y otros casos, como pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.”

El término Salud, dentro de la expresión “Derecho a la Salud”, propia del discurso jurídico, adolece del mismo inconveniente que caracteriza al lenguaje natural, su vaguedad, pues la definición de la OMS, de 1948, desde hace varios lustros ha sido cuestionada y caracterizada como vaga, ahistórica y sobretodo como utópica. (14).

Si bien, el Derecho a la Salud no puede concebirse como el mantenimiento a toda costa del estado referido por la OMS, tal afirmación obedece a razones de estricta naturaleza práctica, puesto que, ninguna norma jurídica puede torcer el rumbo inexorable del acontecer natural. No obstante ello, cabe señalar que la Calidad de Vida, expresada como Bienestar, es uno de los elementos esenciales del Derecho a la Salud.

El Derecho a la Salud presenta dos rasgos generales delimitables: el primero, lo constituyen obligaciones tendientes a evitar que la Salud sea dañada, ya sea por la conducta de terceros, o por otros factores controlables como epidemias, a través del fomento y la Prevención. El segundo, está integrado por otras obligaciones tendientes a asegurar la asistencia médica una vez producida la afectación a la Salud, aspecto que implica, entre algunas prestaciones, la planificación y previsión de recursos necesarios para llevar a cabo la satisfacción de los requerimientos de Salud correspondientes a toda la comunidad. De esta manera se perfila con claridad el Derecho a la Salud, entendido como una norma, que integra el conjunto de obligaciones tendientes a asegurar el acceso a una asistencia sanitaria, a cargo del Estado, y que favorece a todos los asociados sin excepción.

Los juristas consideran que desde la perspectiva del Derecho Internacional, el Derecho a la Salud abarca algunos elementos esenciales y niveles: (15)

Elementos Esenciales:

1. Disponibilidad: Contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de Salud, así como también, de programas sanitarios.

2. Accesibilidad: En sentido de las siguientes dimensiones:

- No discriminación: Los establecimientos, bienes y Servicios de Salud deben ser accesibles a los sectores más vulnerables y marginados.

- Accesibilidad física: Se refiere a la distribución geográfica de los establecimientos sanitarios, en relación con los sectores de población más vulnerables.

- Accesibilidad económica: Exige un principio de equidad, vinculado al poder adquisitivo de cada individuo. En este sentido, la carga de los gastos de Salud no debe recaer desproporcionadamente sobre los más pobres, en comparación con los más ricos.

- Acceso a la información: Comprende el derecho a solicitar, recibir y difundir la información.

3. Aceptabilidad: Los establecimientos deben ser respetuosos de la cultura de las minorías, comunidades y pueblos.

4. Calidad: Se refiere a la capacitación y adecuada remuneración del personal, al equipamiento hospitalario, la disponibilidad de medicamentos y el saneamiento básico mínimo.

A su vez, estos elementos se expresan en tres niveles de obligaciones del Estado, en términos de:

1. Respetar,
2. Proteger y
3. Cumplir con:

a. Garantizar el derecho de acceso a todos los asociados, incluidos los grupos vulnerables.

b. Asegurar el acceso a una alimentación esencial mínima y adecuada.

c. Garantizar el acceso a un hogar y a condiciones sanitarias básicas.

d. Facilitar los medicamentos esenciales.

e. Velar por una distribución equitativa de las instalaciones, bienes y Servicios de Salud.

f. Adoptar y aplicar un plan de acción nacional de Salud Pública contra epidemias.

Concepto de Salud como Servicio Público

El Estado cuenta con la facultad de negar el acceso al mercado a quienes pretenden ingresar al sistema, condicionando el ingreso al otorgamiento previo de una concesión, aun cuando se cuente con todos los requisitos exigidos por la legislación vigente. Estas actividades son conocidas como servicios públicos, cuyo concepto ha sido, quizás, uno de los más discutidos por la doctrina del Derecho Administrativo.

El Servicio Público, como tal, es entendido como un concepto instrumental, en virtud del cual el Estado mantiene la potestad de autorizar o no su prestación al sector privado. No es riesgoso afirmar, que el Servicio Público es entendido como una actividad susceptible de ser explotada económicamente, respecto de la cual el Estado cuenta con la facultad discrecional de conceder o no su explotación en el mercado.

Sin embargo, es preciso reparar en el análisis de los principales elementos definitorios de este concepto, a fin de entender qué tipo de actividades califican como tales:

1. Una actividad explotable económicamente:

La participación del sector privado en la economía se justifica sólo en la obtención de los beneficios económicos que éste obtiene por la producción de bienes o la prestación de servicios en el mercado. De esta manera, si no fuese posible obtener una retribución económica por las actividades que los privados realizan, difícilmente se verían interesados en su prestación.

2. Una actividad concesionable:

La concesión estatal es el principal elemento definitorio del Servicio Público, en torno al cual gira la definición del concepto mismo. Si no mediase una concesión estatal, no sería posible hablar de un Servicio Público. El otorgamiento previo de una concesión para la prestación de un Servicio Público, implica que el Estado declare primero dicho servicio bajo su titularidad. Es claro, que si la actividad no se encuentra bajo la titularidad del Estado, no hay nada que conceder y el acceso a la prestación estaría libre de restricción.

3. Una actividad vigilada:

Los servicios públicos no son otra cosa que la satisfacción por parte del Estado, en forma directa o indirecta, de aquellas necesidades que paulatinamente van adquiriendo el carácter de imprescindibles para el funcionamiento ordenado de la colectividad, y que por tal razón no pueden dejarse en su continuidad, regularidad y eficacia a la prestación arbitraria de los particulares, y bajo la égida de su propio interés pecuniario.

La teoría del Servicio Público fue postulada originariamente por Dugüit, un socialista utópico que creía en la igualdad social y económica de los hombres, y anhelaba una sociedad más justa inspirada en valores de igualdad y de solidaridad social. Dugüit concebía a la Teoría de la Soberanía como un rezago de las

monarquías absolutas, una vez desaparecido el absolutismo monárquico, debía también desaparecer el concepto de soberanía. En consecuencia, para Dugüit, no era posible distinguir entre actos de autoridad y actos de gestión inspirados en la idea de la soberanía, ya que el concepto de soberanía resultaba tan absurdo como la idea misma de gobierno.

León Dugüit definía el Servicio Público como: *“toda actividad cuyo cumplimiento debe ser regulado, asegurado y fiscalizado por los gobernantes, por ser indispensable a la realización y al desenvolvimiento de la interdependencia social, y de tal naturaleza que no puede ser asegurado completamente más que por la intervención de la fuerza gobernante”* (16).

A partir de los postulados de Dugüit, el concepto de Servicio Público se ha constituido en una fuente inagotable de debate entre juristas y teóricos del Derecho Administrativo, toda vez que la definición de cuáles son las actividades de beneficio colectivo, que pueden ser sujeto de explotación económica, no es fácil de delimitar.

En lo que a la Salud se refiere, para algunos juristas, los Derechos Fundamentales no pueden ser sujeto de concesión, ni mucho menos de comercialización, ya que en principio, el Estado asume la obligación de garantizarlos a plenitud. En este sentido, la Asamblea General de las Naciones Unidas ha reafirmado la Proclamación de Teherán, a través de sucesivas resoluciones, estableciendo que todos los Derechos Humanos y libertades fundamentales son indivisibles e interdependientes y sosteniendo además que, deberá prestarse la misma atención y urgente consideración tanto a la aplicación, promoción y protección de los derechos civiles y políticos, como a los derechos económicos, sociales y culturales. En el mismo sentido, una resolución posterior destaca que la *“promoción y la protección de una categoría de derechos no debería jamás eximir o dispensar a los Estados de la promoción y protección de los otros”* (17-19).

Vale la pena anotar, que en innumerables ocasiones la Corte Constitucional de Colombia ha debido pronunciarse al respecto, habida cuenta de las limitaciones y contradicciones que la condición de Economía de Mercado impone a la prestación de los Servicios de Salud:

“El Derecho a la Salud conforma, en su naturaleza jurídica, un conjunto de elementos que pueden agruparse en dos grandes bloques: el primero, que lo identifica como un predicado inmediato del Derecho a la Vida, de manera que atentar contra la salud de las personas equivale a atentar contra su propia vida. Por estos aspectos, el Derecho a la Salud resulta un Derecho fundamental. El segundo bloque de elementos, sitúa el derecho a la salud con un carácter asistencial, ubicado en las referencias funcionales del denominado Estado Social de Derecho, en razón a que su reconocimiento impone acciones concretas. La frontera entre el Derecho a la Salud como fundamental y como asistencial es imprecisa y sobre todo cambiante, según las circunstancias de cada caso, pero en principio, puede afirmarse que el Derecho a la Salud es fundamental cuando está relacionado con la protección a la vida. Los Derechos Fundamentales, sólo conservan esta naturaleza, en su manifestación primaria, y pueden ser objeto allí de control de Tutela”.



ISSN 1909-2407

Salud
Historia
Sanidad
Revista on line

“Aun cuando la conservación de la Salud involucra una serie de situaciones, que comprenden obligaciones y acciones tanto de las personas como del estado mismo, que en mayor o menor grado contribuyen a la subsistencia del ser humano, el Derecho a la Salud no fue consagrado en la Constitución, salvo con respecto a los niños (art. 44 C. P.) como un Derecho Fundamental. No obstante, la Corte ha sido reiterativa en el sentido de considerarlo como un Derecho Fundamental por conexidad, cuando en casos concretos, debidamente sopesados y analizados por el Juez de Tutela, la protección de la Salud involucre al mismo tiempo el amparo de la vida misma” (20).

Balance de la Ley 100 de 1993

Los argumentos por los cuales se estableció el Sistema General de Salud y Seguridad Social, SGSS, fueron: la baja cobertura en servicios de asistencia en salud, riesgos profesionales, y pensiones; la falta de recursos y la concentración de los existentes en gastos onerosos de funcionamiento de los hospitales. Este diagnóstico, se dio en momentos en que el Sistema de Salud, implementado en 1975, apenas estaba dando pasos en el proceso de descentralización de la Salud (Ley 10 de 1990) y mientras en materia económica se discutía el tema de los aportes del Estado a los entes territoriales (transferencias). Este diagnóstico fue realizado en un momento de transición, ya que en Colombia, como en otros países de América, se vivía un intenso proceso de liberalización de la economía y de consecuentes reformas a las relaciones del Estado con la Sociedad Civil. Esto sucede en el contexto de una política neoliberal, cuyas consecuencias sociales, específicamente en el campo de la Salud de las poblaciones, se materializaban en un grave deterioro de la Salud Pública.

El gobierno colombiano en ese momento, presionado por los entes de control financiero mundial, se dio a la tarea de ejecutar una compleja serie de reformas sin tomarse la molestia de ahondar en los diagnósticos. El llamado “Kinder” del Presidente César Gaviria, “...con una lectura superficial de Friedman desmantelaron los aranceles, liberaron los cambios y el sector financiero, eliminaron los subsidios, privatizaron las empresas estatales y de servicios públicos, dieron prioridad absoluta a la lucha contra la inflación y en fin, entregaron el funcionamiento de la sociedad a la omnipotencia de las fuerzas del mercado, minimizando el papel del Estado” (21).

La Ley 100 de 1993, es una norma basada en los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, participación, integralidad, unidad y equidad; además, reconoce a la Seguridad Social como “un derecho irrenunciable y progresivo, definido como Servicio Público obligatorio cuya dirección y control está a cargo del Estado y será prestado por entidades públicas o privadas en los términos y condiciones definidos por la ley”.

Llama la atención que esta Ley no contiene una concreción de los derechos, ya que al introducir la prestación de los servicios en el marco del aseguramiento (contrato individual), restringe éstos a la capacidad de pago de las personas, haciendo a cada uno responsable de su Salud y de su Seguridad Social, con lo cual imposibilita el acceso universal a la garantía de estos derechos. Esta tendencia al desconocimiento e incumplimiento de los Derechos en Salud y Seguridad Social se ha mantenido y tiende a agudizarse en el marco de las últimas reformas impulsadas por los gobiernos de turno.



*Rev.salud.hist.sanid.on-line 2008;3(2):
(Mayo-agosto)*



El principio de progresividad se refiere a que el Estado tiene la obligación concreta y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena realización del Derecho a la Salud. En efecto, existe una fuerte presunción de que no son permisibles las medidas regresivas adoptadas en relación con el Derecho a la Salud, en este sentido no puede verse progresividad como un mecanismo para despojar de contenido cierto a las obligaciones de los Estados en materia de derechos humanos. Se trata, por el contrario, de un concepto destinado a hacer cada vez más rigurosos los estándares de exigibilidad.

Se considera que los derechos económicos, sociales y culturales se caracterizan por la interdependencia e indivisibilidad como mecanismos de interrelación, en donde ningún derecho es más importante que otro, el disfrute de ciertos derechos no implica la negación de otros sino que se garantizan entre sí. Sin embargo, en tanto el SGSS está concebido sólo en términos de asistencia y cubrimiento de contingencias (accidentes, enfermedad, muerte, vejez) otros derechos no son parte integral del propio sistema y por ende del bienestar y de la dignidad humana. Lo que evidencia la concepción restringida de Seguridad Social que subyace en el SGSS.

Se entienden los principios de universalidad, accesibilidad y gratuidad como garantías de que la Salud y la Seguridad Social son para todos, pues todos nacemos libres e iguales en dignidad y derechos sin distinción de raza, sexo, condición económica, religión o cualquier otra condición propia de cada persona. Se busca asegurar que las medidas y políticas en Salud y Seguridad Social estén al alcance de todos los ciudadanos, priorizando a la población más vulnerable, a quien se debe garantizar el acceso al cuidado de la Salud sin barreras de tipo económico.

El SGSS considera la cobertura como indicador de universalidad, sin embargo, el incremento de afiliaciones en los últimos años se ha estancado. La meta de cobertura universal (100% de los colombianos/as para el año 2001) no sólo no se cumplió, sino que parece que se ha abandonado. En cifras gruesas, de una población estimada en 44 millones de habitantes, apenas 13,3 millones están afiliados al régimen contributivo; 11,2 millones al régimen subsidiado; menos de un millón a los regímenes de excepción (Ecopetrol, Magisterio, Fuerzas Armadas, Congreso), quedando unos 18,5 millones de colombianos (el 42% de la población), que no están afiliados al SGSS.

Para el caso de los servicios de riesgos profesionales, el SGSS cubre apenas al 43% de la población asalariada, el 27,7% de la población ocupada y el 22,4% de la población económicamente activa. Para el final del año 2000, y según datos del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, el Sistema General de Riesgos Profesionales (SGRP) acumuló 3.710.469 afiliados, con un descenso de 6,7%, frente al mismo periodo en 1999 (según estudios de las centrales obreras: CUT-CTC-CGTD) (5).

En relación con pensiones, la afiliación de los trabajadores a los dos regímenes (de Prima Media y Ahorro Individual) ha venido disminuyendo de manera progresiva, al igual que sigue creciendo el número de afiliados inactivos hasta un 50% (más de 4 millones), guarismo que refleja las altas tasas de desempleo, la pauperización del empleo y el auge del subempleo y del trabajo informal.

Con el pretexto de resolver esta grave situación, el Gobierno Nacional intentó una Reforma Pensional, aprobada por el Congreso el 22 de diciembre de 2002, su propósito se resume en: incremento a las cotizaciones (mayores responsabilidades para trabajadores y empresarios), gravámenes selectivos a ingresos salariales y a pensiones, reducción de las obligaciones para el pago de pensiones de vejez, invalidez o sobrevivencia. Frente a la cobertura para la Tercera Edad, se propuso como alternativa los subsidios para quienes estén en extrema pobreza o indigencia, con lo cual se pretendía instituir la Asistencia Pública en el lugar que correspondería al derecho universal de todos los ciudadanos (5).

La forma del problema

El contexto de la política neoliberal, expresada en significativas reformas a las relaciones del Estado con la sociedad civil, ha tenido marcadas consecuencias sociales; en el campo de la Salud, ellas se materializan en un significativo deterioro de la Salud Pública. La Política Nacional de Salud, delineada en la Ley 100 de 1993, se ha mostrado incapaz de solucionar los problemas sanitarios del país y por el contrario, está contribuyendo al empeoramiento de los mismos en lo referente a cobertura, calidad y accesibilidad. A lo anterior se suma la relativa carencia de conocimientos y por ende, de responsabilidad por parte de ciudadanos e instituciones sobre las formas de cuidar de las condiciones básicas de bienestar colectivo y calidad de vida individual y social, que dan como resultado una situación de inercia, cuyas principales características se pueden sintetizar de la siguiente manera:

-Postulados que reducen en la práctica la Salud a un bien sometido a las leyes del mercado y a los intereses de la ganancia.

-Estado más distante en la solución de las demandas sociales de Salud, bienestar y seguridad.

-La accesibilidad a los servicios, en lugar de haberse hecho más fácil y universal, se ha vuelto más compleja y selectiva en detrimento de los más pobres.

-Debilitamiento financiero y operativo de la red de servicios y hospitales públicos, que en lugar de fortalecerse, se ha debilitado hasta el borde de la extinción.

-Déficit financiero para atender tanto a las demandas de la población, que no alcanza a acceder al Régimen Contributivo, como a los compromisos salariales y prestacionales de los trabajadores del sector, muchos de los cuales han visto seriamente afectadas sus condiciones de vida y de trabajo.

-Insuficiente apoyo del Estado a las formas de participación y organización ciudadanas por la Salud, y a los mecanismos de participación comunitaria establecidos por la propia Ley y su reglamentación.

Deterioro de la situación sanitaria e intensificación de problemas sanitarios controlables como el Dengue y su variedad hemorrágica, la Malaria, la Hepatitis B, el Cólera y la Tuberculosis (22).

El fondo de la Problemática

Los aspectos que se han descrito expresan la forma como se percibe el impacto de la Reforma al Sistema de Salud, pero no constituyen la esencia del problema, ya que las intenciones de dar respuesta a ellas están bloqueadas por la normatividad. Por esta razón es importante intentar esbozar precisiones que indiquen los aspectos estructurales que deben ser modificados.

Las políticas neoliberales que han marcado los últimos planes de desarrollo del país, y que se han constituido en las bases de los programas económicos denominados "de ajuste y cambio estructural", han conducido a un proceso de empobrecimiento de la mayoría de la población colombiana, incluyendo el sector agrario, los sectores medios asalariados y los trabajadores organizados.

Modelo de Salud hegemónico:

Expresado como un sanitarismo tradicional que ha caracterizado el saber y las prácticas de Salud y ha conducido a una cultura popular que responde a un estereotipo de Salud hegemónico centrado en la Atención de la Enfermedad.

El Conflicto Armado:

Puesto que la pobreza es uno de los mejores caldos de cultivo para la violencia, las enormes inequidades existentes en nuestro país en la distribución de las riquezas, del empleo, del poder, del conocimiento y del acceso a los recursos y a las oportunidades, constituyen una explicación lógica a la terrible violencia que padecemos, de las consecuencias negativas que la violencia tiene sobre la calidad de vida y la Salud de los colombianos, y del impacto negativo que produce sobre los servicios y el personal del sector.

Incoherencias del Sistema General de Seguridad Social:

En cuanto a la función de modulación del Estado, los mecanismos de administración y articulación del sistema, la prestación de los servicios de salud y la financiación.

Falencias y contradicciones en los principios rectores del Sistema:

La universalidad, entendida como plena accesibilidad de la población a los servicios; la equidad, es decir, que cada cual reciba lo que se merece o necesita; la calidad, entendida como la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios; la participación, que permita el empoderamiento de la sociedad, de tal suerte que realmente tenga voz y voto en la determinación de la Política de Salud; la descentralización, que entregue las funciones, en especial las de modulación, a los entes territoriales; y la integralidad, que articule las políticas de Salud con las de desarrollo económico y social (23).

REFERENCIAS

1. Ferguson J.M. Historia de la Economía. Mexico:Fondo de Cultura Económica; 2000.
2. Santos JM, Blayr T. La tercera vía, nuevas políticas para el nuevo siglo y una alternativa para Colombia. Bogotá: Aguilar; 1999.
3. Weingast B. The economic role of political institutions: Market-preserving federalism and economic development, *Journal of Law, Economics, and Organization*. 1995; 11 (1):1-31.
4. Republica de Colombia. Constitución política de Colombia de 1991. Bogota: Imprenta Nacional; 1991.
5. Carmona LD, Molina N, Casallas AL. La desprotección social se profundiza, Corporación para la Salud Popular, Grupo Guillermo Fergusson. En: Paredes N, editora. El embrujo Autoritario, Primer año de gobierno de Álvaro Uribe Vélez. Santafé de Bogotá: Antropos Ltda.; 2003. p. 59-70.
6. Peces-Barba G. Derechos Fundamentales. 3ª Ed. Madrid: Editorial Latina; 1980.
7. Böckenförde EW. Escritos sobre Derechos Fundamentales. , traducción de J.L. Requejo e I. Villaverde, Nomos, Baden-Baden. 1993.
8. Quevedo E, Hernandez M, Miranda M, Canal N. La institucionalización de la Medicina en Colombia. Ciencias Médicas Estado y salud en Colombia, 1886-1957. En: Miranda N. Et al. Historia Social de la Ciencia en Colombia. 1a ed. Bogotá: Tercer Mundo Editores; Colciencias, 1993. p 1-270.
9. Quevedo E. Ciencias médicas, estado y salud en Colombia: 1886-1957. En: Miranda N. Et al (2) *Historia Social de la Ciencia en Colombia*. Tomo VII. Bogotá: Colciencias, Tercer Mundo: 1993. p 161-289.
10. Quevedo E. Antecedentes de las Reformas Médicas de los Siglos XVIII Y XIX en el Nuevo Reino de Granada: una polémica entre médicos y cirujanos In: Ciencia Colonial en América. 1a ed. Madrid: Alianza Editorial S. A; 1992.
11. Peset JL. Capitalismo y medicina; ensayo sobre el nacimiento de la seguridad social. En uis. Epidemiología y políticas de salud. Bucaramanga: Maestría en Epidemiología; 2004.
12. Ferrajoli I. *Derechos y Garantías, la ley del más débil*. Madrid: Ed. Trotta; 1999.
13. Organización Panamericana de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documento Oficial Nº 240; Washington DC: OPS;1991.
14. Cardona J. Desarrollo histórico de los conceptos de salud, enfermedad y salud pública según los diferentes modos de producción. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública; 1989.
15. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General Nº 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. España; 2000.
16. Duguit L. La transformación del Estado. Lib. de Fe: Madrid; 1908.
17. Organización de Naciones Unidas. Normas uniformes sobre la igualdad de derechos. Resolución Nº 32/130, AG 16/12/1977. New York: ONU; 1977.
18. Organización de Naciones Unidas. Normas uniformes sobre la igualdad de derechos. Resolución Nº 39/145, AG, 14/12/1984. New York: ONU; 1984.
19. Organización de Naciones Unidas. Normas uniformes sobre la igualdad de derechos. Resolución Nº 43/113, 43/114 y 43/115, 1988. New York: ONU; 1988..
20. República de Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T-484/92. 1992.

21. Ramírez JA. Constitución, neoliberalismo y realidad. En: Universidad Nacional-Universidad Pedagógica y tecnológica de Colombia editores. Constitución política y reorganización del Estado. Santafé de Bogotá. Universidad Nacional de Colombia - Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia; 1994.
22. Movimiento Nacional por la Salud Pública. Manifiesto. Santafé de Bogotá, Agosto de 1998.
23. Movimiento por la salud pública. Encuentro Nacional. Santafé de Bogotá. Septiembre 22-23 de 1998.

COMO CITAR ESTE ARTICULO:

Manrique-Abril FG, Ospina JM, Martínez-Martín AF. ¿La salud: Servicio público o Derecho fundamental?. Rev salud hist sanid on-line 2009; 4(1). Disponible en: <http://www.histosaluduptc.org/ojs-2.2.2/index.php?journal=shs>. Consultado en: (fecha de consulta)

Copyright. Revista Salud Historia Y Sanidad ©



*Rev.salud.hist.sanid.on-line 2008;3(2):
(Mayo-agosto)*

