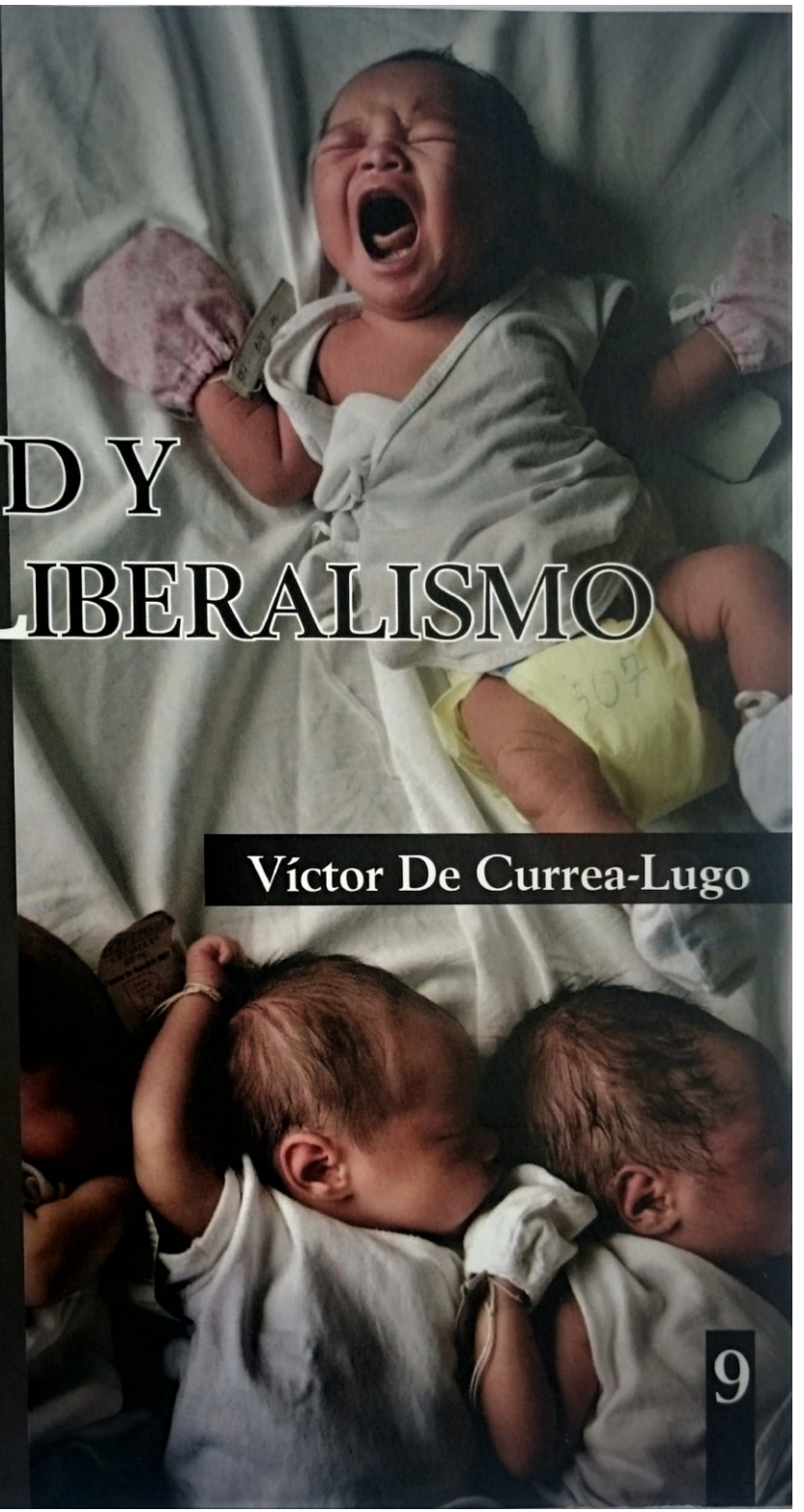
SALUD Y NEOLIBERALISMO



Víctor De Currea-Lugo

Colección *BIOS Y OIKOS*

9

SALUD Y NEOLIBERALISMO

Víctor De Currea-Lugo, MD, PhD

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

Colección ***BIOS Y OIKOS 9***

1ª Edición, Junio de 2010

Queda rigurosamente prohibida, sin la autorización escrita de los titulares de los "copyright", bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares mediante alquiler o préstamo públicos.

© 2010
Universidad El Bosque de todas las Ediciones.
De cada capítulo su autor.
Del dibujo sus autores.
Transversal 9ª Bis No 132-55
Tels. 6279074-6252036
PBX: 6331368
E-mail: bioetica@unbosque.edu.co
Bogotá, D.C., Colombia

ISBN 978-958-739-009-4 (Obra Completa)
ISBN (Volumen 9)

Director: Dr. Jaime Escobar Triana
Coordinador Editorial: Santiago Roldán García

Fotografía de la portada
Mads Nissen/madsnissen.com
Diseño Carátula:
Top Graphics Ltda.
Diagramación e Impresión:
Top Graphics Ltda.
Xpress Estudio Gráfico y Digital
PBX: 6020808
Bogotá, D.C. - Colombia
Julio, 2010

A Nelson Castañeda, quien estudió medicina pensando en la profesión liberal que soñó Hipócrates y renunció a ejercerla bajo la enajenación obrera que denunció Marx.

A Daniel Suárez y Eduardo Díaz-Amado, por lo mismo.

Y a Luis Alberto Ángel y Jorge Castellanos, quienes la ejercen, a pesar del mercado.

Índice

PRESENTACIÓN 9
INTRODUCCIÓN 11

1. CRISIS INTERNACIONAL DE LOS AÑOS 1970 Y 1980 EN AMÉRICA LATINA 16
1.1. La situación económica 16
1.2. Desgaste del modelo ISI 18
1.3. El Estado: entre deudas y clientelas 19
1.4. Teorías sobre la crisis 20
1.5. Los ajustes económicos de los años 1970 22
1.5.1. Chile 23
1.5.2. Argentina 24
1.5.3. Uruguay 25

2. REPERCUSIONES DE LA CRISIS EN LOS SISTEMAS DE SALUD 27
2.1. Gasto social en la región 29
2.2. Los problemas del sector salud 30
2.3. Respuestas a la crisis, desde el sector salud 33
2 3.1. Formulación de sistemas nacionales de salud 35
2 3.2. Estrategias frente a la crisis 36
El caso Cubano 36
El caso Chileno 37
El caso de Costa Rica 38
2.4. Discusión financiera 39
2 4.1. La pobreza y la equidad 39
2 4.2. La viabilidad financiera 40

3. HAYEK Y LOS CHICAGO BOYS 43
3.1. Hayek y los derechos humanos 43
3.2. Los Chicago Boys 48

4. LA SALUD EN CHILE BAJO PINOCHET 58
4.1. El contexto chileno y la constitución de 1980 59
4.2. La salud en el constitucionalismo chileno 62
4.3. Las bases de la reforma 65
4 3.1. En lo organizativo 68
4 3.2. En lo financiero 70
4.4. La reforma por dentro 73
4 4.1. Afiliados y beneficiarios 73
4 4.2. Instituciones prestadoras 74
4 4.3. Ingreso 74
4 4.4. Plan de servicios 76
4 4.5. Limitaciones al acceso 77
4 4.6. Financiación 78
4.5. Impacto de la reforma 79
4 5.1. En la gestión de los servicios de salud 81
4 5.2. En el acceso a los servicios 82
4.6. Panorama post-Pinochet 83

5. LAS REFORMAS POSTERIORES AL MODELO CHILENO 87
5.1. Y la salud, se hace mercado 92
5.2. El hospital público en la lógica del mercado 96
5.3. Los "maravillosos" años 1990 100
5 3.1. El congreso de Washington 101
5 3.2. La política social 104
5 3.3. Los servicios de salud 106

6. LA REFORMA A LA SALUD EN COLOMBIA 110
6.1. El derecho a la salud antes de la Constitución de 1991 110
6.2. La Salud en la Constitución Política de 1991 112
6.3. Sistema de salud en Colombia 113
6 3.1. Planes de salud y regímenes de beneficios y entidades 113
6 3.2. Financiación del sistema de salud 116
6.4. La reforma a la salud 118
6 4.1. Organización del sistema 119
6 4.2. Planes de salud 120
6 4.3. Población excluida 122
6.5. Acceso y cobertura 128

6.6. La equidad del sistema 131
6 6.1. Períodos mínimos de cotización 132
6 6.2. Copagos y cuotas moderadoras 135
6 6.3. Cuotas de recuperación 137
6.7. Conclusiones sobre el modelo colombiano 138

7. CONSECUENCIAS DEL NEOLIBERALISMO EN LA SALUD 140
7.1. La búsqueda de la rentabilidad 143
7.2. La autonomía médica 144
7.3. Flexibilidad del mercado laboral 146
7.4. La figura del intermediario 148
7.5. La administración como paradigma 149
7.6. El problema de fondo: el modelo económico 151

8. A LA BÚSQUEDA DE OPCIONES 154
8.1. El Estado de Derecho 156
8.2. Salud e Ilustración 158
8.3. La defensa del Estado social 162
8.4. El neo-contractualismo como opción 167

BIBLIOGRAFÍA 174

Presentación

El texto aquí propuesto, Salud y Neoliberalismo, del profesor Víctor de Currea-Lugo, recoge los aspectos centrales presentados por el autor en los cursos de Especialización, Magíster y Doctorado de Bioética en la Universidad El Bosque durante 2009, cursos que significaron su regreso a Colombia y a la academia. Parte de su periplo incluyó el estudio de las dinámicas económicas en las últimas décadas y su impacto en las reformas en salud.

Este libro llena un vacío al poner el debate sobre las reformas en salud en un contexto más amplio, con una perspectiva menos inmediatista. El debate, por ejemplo, sobre la ley de salud colombiana (ley 100 de 1993) no se limita al problema de su financiación, para la cual el Estado declara la emergencia social al mismo tiempo que las empresas de salud aparecen en las listas de las empresas más grandes de Colombia, sino que el autor toma distancia para examinar un proceso que nace en los años 1970 y se prolonga hasta nuestros días. En este proceso la emergencia social no es lo fundamental, sino un eslabón más de una concepción y una política pública que trasciende décadas y países.

La primera impresión que podría producir la temática del libro es su lejanía con la bioética, eje tanto de los cursos impartidos como de nuestras publicaciones. Eso solo sería cierto si creyéramos que la bioética se limita en sus debates a los confines de la vida humana (como el aborto y la eutanasia), pero esto no es cierto, la bioética también se pregunta por el contexto político en el cual sucede el acto médico y la justicia distributiva en salud.

De esta manera, este libro nace como fruto de las actividades académicas de la Universidad El Bosque y busca ser el punto de referencia para los debates en bioética relacionados con el contexto político y social de la salud. Reducir

el debate a la relación médico-paciente no sólo es ingenuo sino inconveniente, en un ambiente en el que día a día la autonomía del paciente y del médico se ver más determinadas por agentes externos, que van desde la economía hasta la política, pasando por las lógicas del mercado.

Jaime Escobar Triana
Director Programa de Bioética
Universidad El Bosque
Bogotá, Junio 2010

Introducción

Este trabajo acepta, como punto de partida, que la salud es un derecho o, por lo menos, que lo jurídico tiene un algo que decir frente al ámbito de la salud (todas las naciones occidentales tienen leyes de salud o sus equivalentes). En el caso de América Latina, además de considerar a la salud, entre otras cosas, como servicio de regulación estatal mediante normas, aparece con más o menos reconocimiento como derecho fundamental en las constituciones políticas[1]. Pero esta convicción jurídica y moral no será desarrollada en este trabajo[2], sino que desarrollamos su negación como bien jurídico fundamental dentro de un modelo de economía que, precisamente, erige la salud como un bien de mercado.

El desarrollo tecnológico ha dado un nuevo papel a la salud en el mundo capitalista. Antes, en el naciente capitalismo, la salud –como en algunos casos de la edad media y aún del esclavismo- buscaba reparar la mano de obra para garantizar su funcionamiento. En el mundo actual hay un nuevo elemento, el desarrollo de una disponibilidad tecnológica de alto costo que permite la configuración de un bien, ahora suntuoso, llamado salud.

Además de lo anterior, la coyuntura económica vivida por muchos países en los últimos treinta años del siglo XX les empujó a adoptar una serie de medidas de ajuste estructural y de reorganización del aparato estatal para dar cuenta a las presiones del capital financiero. Fruto de tales tensiones, el puesto de la salud en la agenda social decayó notoriamente en los años 1970 y 1980. Para agravar

[1] No nos adentramos en el debate sobre la garantía del derecho material sino que partimos de una realidad constatable: en muchos países las constituciones determinan el ámbito del derecho a la salud, es decir, el derecho a la salud sí existe en la norma. Ver: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD / ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: *El derecho a la salud en las Américas. Estudio constitucional comparado*. Washington, 1989

[2] Para este propósito ver mi libro, DE CURREA-LUGO, Víctor: *La salud como derecho humano*, Universidad de Deusto, Bilbao, 2003

aún más la situación, en el marco de la caída del muro del Berlín se resquebrajó el consenso a favor del Estado social: ya no habría más enemigos comunistas que contener mediante obras sociales y, por tanto, dejar la salud en manos de mercado sería menos costoso, socialmente hablando.

Y como si todo lo anterior fuera poco, la situación económica mundial no encontraba ya respuestas en Keynes –a pesar de que tampoco hubiera una mejor opción que lo reemplazara- y el credo neoliberal de Hayek se convirtió en dogma de fe para el re-direccionamiento del Estado, dogma donde la salud tenía un explícito lugar. Hayek decía "beneficiaría al conjunto del género humano (que) los seres de mayor capacidad productiva fueran atendidos con preferencia, dejándose de lado a los ancianos e incurables"[3]. En este marco, la relación entre salud y políticas neoliberales no es la mejor para la salud de las personas pero no es mala para las empresas de salud. Este libro explora en los dos primeros capítulos la crisis de los años 1970-1980, incluyendo el desgaste del modelo de Industrialización por Sustitución de Importaciones (ISI) y los ajustes en medio de la crisis petrolera, así como las repercusiones de tal crisis en los sistemas de salud de la región.

El siguiente bloque revisa el caso paradigmático de las actuales reformas en salud. Bajo la dictadura de Chile, controlando toda oposición, con la asesoría directa de los economistas de la Escuela de Chicago como asesores de la dictadura, se estableció un sistema de salud copiado hoy en muchos lados y que fue el experimento de poner la salud como bien del mercado, lejos de la caridad y más aún del derecho. El estudio detallado del modelo chileno permite identificar la lógica neoliberal dentro de toda la concepción del modelo y al margen de otros discursos como el Estado social, la bioética o los derechos humanos.

A continuación se revisan las reformas posteriores, reformas que sistematizan la experiencia chilena y toman un marco de referencia claro: las políticas del Banco Mundial en materia de salud[4]. Finalmente, convencidos de los valores de fondo que encierra la construcción del Estado social de derecho presentamos el regreso a la idea del contrato social[5] como alternativa para recuperar la salud

[3] HAYEK, Friedrich: *The Constitution of Liberty*, University of Chicago Press, 1959. Edición consultada: Los fundamentos de la libertad. Unión, Madrid, 1975, p. 238

[4] BANCO MUNDIAL: *Informe sobre el desarrollo mundial. Invertir en salud*. Banco Mundial, Washington, D. C.,1993

[5] ROUSSEAU, Jean-Jacques: *Discours sur l´origine et les fondements de l´inégalité parmi les hommes*. (Chambéry, 1754). Edición consultada: *Discurso sobre el origen de la desigualdad entre los hombres. El contrato social*, Orbis, Barcelona, 1984. Traducción de: José López y López.

como un bien de las personas antes que como un bien del mercado. Queremos dejar explícito que somos conscientes de la "innecesaria" reivindicación de un derecho si éste ya está garantizado. Como decía Aristóteles, la ley no guarda relación con la justicia sino con la injusticia, y es sobre esas (que podríamos llamar) "injusticias sanitarias" que se presenta esta revisión.

Y tales injusticias, que entrecruzan lo ético, lo político y lo jurídico para responder a lo sanitario, no son en América Latina (como sí pareciera en Europa) reducidas ni reducibles al aborto, el genoma humano y la eutanasia (asuntos aquí inclusos marginales), sino que más bien se centran en cosas más cotidianas sobre la cuales hay consenso (tanto entre defensores del intervencionismo estatal como entre los amigos de la reducción del tamaño y alcance del Estado): la universalidad de los servicios y la calidad de los mismos (aunque luego se difiera en el medio más adecuado para alcanzar tales fines). No vamos a repetir aquí el debate sobre si la política es auto referencial o si la política (en este caso la política pública) se debe al derecho, tampoco creemos que el derecho, per se, resuelva -ni tiene por qué hacerlo- todos los problemas de las personas pues tiene un ámbito definido, lo que no significa una renuncia a la búsqueda de respuestas en lo jurídico.

Umberto Eco decía que "para todo problema complejo, hay una solución simple: y no es la correcta". Cuando hablamos del derecho a la salud, estamos hablando desde el sistema de lo jurídico y sabiendo que éste no da todas las respuestas, que la economía también tiene cosas por decir, entonces buscamos en la tensión derecho-economía otras de las necesarias respuestas, no para argumentar que la salud es sólo un asunto económico (eficacia), ni sólo una (ingenua) demanda jurídica (en la que se pida todos los servicios para todos, casi deseando la inmortalidad).

Las respuestas entonces la rastreamos EN la tensión citada, pero DESDE el derecho, sin renunciar a éste; y no renunciamos porque creemos que hay demasiados elementos formales (pactos internacionales de derechos humanos, reconocimientos constitucionales, etc.,) y morales (valores y principios) como para dudar de su peso específico.

En la búsqueda de soluciones a la crisis de los servicios de salud, es que tiene cabida nuestro trabajo. Las crisis de los últimos 40 años se presentan como la fusión de dos dinámicas: a) por un lado, el debilitamiento de los Servicios Nacionales de Salud y su imposibilidad para dar respuestas adecuadas a las demandas en salud de las poblaciones, especialmente de las poblaciones rurales y/o pobres, y b) la crisis de la deuda externa que, más las medidas posteriores (estabilización

macroeconómica y ajuste estructural en lo económico, y modernización del aparato estatal en lo político), generaron una disminución de los recursos para el sector salud al punto que, sumado a problemas de planteamiento del modelo de servicios de salud existente, precipitaron la búsqueda de nuevas formas de organización y de financiación de los servicios de salud[6].

Las enseñanzas del modelo de salud chileno siguen siendo un marco de referencia y de discusión para la aplicación de otros modelos en América Latina, como quiera que fue allí donde se aplicaron por primera vez medidas que con más o menos rigor u ortodoxia se han ido implementando, por lo menos en parte, en modelos de salud de la región tanto a lo largo de los años 1990 como a comienzos del siglo XXI.

Entre el comienzo de la reforma en Chile y otras reformas en la región, ha sucedido la crisis de la deuda externa, las recomendaciones del llamado Consenso de Washington[7] no exento de críticas, la reforma de la salud en Colombia -el nuevo paradigma, según algunos-, la transición y/o consolidación de la democracia en varios países de la región, y una importante lista de reformas constitucionales (o de nuevas constituciones) que incorporan no sólo la noción de "Estado social de derecho" sino que reconocen una gran lista de los llamados derechos sociales, incluso con mecanismos para su exigibilidad por vía jurídica.

El apartado del caso colombiano es un muy breve resumen de un trabajo publicado previamente y parte de mi tesis doctoral bajo la dirección de Francisco Rubio Llorente[8]; el apartado sobre búsqueda de alternativas es el desarrollo de un capítulo de otro trabajo previo[9], así como algunos apartados sobre las reformas en América Latina[10]. Los demás son trabajos académicos inéditos

6 SAINZ, Pedro: "Crisis y desarrollo: presente y futuro de América Latina y el Caribe", en: VV.AA.: *Políticas de ajuste y grupos más vulnerables en América Latina*. Fondo de Cultura Económica, Bogotá, 1987; MENDEZ, *La crisis internacional… Op. Cit.*; CEPAL: *El gasto social en América Latina: un examen cuantitativo y cualitativo*. Naciones Unidas, Santiago de Chile, 1994; FRANCO, Rolando: "Reforma del Estado y nuevas orientaciones de las políticas sociales en los noventa" en: COLOMER, Antonio (coord.): *Economía, Sociedad y Estado en América Latina Contemporánea*, Fondo de Cultura Económica, Madrid, 1995

7 En general, ver: WILLIAMSON, John (Ed.): *Latin American Adjustment. How much has happened?* Institute for International Economics, Washington, DC, 1990

8 DE CURREA-LUGO, Víctor: *El derecho a la salud en Colombia: diez años de frustraciones*, Bogotá, ILSA, 2003

9 DE CURREA-LUGO, Víctor: *La salud como derecho humano*, Universidad de Deusto, Bilbao, pp. 95-106

10 DE CURREA-LUGO, Víctor: "La encrucijada del derecho a la salud en América Latina" en:

hasta la fecha, realizados fundamentalmente durante mis estudios doctorales, corregidos y ampliados para los cursos de especialización, maestría y doctorado de la Universidad del Bosque. Expreso mi gratitud a Camila Carvajal por sus comentarios y correcciones al texto final.

Esta revisión no busca llorar sobre la leche derramada sino ayudar a rastrear en la construcción histórica de los modelos de salud imperantes, demostrando que los mitos y las envolturas con las que se presenta no corresponden a un afán real de "regular el gasto sanitario" u "ofrecer una mayor cobertura" sino exactamente a lo contrario; basta ver la obstinada realidad para despejar las dudas.

Víctor De Currea-Lugo
Madrid, Agosto de 2009

Yamin, Alicia (ed.): *Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales en América Latina: del invento a la herramienta*, Plaza y Valdés, México, 2006 pp. 215-234

1. Crisis Internacional de los años 1970 y 1980 en América Latina

América Latina registra, a grosso modo, fases más o menos comunes en la historia de sus servicios de salud: a) una fase en la que éstos dependían marcadamente de los servicios religiosos y de sus nociones de la enfermedad (la Orden de los Hermanos San Juan de Dios fue fundadora y administradora de muchos hospitales en la región), b) el desarrollo de servicios para los trabajadores, como parte de su derecho al trabajo y reguladas por oficinas estatales de salud que dependían del Ministerio de Trabajo, c) la aparición de los ministerios de salud (derivados del desarrollo de las oficinas anteriormente nombradas), d) el auge de la salud pública, e) la formación de sistemas nacionales de salud, presididos por los ministerios de salud, f) el debilitamiento de los sistemas de salud y el fracaso (aparente y/o real) de los institutos de seguridad social, g) un nuevo apogeo de modelos de administración en salud, y h) la búsqueda de respuestas en mecanismos mixtos y/o plurales de prestación de servicios y en mecanismos privados[11]. Pero este camino no es lineal ni exento de retrocesos y tensiones, de hecho no puede ser entendido sin revisar las razones y agendas económicas detrás de cada uno de estos pasos, incluso mucho más que las agendas médicas.

1.1. La situación económica

Entre 1950 y 1980, América Latina optó por la Industrialización por Sustitución de Importaciones (ISI) como modelo de desarrollo que fue visto, en principio, como una alternativa viable, lo que además estuvo acompañado de cifras positivas de crecimiento. Entre mediados de los años 1960 y 1974 la región creció en un 6,5 por ciento anual y entre 1970 y 1974 el crecimiento superó el 7 por ciento[12], pero el agravamiento de factores externos (hasta ese momento manejables) y fuertes factores internos, mostraron, como mostraremos más adelante, las fallas del modelo ISI y pusieron de manifiesto la vulnerabilidad de la región. El aumento

[11] UGALDE, Antonio: "La integración de programas de salud en un sistema nacional de salud", en: MESA-LAGO, Carmelo (comp.): *La crisis de la seguridad social y la atención a la salud*, Fondo de Cultura Económica, México, 1986, pp. 136-176

[12] SAINZ, Pedro: "Crisis y desarrollo: presente y futuro de América Latina y el Caribe", en: VV.AA.: *Políticas de ajuste y grupos más vulnerables en América Latina*. Fondo de Cultura Económica, Bogotá, 1987, p. 30

de los precios de petróleo durante la década de los años 1970, se acompañó de otros fenómenos tales como intensificación de las presiones inflacionarias, elevación de los niveles de desempleo, elevación desproporcionada de liquidez internacional y acentuación del proteccionismo[13].

Mientras que para el caso de los países exportadores de petróleo, el fenómeno consistía en una simple elevación de precios, su compensación, por parte de los países importadores, con producción de bienes, implicaba un aumento real en la producción cuya materialización requería tiempo. Así mismo, la alta liquidez internacional favoreció el endeudamiento de varios países como forma de buscar el equilibrio luego de la elevación de precios del petróleo y además resolvía el problema del destino mismo de tales recursos[14].

En el marco de la recesión mundial (1974-75), América Latina sufre una fuerte caída de sus exportaciones acompañada de un elevado ingreso de capital extranjero que alcanza ese período (1974-1975) 9 mil millones de dólares, igual al ingreso adquirido durante toda la década de los años 1960[15]. La elevación de costos productivos generó la pérdida de capacidad competitiva de un número creciente de industrias[16].

Los (previos) precios bajos del petróleo significaban un "subsidio" de los países productores a los países industrializados, lo que favoreció el desarrollo de industrias de sintéticos que generaron el reemplazo de algunos de los productos naturales que a su vez eran la fuente de divisas para los países de la periferia. La industrialización de la agricultura de los países del centro les permitió (además por razones estratégicas) desarrollar programas tendientes al auto-abastecimiento alimentario con lo cual se reducían mercados a América Latina para sus productos[17]. Entre los países del centro, además, aumentó el intercambio de bienes, con lo cual disminuía el porcentaje de participación de los países de la periferia en el mercado internacional[18].

---

13 MÉNDEZ Sofía: *La crisis internacional y la América Latina*, Fondo de Cultura Económica, México, 1984, p. 7

14 Ver, en general, sobre estos aspectos: FURTADO, Celso: "trasnacionalización y monetarismo", en MÉNDEZ Sofía: *La crisis internacional y la América Latina*, Fondo de Cultura Económica, México, 1984, pp. 111-141

15 MARINI, Ruy Mauro: "La América Latina ante la crisis mundial", en: MÉNDEZ Sofía (comp.): *La crisis internacional y la América Latina*, Fondo de Cultura Económica, México, 1984, p. 43

16 SUNKEL, Osvaldo; TOMASSINI, Luciano: "La crisis del sistema trasnacional y el cambio en las relaciones internacionales de los países en desarrollo", en: MÉNDEZ Sofía (comp.): *La crisis internacional y la América Latina*, Fondo de Cultura Económica, México, 1984, p. 6

17 SUNKEL, Osvaldo; TOMASSINI, Luciano: O*p. cit*. p. 73

18 Alemania, Japón y los Estado Unidos, aumentaron significativamente las exportaciones durante los años 50 y 60. Ver: FURTADO, O*p. cit*. p. 120-121

A pesar de esto, el crecimiento latinoamericano continuó su ritmo durante los años 1970. Pero un nuevo elemento fue la elevación de precios de las manufacturas que se vendían desde los mercados centrales a los países periféricos[19] que, sumado a una segunda alza en los precios del petróleo, en 1979, agudizó aún más la situación. En 1981, la gran mayoría de países vivían una gran crisis económica, la más profunda y prolongada desde la crisis de los años 1930.

En 1981, creció el valor de las exportaciones de la región a tasas menores, las importaciones siguieron creciendo, aumentó el valor de los intereses de la deuda y empezaron a cambiar las formas de crédito a largo plazo por préstamos a plazos muy cortos, cuantías que en algunos casos superaba el valor de las exportaciones y por tanto se hacía –en corto plazo- impagable[20].

1.2. Desgaste del modelo ISI

El modelo adoptado desde la posguerra, la Industrialización por Sustitución de Importaciones (en adelante, ISI), ya empezaba a evidenciar sus desventajas. La exportación de bienes no fue el factor eje del crecimiento de las economías latinoamericanas, sino que lo fue (ó teóricamente lo sería) el incremento de industrias a partir de la sustitución de importaciones en los mercados nacionales, los cuales estaban protegidos y con poco desarrollo. Así, las empresas crecían en un medio no competitivo, con un mercado nacional limitado y con un exagerado proteccionismo estatal.

Ese ambiente no era benéfico ni para la empresa ni para las sociedades, la empresa se hizo cómoda, tecnológicamente atrasada, adversa a la innovación e incapaz de competir. Las sociedades no recibieron la esperada redistribución de las ganancias y los Estados se hipertrofiaron para dar cuenta de su papel de agente económico, con un paralelo aumento del clientelismo y la corrupción. En 1951 ya preocupaban aspectos relacionados con la productividad social, "obsolescencia de los equipos y (...) la selección de la tecnología[21]"

Es innegable que sí hubo un crecimiento por el modelo ISI, especialmente en la fase conocida como de crecimiento blando, pero lo cierto es que la participación de América Latina en las exportaciones mundiales cayó de 10 por ciento en

19 MÉNDEZ Sofía: *Op. cit.* p. 10
20 SAINZ, *Op. cit.* pp. 54-55
21 FURTADO, *Op. cit.* p. 117

1950 a menos del 5 por ciento en los años 1970, manteniendo como principal tipo de productos de exportación alimentos y materias primas[22].

1.3. El Estado: entre deudas y clientelas

Como ya se mencionó, el Estado interventor en la economía y creciente en funciones, se hipertrofió para dar cuenta de los gastos de la industrialización (por el bajo ahorro interno) y de los gastos propios del Estado, lo que favorece la corrupción y los procesos clientelares. Le "tocó al Estado nacional desempeñar un complejo papel de elemento propulsor, como movilizador de recursos financieros requeridos para ampliar las bases del sistema productivo y proveer de estímulos a la iniciativa privada"[23].

El afán industrializador de los países de la periferia, el consumo de bienes suntuarios y los elevados gastos estatales, llevaron al endeudamiento externo, ante la insuficiencia de recursos financieros, insuficiencia del ahorro interno e insuficiencia de medios de pago en el exterior de la tecnología necesaria. La necesidad de divisas fue aprovechada por la elevada liquidez internacional, mediante el ofrecimiento de préstamos blandos (en principio) y sin mayor control en el uso posterior de tales recursos. Pero, la "solución" es a la vez el problema: el creciente peso de la deuda en la región, pues con ésta el desajuste a corregir persiste y más bien se agrava.

El endeudamiento externo fue un problema que afectó los países latinoamericanos de manera general e independiente del tipo de su régimen político o del tipo de estrategia económica[24]. Muchos de esos recursos fueron usados con fines diferentes a la industrialización, como gastos suntuosos, gracias al bajo control de los fines perseguidos en teoría para esos préstamos. Los créditos de libre disposición se destinaron, según la CEPAL, en muchos casos, a importar bienes de consumo prescindibles, a financiar la fuga de capitales y a gastos militares[25].

La deuda externa total en América Latina y el Caribe, pasó de 333,5 mil millones de dólares en 1982, a 442,3 en 1990[26], y en algunos países el peso de la deuda en

---

22 MARINI, *Op. cit* p. 39

23 FURTADO, *Op. cit*. p. 13

24 Comentario de Celso Furtado, citado por: MENDEZ, *Op. cit*. p. 14

25 FRENCH-DAVIS, Ricardo; DEVLIN, Robert: "Diez años de la crisis de la deuda latinoamericana", *Comercio Exterior,* (México, enero de 1993), p. 7

26 DEL RIO, Javier: *La década de los noventa en América Latina y el caribe: coyuntura y tendencias económicas*. mimeo, Universidad de Salamanca, 1998, Cuadro I (anexo

relación con su PIB rodeaba el 100 por ciento (en porcentaje del PIB nacional). En Chile, el servicio de la deuda externa subió de 20 por ciento (1974) al 57 por ciento (1977), pero para el mismo período la producción industrial por habitante declinó en un 5 por ciento[27]. Los bancos internacionales presionaron a los gobiernos para que éstos asumieran la responsabilidad de la deuda del sector privado, pero ya los bancos habían hecho efectiva una prima de riesgo por sus préstamos y no reconocieron ninguna compensación a los gobiernos por asumir la carga del endeudamiento del sector privado[28].

Indudablemente, la banca internacional se ha beneficiado de tal endeudamiento. Entre 1971 y 1976, los 50 primeros bancos del mundo aumentaron en un 60 por ciento sus redes filiales. Según Furtado, con relación a los años 70, "los créditos otorgados por los bancos privados en el plano internacional alcanzan cifras varias veces superiores a los financiamientos controlados por las autoridades monetarias nacionales"[29]. Desde 1977, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL, ya advertía sobre el peligro de la deuda. A finales de los años 1970, los gobiernos actuaron de cara a la deuda y a la economía regional en general sobre la base de unos supuestos de mejoramiento que no se materializaron[30].

A partir de 1981, los países desarrollaron estrategias de renegociación, en el que participaron activamente la banca trasnacional y el FMI. La renegociación incluyó reglas de condicionalidad de las políticas internas tales como: liberalización de las economías, reducción del sector público, ampliación del sector privado, reducción del déficit fiscal, ajuste de salarios reales, limitación del crédito interno y eliminación de subsidios[31].

1.4. Teorías sobre la crisis

Para Raúl Prebisch[32], la crisis se explica desde el modelo centro - periferia, donde ésta última dependía no solo de la dinámica económica de los países

27 FURTADO, *Op. cit.*, p. 136
28 FRENCH-DAVIS, *Op. cit*, p. 12
29 FURTADO, *Op. cit.*, p. 128
30 SAINZ, *Op. cit.*, pp. 52-53
31 *Op. cit*, pp. 55-56
32 PREBISCH, Raúl: "Centro y periferia en el origen y la maduración de la crisis", en: MÉNDEZ, Sofía: *La crisis internacional y la América Latina*, Fondo de Cultura Económica, México, 1984, pp. 19-34

industrializados sino que también estaba sometida en la formulación de sus políticas económicas. América Latina se abría a otros mercados mientras las economías de los centros no se abrían a los productos de la periferia.

Se diferencian en este modelo los objetivos del proteccionismo: el del centro contribuye a aumentar el desequilibrio estructural del intercambio entre el centro y la periferia, mientras el proteccionismo de la periferia busca equilibrar la situación. El desequilibrio además se explica por el tipo de bienes que se intercambian (desde el punto de vista de su desarrollo tecnológico) lo que genera una alta asimetría y vulnerabilidad en las relaciones económicas externas[33], la especialización de la periferia en bienes del sector primario exportador y el fraccionamiento económico de la región. Así, la solución estaría, por lo menos algunos pasos, en la integración económica intra-regional, la autonomía decisoria en el tipo de bienes a importar y en la regulación de la forma de ingreso de capitales extranjeros.

Otro elemento citado es el de la tras-nacionalización de las economías de la región, que era inherente a su deseo de industrialización, pues es en el mercado internacional donde se adquieren los bienes de capital necesarios para tal proceso. Este hecho implica que los países que optaban por esta vía no rompían con la dependencia del centro sino que adquirían otro tipo de dependencia, la derivada de la tecnología –paradójicamente necesaria para industrializarse y romper con la dependencia[34].

Para Celso Furtado: "Internamente las economías centrales perdían flexibilidad en la medida en que se basaban en altas tasas de crecimiento como forma de logra el pleno empleo. Externamente participaban en procesos de integración de mercados nacionales y de tras-nacionalización de las empresas (...). La elevación de precios del petróleo a principios de los años setenta tuvo entre sus consecuencias la de exponer esa contradicción sin ambigüedades"[35], esta desestabilización de las economías centrales redujo sus capacidades nacionales de decisión.

En la periferia los países tienen dos opciones: aumentar sus exportaciones a los países centrales o reducir las importaciones de éstos, pero la continua

33 SAINZ, *Op. cit*, pp. 70-73
34 SUNKEL, TOMASSINI, *Op. cit.*, p. 63
35 FURTADO, *Op. cit.*, p. 131

internacionalización reduce también la posibilidad de maniobra de la periferia. El endeudamiento desordenado no es, entonces otra cosa que una consecuencia de esa pérdida de control del sistema económico[36].

1.5. Los ajustes económicos de los años 1970

Es común el reconocimiento de la crisis, la necesidad de enfrentarla, las presiones ejercidas por la banca internacional para que los estados reorienten las políticas económicas y, por último, el hecho de que dichas políticas afectan varios sectores sociales y servicios públicos. La nueva realidad económica internacional, más los otros elementos mencionados, obligan necesariamente a generar nuevas políticas económicas, decisión sobre la que hay consenso, quedando pendiente el debate sobre el tipo de políticas, la gradualidad de su aplicación y los sectores afectados.

Cuatro eran, de manera esquemática, los caminos posibles en 1980: a) apertura el mercado internacional con intervención estatal, b) apertura sin intervención, c) protección con intervención y d) protección sin intervención[37]. De estos posibles modelos, se excluían los modelos proteccionistas y se debatía el tipo de apertura a realizar. Los diferentes países ya recibían, en los años 1970, presiones para liberalizar su mercado y realizar ajustes en su balanza de pagos a partir de la reducción del gasto público. Esto implicaba una inclinación a favor de una apertura sin intervención del Estado.

Los ajustes tuvieron dos elementos de dinámicas propias: por un lado la estabilización de las variables macroeconómicas y por otro el ajuste estructural (que incluye el ajuste estructural del sector público). La mayor parte de las reformas se aplicaron en la región entre 1988 y 1993, siendo la gran mayoría reformas pro-mercado.

Antes de la crisis del "no pago" (agosto de 1982), varios países probaron el camino de regreso al liberalismo, lo que implicaba: liberación de precios, desnacionalizaciones, retroceso del sector público, equilibrio del presupuesto, reducción de los salarios reales, lucha contra la inflación mediante control de la masa monetaria y acogida de capitales extranjeros[38]. Así lo muestran experiencias

---

36 *Op. cit*, pp. 137-141

37 SUNKEL; TOMASSINI, *Op. cit*, p. 87

38 BRASSEUL, Jacques: "El resurgimiento del liberalismo económico en la América Latina (1973-1981)", en: MENDEZ, *Op. cit.*, en general ver pp. 178-212, y en particular, p. 178

económicas de Chile, Argentina, Perú y Uruguay, y precisamente de mano de gobiernos militares que propugnaban la libertad económica pero no la política, contrario a la argumentación que les daba un camino junto y por tanto invocando las libertades políticas que buscan dar sustento al liberalismo económico.

1.5.1. Chile

En el caso chileno[39], luego del golpe del dictador Pinochet, los cargos de finanzas, planeación y control del banco central, entre otros, fueron entregados a los llamados Economistas de la Escuela de Chicago. Se produjo una reducción del gasto público mediante severas reducciones del gasto social, incluyendo bajas de salarios, despidos, desnacionalizaciones, liberalización del mercado laboral, reducción de impuestos directos y aumento de impuestos indirectos, y caída de aranceles, lo que significó quiebra de empresas, caída del empleo industrial, estancamiento de la producción y pérdida de competitividad en el mercado internacional. Como ya se mencionó, la deuda externa se multiplicó por cinco entre 1973 y 1982[40].

Se entendió que el Estado tiene la función de "promover y facilitar la operación del mercado, eliminar todos los obstáculos que se le opongan, ofrecer los servicios que el mercado no pueda dar, y corregir algunos de los costos sociales del modelo de mercado"[41]. En esta óptica, el número de empresas estatales pasó de 46 en 1970 a 460 en 1973 (en el modelo intervencionista de la Unidad Popular) y luego de 460 a 23 en 1980. Estas medidas, amparadas en la búsqueda de un mercado competitivo no dieron sus frutos: en 1978, cinco grupos económicos controlaban las 250 empresas más grandes del país[42].

Como éxitos, en el último quinquenio de los años 70, se mencionan la reducción de la inflación, la reducción del déficit presupuestario, crecimiento económico superior al 6 por ciento -con matices[43]- y acumulación de reservas por llegada

---

39 Ver, para el caso chileno: BRASSEUL, *Op. cit*, pp. 187-195

40 MESA-LAGO, Carmelo: "diversas estrategias frente a la crisis de la seguridad social: enfoques socialista, de mercado y mixto" en: MESA-LAGO, Carmelo (comp.): *La crisis de la seguridad social y la atención a la salud*, Fondo de Cultura Económica, México, 1986, p. 388

41 *Op. cit.*, p. 386

42 *Op. cit.*, p. 387

43 Este crecimiento es para el período 1976-1980, luego de una caída del –14 por ciento en 1975. En 1981 se frenó el crecimiento y en 1982 cayó en un –16 por ciento. Si se toma en cuenta todo el período 1974-1982, apenas de alcanza un crecimiento del 0,5 por ciento. Ver: MESA-LAGO, Carmelo: *Op. cit*, p. 388

de capitales foráneos. Pero los fracasos son igualmente relevantes: desempleo y subempleo elevado y prolongado, salarios débiles, con consecuente disminución de consumo de alimentos (en un 20 por ciento) mientras la importación de bienes de lujo aumentaba por las familias de más altos ingresos económicos. En su momento el presidente del banco central justificó así su política: "el hecho de que más del 90 por ciento del pueblo esté contra nuestra política es la prueba de que el modelo funciona, que ha afectado a todo el mundo sin favorecer a nadie"[44].

1.5.2. Argentina

Argentina se convirtió en un país proveedor de alimentos a los países del centro, vía que le permitió su inserción en el mercado internacional, pero entre marzo de 1975 y marzo de 1976, presentó una inflación del 738 por ciento. La toma del poder por los militares (un mes después) se acompañó de un cambio en las políticas económicas, con regreso al librecambio y vuelta al desarrollo agrícola dejando en un segundo renglón la industria, pero estas medidas no se acompañaran de reducción del gasto del Estado[45].

Entre 1975 y 1977 se duplicaron las exportaciones de carne, pero el crecimiento económico fue débil y aumentaron la deuda externa y el déficit estatal. Algunos atribuyen este fracaso al gradualismo de la aplicación de las medidas liberales, en relación con Chile donde las medidas fueron más de choque. Allí también se afectó la industria nacional por la competencia exterior y la disminución del mercado interno. Inicialmente se lograron pequeñas cosas, pero la situación empeoró notablemente después de 1977.

En 1978, el gobierno decidió liberalizar las importaciones y sobrevaluar el peso argentino, con lo que se produjo la quiebra de numerosas industrias. El desempleo aumentó de 4 por ciento (en 1973) a 13 por ciento (en 1982). Estos fracasos explican los intentos de retorno a las políticas intervencionistas tales como: control de precios, elevación de salarios, implantación de control de cambios y, baja en las tasas de interés.

44 Citado por BRASSEUL, *Op. cit*, p. 195
45 Ver, para el caso argentino, BRASSEUL, *Op. cit.*, pp. 195-201

1.5.3. Uruguay

La riqueza de Uruguay se basó en productos primarios: ganadería, lana y carne. En 1973 se produce el golpe militar. El nuevo gobierno impulso su reforma liberal bajo el nombre de "Plan Nacional de Desarrollo" bajo la premisa de que la redistribución del ingreso (políticas salariales y del Estado de bienestar, entre otras) debe ser resultado del ingreso económico y no algo previo[46]. El Plan incluía disminución de la participación del Estado en la producción de bienes, reducción de la inflación, apertura de la economía al exterior y reducción del déficit presupuestario.

El déficit presupuestario se redujo aunque los gastos públicos continuaron elevados por el gasto militar: el ejército triplicó sus efectivos entre 1970 y 1975. La liberalización de las importaciones y la promoción de exportaciones permitieron la inserción del país en la economía mundial, pero tal promoción sólo fue posible en contravía de las recetas liberales realizando exención de impuestos y facilidades de crédito que beneficiaban a los más ricos, con lo cual el Estado actuaba como "regulador" frente a la mano ciega del mercado. Aunque se obtuvo crecimiento económico y diversificación de exportaciones, también hubo incremento de las desigualdades, baja en el nivel de vida y crecimiento de la deuda externa.

Apartándonos de los casos y en el contexto de la región, en general, se reconoce que "los desequilibrios externos insostenibles y los desequilibrios internos altamente inflacionarios requieren inevitablemente una corrección. Los problemas que se discuten son: la velocidad del ajuste; la atención prestada, dadas las circunstancias, al mantenimiento del máximo empleo e inversión, y la distribución del inevitable costo del ajuste entre los grupos sociales"[47].

Esos cambios ya se veían, desde su inicio, como productores de "desastrosos efectos" en América Latina[48], pues, para algunos, se fundamentaban en premisas económicas que no existían en la región[49]. Querer dejar los cambios sólo al mercado ya era rechazado por algunos sectores desde comienzos de los años

---

46 Ver, para el caso uruguayo: BRASSEUL, *Op. cit*, pp. 201-205

47 FEINBERG, Richard: "El Fondo Monetario Internacional y las relaciones de los Estados Unidos con la América Latina", en: MÉNDEZ, Sofía: *La crisis internacional y la América Latina*, Fondo de Cultura Económica, México, 1984, p. 354

48 PREBISCH, *Op. cit.*, p. 20.

49 FURTADO, *Op. cit.*, p. 111

1980: "El mercado ha sido incapaz de imponer su regulación en la distribución del ingreso, en la acumulación de capital, en el comercio internacional, en el caso del petróleo, en el medio ambiente y en el movimiento financiero internacional. Esos son buenos ejemplos en que las fuerzas del mercado se han falseado debido a problemas de poder, a disparidades de poder. Eso es lo que hay que arreglar"[50].

Por tanto, sin negar las necesidades de las reformas, las críticas al Estado y la racionalización del gasto, no se comparten las ideas de abandonar todo a las fuerzas del mercado, de que todo sea objeto real o potencial del mismo, o de negar el papel del Estado como reguladora de las leyes del mercado (eficaces en condiciones ideales no existentes en las sociedades reales). En palabras de Prebisch: "no hay que pedir al mercado lo que el mercado no puede dar"[51].

Todo lo que hasta ahora ha sido mencionado sucede de cara a una realidad social de demandas insatisfechas, que se prolongan hasta nuestros días. En 1972, el 43 por ciento de la población (118 millones de personas) estaba en condición de pobreza y 27 por ciento (73 millones) en indigencia[52]. El crecimiento económico, requisito para la posterior distribución de la riqueza, no fue tanto como el prometido en la aplicación de las fórmulas liberales y, además, las ganancias no tuvieron la redistribución esperada.

50 PREBISCH, Op. cit., p. 33
51 Ibid
52 MARINI, Op. cit., p. 42

2. Repercusiones de la crisis en los sistemas de salud

El desarrollo del estado social, que va desde Bismarck hasta el presente y pasando por Beveridge, ha implicado un aumento en los servicios sociales y en la materialización del Estado de bienestar, pero a su vez y por lo mismo, un aumento en los gastos del Estado, ya sea por el crecimiento del tipo de servicios, de su cobertura y/o de su aparato administrativo. En la región:

> *"la doctrina de la seguridad social encontró también una respuesta espontánea y positiva como una meta muy deseable y digna. Sin embargo, siendo uno de los que ha compartido durante muchos años la experiencia de algunos dirigentes y políticos latinoamericanos, creo que la adhesión a este nuevo ideal era sobre todo simbólica (…) La seguridad social parecía ser una nueva filosofía basada en el derecho positivo capaz de originar una sociedad más humana y justa. En consecuencia se convirtió en una etiqueta que podía atribuirse en la práctica sin oposición a varios tipos de programas de prestaciones socialmente orientados, de manera independiente de la intención o de la capacidad de los promotores responsables de llevar esos planes a su conclusión lógica y final"*[53].

A pesar de lo dicho y como lado positivo, se reconoce un incremento en la cobertura de personas y en el tipo de servicios brindados. Ya en 1966 se llamó la atención sobre la necesidad de aplicar reformas a los sistemas de seguridad social, mediante el establecimiento de prioridades[54]. Según la Organización Panamericana de la Salud, a finales de 1970, aproximadamente 174 millones de personas adquirieron servicios de salud por medio de los sistemas de seguridad social[55] posible también con el aumento del empleo formal, pero este dato requiere una matización: el sesgo urbano de la seguridad social[56], sesgo que representa también que la salud, más que un derecho, sea un "privilegio" para los sectores sindicalizados[57]. Precisamente, los citados países donde se desarrollaron

53 TAMBURI, Giovanni: "La seguridad social en la América Latina: tendencias y perspectivas", en: MESA-LAGO, Carmelo (comp.): *La crisis de la seguridad social y la atención a la salud*, Fondo de Cultura Económica, México, 1986, pp. 79-80

54 ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO, OIT: *Programa de Seguridad Social de Ottawa para las Américas"* Ginebra, 1966, citado por: TAMBURI, O*p. cit*, p. 80

55 TAMBURI, O*p. cit*, p. 81

56 UGALDE, Antonio: "La integración de programas de salud en un sistema nacional de salud", en: MESA-LAGO, Carmelo (comp.): O*p. cit*, pp. 142-145

medidas económicas liberales (Chile, Argentina y Uruguay) fueron la excepción de la región ya que la cobertura de la seguridad social disminuyó, disminución que se vió acompañada de una reducción de los mercados de trabajo formal[58].

Luego de la crisis de los 1980, múltiples espacios e instituciones se vieron afectados y el sector salud no fue la excepción. Si bien es cierto que algunos cambios se venían produciendo fruto de discusiones sobre la administración en salud, el desarrollo de programas de prevención de la enfermedad, la promoción de la salud y la coordinación institucional, entre otros aspectos, no todos los cambios ocurridos en estas décadas obedecen a un reconocimiento de la necesidad de racionalizar el gasto sino también de la participación de los ministerios de salud en las nuevas metas de la región: sanear la economía de los diferentes países.

Se debe tener en cuenta que las políticas públicas de salud están entrelazadas con otras variables de la economía de manera muy estrecha como, por ejemplo el sistema de seguridad social (ya que en algunos casos la salud y la seguridad social hace parte de un todo[59]), de las políticas de empleo (debido a la relación entre empleo formal, cotizaciones y recursos para la asistencia médica). Estos entrecruces hacen que las repercusiones de la crisis y las respuestas posibles desde el sector salud tengan diferentes planos, siendo unos más directos que otros, y también hacen que muchas de las respuestas a la crisis de la salud estén por fuera del sistema de salud, como por ejemplo la relación entre el importante aumento de la flexibilización de relaciones laborales en la región y su impacto en el volumen de cotizaciones.

---

57 MUSGROVE, Philip: "El efecto de la seguridad social y la atención en salud en la distribución del ingreso" en: MESA-LAGO, Carmelo (comp.): *La crisis de la seguridad social y la atención a la salud*, Fondo de Cultura Económica, México, 1986, pp. 238-241

58 ISUANI, Ernesto: "Seguridad social y asistencia pública", en: MESA-LAGO, Carmelo (comp.): *La crisis de la seguridad social y la atención a la salud*, Fondo de Cultura Económica, México, 1986, pp. 118-119

59 México, por ejemplo, utilizó los recursos de pensiones para el desarrollo de servicios de salud. Ver: TAMBURI, *Op. cit*, p. 82. En el caso brasileño, los servicios de salud federales se financian mediante el presupuesto general de la seguridad social y por tanto están vinculados al presupuesto de las pensiones. Ver: INSTITUTO DE RELACIONES EUROPEO-LATINOAMERICANAS, IRELA: "Las reformas estructurales en América Latina: una agenda inacabada" en: Dossier núm. 62 (Madrid, 1997), p. 35; y en el caso cubano, existe un fondo común estatal para el gasto social sin diferenciación por precisa por rubros de ingresos, sino que del fondo común se toman los recursos según lo asignado por la planeación central. Ver, detalles del modelo cubano en: MESA-LAGO, Carmelo: "Diversas estrategias frente a la crisis de la seguridad social: enfoques socialista, de mercado y mixto", en: MESA-LAGO, Carmelo (comp.): *Op. cit.*, pp. 372-384

2.1. Gasto social en la región

La pérdida de capacidad de endeudamiento exterior más la incapacidad de mayor recaudación en situaciones recesivas e inflacionarias, llevó a que el peso del ajuste fiscal recayera en el gasto público. Esto significa deterioro del gasto social durante la década de los años 1980 y aunque se observó recuperación en los años 1990, a comienzos de esa década, muchos de los países no habían alcanzado los niveles previos a la crisis[60]. También se observó que los países que tenían un mayor nivel previo de gasto público disminuyeron menos su gasto y lo recuperaron de mejor manera luego de la crisis en comparación con los países que mostraban un bajo gasto público. Otra observación importante es que el porcentaje de gasto social en relación con el gasto público también decayó[61]. Es decir, disminuyó el gasto público y el porcentaje del gasto social dentro del gasto público.

Si bien el deterioro comprometió a todos los sectores incluidos en el gasto social[62], este fenómeno no fue repartido por igual, siendo más afectados unos rubros que otros: más en el caso de educación y vivienda, y menos en salud y seguridad social. Estos recortes afectaron más la calidad que la cobertura de los servicios[63]; la caída de la calidad en el caso de los servicios de salud tiene implicaciones más complejas que en otros rubros como educación y vivienda.

La eficiencia del gasto social es buscada en dos espacios: a) la eficiencia externa, entendida como la selección de las actividades o diseño de los programas de política social, y b) la eficiencia interna, entendida como el uso racional de los servicios públicos disponibles, dentro de la noción de ajustes a procesos que minimicen costos de producción[64]. El problema es que el impacto generado en el gasto social por la crisis de los años 1980, no es manejable sólo con el aumento de la eficiencia del sector público, máxime cuando, según varios autores, incluyendo la CEPAL, la política social no es una prioridad sino un elemento residual.

60 CEPAL: *El gasto social en América Latina: un examen cuantitativo y cualitativo.* Naciones Unidas, Santiago de Chile, 1994, p. 8

61 *Op. cit*, pp. 17 y 18

62 Para precisar el debate sobre qué se incluye y qué no en la noción de gasto social, ver: CEPAL: "Apéndice III: consideraciones conceptuales y metodológicas del gasto social", en: *Op. cit*, pp. 119 y ss.

63 *Op. cit*, p. 43

64 *Op. cit*, pp. 40-45

2.2. Los problemas del sector salud

En el sector salud, como en todos los demás sectores sociales, había por supuesto elementos cuyo cuestionamiento se validaba desde las críticas que se hacían a la concepción del modelo ISI. La burocracia en la administración de los servicios de salud, el despilfarro de recursos, la ausencia de competitividad, etc., eran responsabilidad del modelo implementado y del fracaso de los planes y programas en salud durante los años 1950-1980. Esto tenía, en parte, explicación en un modelo "asistencialista", en el que el Estado subsidiaba buena parte de la atención[65].

Este énfasis en la atención implicaba: desdén por la atención primaria, la prevención y la promoción en salud, elevados gastos en infraestructura (hospitales, salas de cirugía) que terminaban altamente subutilizados[66], formación de personal sanitario en aspectos casi exclusivamente curativos, sobre-valoración social de las terapéuticas farmacológicas. Prácticas éstas que encarecen los servicios de salud tanto para las personas como para los Estados y las sociedades.

Durante finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX, con el surgimiento de escuelas de medicina y de hospitales universitarios a lo largo de América Latina, la atención en salud tomó tres grandes vías:

a) Un sector, público, basado en la caridad o en la beneficencia como forma de entender el fenómeno salud-enfermedad, liderado por las órdenes religiosas fundadoras de hospitales (siendo relevante la orden Hermanos San Juan de Dios) y que no entendía el derecho a la salud existente como tal y que reducía la asistencia pública de deber de Estado a un favor del gobierno (o peor aún a obra de caridad). Este sector es el que se conoce como asistencia social en salud o programas de salud pública o red pública de hospitales, todos ellos, por lo general, dependientes de los ministerios de salud. Según Ugalde, entre más pobres son los países, más es la proporción de personas cubiertas por este tipo de sistema, que son en promedio entre el 60 y el 80 por ciento de la población[67].

---

65 A comienzos de la década del 80, el Ministerio de Salud de Colombia, gastaba una quinta parte en Atención Primaria en Salud y más de tres quintas partes en hospitales. Comentario de Dieter Zschock al texto de Ugalde, en: MESA-LAGO, Carmelo (comp.): O*p. cit.*, p. 177

66 Ver ejemplos de los casos ecuatoriano, hondureño y colombiano, en los que se construyeron hospitales y centros de salud sin planeación de su futuro financiero, sin reparar en su dotación y mantenimiento, y hasta sin equipos, en: UGALDE, O*p. cit.*, pp. 136-176

67 O*p. cit*, pp. 136-176

b) Otro sector, el privado, donde el pago de servicios creaba un compromiso de las instituciones de salud para con el paciente, cuya obligatoriedad se reflejaba, no sólo en la calidad de los tratamientos sino del trato en general, incluyendo el tipo de servicios hospitalarios. Este sector depende de las cotizaciones de personas a servicios privados de salud de acuerdo a términos de contrato de compra de servicios, propios del derecho privado y no del ámbito de lo público, y

c) Los Institutos de Seguridad Social constituyen una "tercera vía": éstos no son propiamente un modelo privado aunque cuentan con cierta obligatoriedad de atención, y tampoco son sistemas caritativos de salud pública. Este tercer subsistema tiene su marco de origen en la consolidación relativa del movimiento sindical desde la primera mitad del siglo XX y los regímenes de corte populista que buscaban legitimarse y ganar apoyo abriendo el abanico de derechos de los trabajadores, entre ellos el de a la seguridad social en salud. En 1940, en Venezuela, se promulgó la Ley del Seguro Social que se continuó con leyes similares, durante los siguientes años, prácticamente en toda la región[68]. En Colombia, el Ministerio de Salud nació como una dependencia más del Ministerio de Trabajo y sólo varios años después adquirió vida propia (aunque recientemente recorrió el camino contrario). Un problema dentro de la óptica de la salud como parte del derecho laboral, es que los servicios de salud son del tipo reparativo de la fuerza de trabajo, lo cual se manifiesta en sesgos de prioridades y programas[69].

El problema es que esta división de servicios basada en los aportes y/o el origen de las formas de financiación (servicios de salud dependientes de ministerios en una visión de beneficencia versus servicios de salud financiados por contribuciones de los trabajadores y en el marco de los derechos laborales) terminan creando sistemas diferentes con tratos diferentes a sus usuarios, lo que para Isuani implica la formación de ciudadanos de primera y de segunda clase: "mientras que en las políticas de seguridad social el beneficio es un derecho que el individuo posee dada su contribución al financiamiento del mismo, las políticas de asistencia pública revisten un carácter caritativo, una dádiva a los sectores más necesitados"[70].

---

68 TAMBURI, *Op. cit*, p. 78

69 Con relación al Ecuador, Ugalde sostiene que: "la orientación del seguro social ecuatoriano es eminentemente economicista, es decir que su objetivo principal es mantener una fuerza laboral sana para obtener de ella el máximo rendimiento del recurso humano", en: UGALDE, Op. cit., p. 147; en general para el caso ecuatoriano ver: pp. 145-156

70 ISUANI, *Op. cit.*, p. 113; y en general sobre este debate, ver: pp. 113-128

Luego del desarrollo de la salud pública, se empezó a imponer otra lectura del fenómeno la salud-enfermedad, como un proceso dinámico y además como un proceso multifactorial donde tenía (por fin) cabida las condiciones socio-económicas y ambientales de las comunidades como causa de enfermedad. Sin embargo, con los siguientes modelos en un ambiente de cobertura individual y de reducción del gasto público, la salud pública empezó una seria crisis pues sus históricos espacios de trabajo (lo público subsidiado por el Estado y lo comunitario), tendieron a desaparecer o por lo menos a cambiar de perfil y pasar a un segundo plano[71].

Lo cierto es que las funciones en salud del Estado en el período 1950-1980 no eran las mejores. Si bien es cierto que las poblaciones protegidas con los sistemas de los Institutos de Seguro Social tenían un mínimo garantizado, una parte importante de la población que no gozaba de derechos laborales o que vivía en zonas rurales, no tenía posibilidad de acceder a los servicios de salud. Incluso, servicios tan elementales como los materno-infantiles y de pediatría, dejaban por fuera a buena parte de la población y los reportes de mortalidad seguían incluyendo enfermedades prevenibles, es decir: muertes evitables.

Siendo un modelo "doble" (seguridad social en salud y servicios ministeriales de salud) el común denominador en la región (salvo el caso cubano), las principales fuentes de financiación son los aportes del Estado y el porcentaje de salario que, a manera de cotización, se aporta por parte de trabajadores y de empresarios al sistema de salud (sistema tripartito de aportes). Esto permite explicar cómo cambios importantes en política salarial y en política de empleo, significan un cambio en la recaudación de recursos financieros, tanto para los sistemas de pensiones como para los servicios de salud.

En la región se produjo un aumento en la desocupación abierta en un nivel promedio cercano de 6 por ciento en 1980, a 8,3 por ciento en 1984, principalmente entre varones jóvenes con menor nivel educativo y con aumento de la duración del desempleo. De igual manera se registró aumento del desempleo, caída de los salarios reales y aumento del empleo informal de bajos ingresos[72]. "Tanto en 1950 como en 1980, uno de cada tres trabajadores urbanos

---

71 Ver, en general: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Publicación científica núm. 540, Washington, 1992

72 GARCÍA, Álvaro: "Concertación social para superar la crisis: una perspectiva económica", en: VV.AA.: *Políticas de ajuste y grupos más vulnerables en América Latina*. Fondo de Cultura Económica, Bogotá, 1987, pp. 81-85

latinoamericanos se encontraba en el mercado informal"[73]. Con estos fenómenos, es claro que los recursos de salud provenientes de las cotizaciones decayeron por menor número de cotizantes y menos valor real de sus cotizaciones.

Ahora, si reparamos en la población rural, su dispersión geográfica, la baja infraestructura de salud instalada en estas áreas (tanto de hospitales como de acueductos), el incremento que se observa en costos por persona por razones de transporte y de acceso a áreas rurales, y el mayor porcentaje de población en condiciones de pobreza (en comparación con el porcentaje de pobres del área urbana sobre el total de habitantes por área[74]) estamos ante un escenario de personas con más necesidades en salud pero con menos oferta.

Por último, es necesario anotar que además de la crisis y del aumento del desempleo, se observa un desequilibrio entre el Producto Interno Bruto y la tasa de natalidad lo que traduce que, aún sin crisis, la seguridad social en salud tendría problemas de cobertura por resolver. En particular, los países más pobres tenían tasas de natalidad más altas[75], más demandas pendientes de salud, menos infraestructura sanitaria y fue mayor el efecto negativo de la crisis en su gasto social, con lo cual se conjugan múltiples elementos que además se potencian entre sí.

2.3. Respuestas a la crisis, desde el sector salud

Los sistemas de concertación para paliar la crisis han tenido un espacio en América Latina, por lo menos en lo teórico[76]. Casos exitosos de tales pactos sociales se han dado en Suecia, Noruega, Holanda y Austria[77]. Pero tal estrategia en América Latina requeriría de unas élites dispuestas a ceder en algunos de sus privilegios, de espacios de participación social fuertes y representativos, y de gobiernos con voluntad política de concertar antes que de imponer fórmulas, tres requisitos débiles y/o inexistentes en la región.

---

73 ISUANI, *Op. cit*, p. 115

74 En 1980, había 62,9 millones de pobres en el área urbana y 73 en el área rural; para 1990 había 120,8 en el área urbana y 76,4 en el área rural. Tomado de CEPAL: *Panorama social en América Latina* 1996, Santiago de Chile, 1997, cap. I, p. 20

75 Argentina presentó una tasa de crecimiento anual, en el período 1985-1990, del 1,3 por ciento, mientras Nicaragua presentó 3,5 por ciento; niveles intermedios se observan en otros países: República Dominicana 2,5 por ciento; Bolivia 2,6 por ciento; Guatemala 3,2 por ciento; Ecuador 2,5 por ciento; México 2,4 por ciento; Chile 1,7 por ciento; Brasil 1,9 por ciento. Tomado de: DEL RIO, Francisco. *Estructura económica en América Latina. Guías*, curso académico 1997-98. Universidad de Salamanca, Salamanca. Tema 5, p. 3

76 GARCÍA, *Op. cit*, pp. 92-107

77 *Op. cit*, p. 99

Es necesario distinguir entre políticas macroeconómicas tendientes a la estabilización y políticas de reforma estructural[78]. Las primeras son las relacionadas con el PIB, la inflación, el desempleo y la tasa de cambio, mientras las segundas incluyen los cambios para hacer posible las primeras, es decir las segundas están al servicio de las metas de las primeras. Sin embargo, en el caso del sector salud, se fusionan las dos políticas y se materializan en mecanismos similares tales como los que derivan de: a) la organización institucional y b) el recorte a la disponibilidad presupuestal. Esta fusión no significa que no haya medidas propias para cada ámbito y por tanto no se puede generalizar (como lo plantean algunos) y pretender presentar todos los fallos en la administración en salud por culpa del despilfarro, ni toda la solución al recorte del gasto social por medio de medidas administrativas.

Los cambios en salud han sido distribuidos a lo largo del tiempo, de aplicación lenta y tortuosa precisamente, entre otras cosas, por la complejidad que es inherente a los servicios médico-hospitalarios. Sin embargo, puede decirse, de modo general, que:

a) La formulación de ciertos marcos institucionales (sistemas nacionales de salud, por ejemplo) se da antes de la crisis como una necesidad misma de la dinámica que fue tomando el sector salud y luego se potencia para buscar paliar la crisis de recursos.

b) La crisis implica un recorte directo del gasto social, tanto de manera absoluta (en valor constante) como en porcentaje del Producto Interno Bruto, que, trasladado al sector salud implica un deterioro en la calidad y un estancamiento y/o disminución en la cobertura. Para muchos expertos la crisis de los años 1980, "no ha hecho más que acelerar el desarrollo de (…) los problemas de organización y financiación que tarde o temprano tendrán que afrontar las autoridades responsables del suministro de los servicios del seguro de salud[79]".

c) Las medidas modernizadoras obligan a replantear el modelo, allí se fusionan respuestas encaminadas tanto a suavizar los efectos de la crisis, como a responder a las necesidades administrativas propias de la maduración del servicio de salud y las demandas de los procesos modernizadores.

78 RODRIK, Dani: "Understanding economic policy reform" *Journal of Economic Literature*, Vol. XXXIV (March, 1996), pp. 9-41

79 TAMBURI, *Op. cit*, p. 86

En los tres momentos, se plantea el debate presupuestario, el énfasis del desarrollo de modelos de administración de salud más "racionalizadores" del gasto, obedeciendo tanto a atender las demandas represadas en el período de crisis como a los programas de modernización y reforma del aparato estatal, lo que se enlaza con nuevas exigencias de la organización institucional derivadas de la urgencia por modernizar.

A comienzos de los años 1980, ya se veían varias tendencias de la seguridad social en la región: a) diversificación gradual de la atención en salud, de un modelo de entrega directa a un modelo de compra de servicios tanto al sector público como privado, b) la búsqueda de complementariedad entre los múltiples subsistemas de atención en salud, c) una reorientación hacia la atención primaria en salud[80].

2.3.1. Formulación de sistemas nacionales de salud

La formulación de sistemas nacionales obedece a varias razones, entre las que cabe mencionar, la organización misma de los servicios, la búsqueda de la coordinación interinstitucional, la búsqueda de complementariedad de servicios, la racionalización de lo mismos y por ende la disminución de costos. Ya desde los años 60, expertos llamaron la atención sobre el costo por la duplicación y competencia innecesaria en los servicios de salud[81].

La principal tarea y a la vez el principal escollo es la coordinación entre los servicios de los sistemas de seguridad social y los de los ministerios de salud, utilizando para tal fin múltiples estrategias. Así se observó en Argentina, Bolivia, Colombia, Panamá, Costa Rica, Cuba, Nicaragua, Brasil y Chile.

En Brasil, se observó un importante reconocimiento del posible papel de la atención primaria en salud; Cuba y Nicaragua en sus fases post-revolucionarias organizaron sistemas únicos de salud; Chile, en 1952, fue el primer país en organizar un sistema nacional de salud –de manera nominal porque en la práctica seguían existiendo múltiples subsistemas- y en 1979 dio un giro radical a favor del sector privado[82].

[80] *Op. cit*, pp. 76-107
[81] UGALDE, *Op. cit*, p. 138

Sin embargo, tal proceso se vió truncado por los mismos servicios de salud de la seguridad social que no quisieron subordinarse a sus respectivos ministros de salud[83]. Otro elemento que afectaba la convergencia era la desigual destinación per capita para salud entre los seguros sociales y los ministerios[84]; en Ecuador, por ejemplo, la seguridad social tenía una enfermera por cada 1.236 personas, mientras el ministerio tenía una enfermera por cada 14.743 personas[85]. Según Ugalde, la integración por sí misma no disminuye costos creados por el uso excesivo de los servicios de salud, la sobre-medicación, los problemas administrativos ni el enfoque únicamente curativo[86].

2.3.2. Estrategias frente a la crisis

Siguiendo uno de los muchos trabajos de Carmelo Mesa-Lago, con relación a la forma de financiamiento y a la organización del sistema de salud, se presentaron tres posibles vías de salida: a) una guiada por un modelo estatista y centralizado (Cuba), b) una fruto de la privatización (Chile) y c) una última que es proclive a una salida mixta (Costa Rica). Los tres países tienen características similares en su nivel global de desarrollo. En el primer caso es el "Estado perfecto" el que borra el mercado, en el segundo es el "mercado perfecto" el que prescinde del Estado y en el tercer caso, se busca un equilibrio mixto entre los dos extremos[87].

El caso cubano

Antes de la revolución de 1959, el sistema de salud cubano presentaba problemas de cobertura, altos niveles de corrupción y gastos elevados de administración. En 1961, todas las instalaciones de asistencia en salud privadas fueron expropiadas y anexadas al Ministerio de Salud Pública. A finales de los años 1970, Cuba completó su reforma de la seguridad social sobre la base de un modelo estatista. La idea que guió tal reforma fue reemplazar el mercado por un plan centralizado y fuerte aplicado desde el Estado, todo dentro de la noción de dictadura del proletariado. En este sistema, la distribución de recursos no dependía de un desglose por rubros, sino desde un fondo común que se distribuía según las

---

82 Ver, para el desarrollo de los casos citados: TAMBURI, *Op. cit*, pp. 87-97. Para los casos de Ecuador, Honduras y Colombia, ver: UGALDE, *Op. cit*, pp. 136-176

83 UGALDE, *Op. cit*, pp. 138-142

84 ISUANI, *Op. cit*, p. 113; y en general sobre este debate, ver: pp. 124-125

85 UGALDE, *Op. cit*, p. 149

86 *Op. cit*, p. 174

87 MESA-LAGO, *Op. cit*, pp. 368-427

necesidades consideradas. Todos los servicios sociales son de naturaleza gratuita; el Estado es, prácticamente, el único empleador y los salarios son determinados centralmente[88].

Los servicios asistenciales de salud son gratuitos, la cobertura es universal y no existe la brecha entre población rural y urbana. Pero tal logro no hubiera sido posible sin el elevado subsidio recibido de la Unión Soviética. Según Mesa-Lago: "en los dos últimos decenios (la Unión Soviética) ha concedido a Cuba el doble de lo que otorgaron los Estados Unidos a toda la América Latina durante la Alianza para el Progreso"[89]. En estas condiciones, Cuba logró los mejores indicadores de salud de la región, algunos de los cuales se mantienen y siguen siendo paradigmáticos.

En el afianzamiento de tal modelo fue necesario el control estatal del gremio médico y de los sindicatos de la salud, la unificación en un solo sistema bajo la dirección del Ministerio de Salud y la cobertura por parte del Estado de los eventuales déficit financieros; estos elementos implican a su vez otros tipos de problemas, como el desmedro de la administración, la inexistencia de mecanismos de control del gasto, despilfarro de recursos, etc.

El caso chileno

Chile es el pionero de la seguridad social en el hemisferio al ser el primer país en implantar el seguro social y la atención nacional en salud. Desde los años 1930 hasta 1973, Chile desarrolló una economía apartada del polo del mercado, hasta 1973, en que optó por un modelo pro-mercado dentro del cual, a comienzos de los años 1980, implementó la privatización de la seguridad social. Al contrario del caso cubano, aquí la idea fue reemplazar el plan estatal en su totalidad por las fuerzas del mercado[90].

En 1973 había una considerable cobertura de seguridad social, pero presentaba dos grandes problemas: la multiplicidad excesiva y los costos elevados. Había numerosas ofertas de fondos de pensiones y de programas de salud, con diferencias notables entre ellos. La alta politización y movilización de los trabajadores permitió la llamada "masificación del privilegio".

---

88 Ver, en general, para el caso cubano: MESA-LAGO, *Op. cit*, pp. 372-384

89 *Op. cit*, p. 377

90 Ver, para el caso chileno: MESA-LAGO, *Op. cit*, pp. 384-396

La eliminación de grupos de presión con el golpe militar favoreció las reformas pro-mercado. A principios de los años 80 se inició el proceso de privatización de la atención médica mediante la creación de entidades con ánimo de lucro llamadas Institutos de Salud Previsional, ISAPRE, donde los servicios de salud quedan dependiendo de la capacidad de pago. Estas instituciones se fueron erigiendo con el paso del tiempo como oligopolios.

El Estado mantuvo los servicios públicos de salud con niveles de asistencia mínima para la población pobre y organizó servicios privados para sectores altos y medios. Así, el Estado transfirió la administración de los servicios y el manejo de sus recursos al sector privado y renunció deliberadamente a sus funciones[91]. Con la llegada de la democracia, el Estado debió intervenir nuevamente para recuperar la red de hospitales públicos.

El caso de Costa Rica

Luego de la revolución de 1948, el gobierno participa de manera activa en la diversificación de la economía, se nacionalizó la banca, se desarrollaron políticas de apoyo a los agricultores medios, dentro del marco político del consenso social[92]. El modelo costarricense apoya la economía mixta pero con una importante intervención estatal, en una combinación entre el plan (paradigma cubano) y el mercado (paradigma chileno)[93].

La contribución del Estado al Producto Interno Bruto pasó de 13 al 23 por ciento entre 1957 y 1978, y el empleo público de 6 a 18 por ciento entre 1950 y 1981[94]. El Producto Interno Bruto per capita creció a una tasa anual de 3,2 por ciento entre 1960-1979, frenó su crecimiento luego de 1973 y tuvo crecimiento negativo entre 1980 y 1982[95].

En 1961, por una enmienda constitucional, se ordenó la cobertura integral que, si bien no es tal en los años siguientes de la misma década, en 1980 se registró de la siguiente manera: tres cuartas partes por el seguro social y el resto por programas públicos de asistencia en salud. Esta meta se logró no sólo por el desarrollo del sistema de salud, sino por la alta intervención del Estado en la

91 *Op. cit*, pp. 392-393
92 SAINZ, *Op. cit*, pp. 64-65
93 Ver, en general, para el caso costarricense: MESA-LAGO, *Op. cit*, pp. 396-406
94 *Op. cit*, p. 397
95 *Op. cit*, p. 398

regulación del mercado laboral, la cobertura de los trabajadores en materia de seguridad social.

En la década de los años 1970, los hospitales del ministerio se transfirieron a la seguridad social quien se encargó entonces de todas las labores de atención en salud, quedando el ministerio con las labores de atención primaria en salud y de prevención de la enfermedad, medidas que permiten una mayor coordinación y evita la duplicación de esfuerzos. Los gastos en salud, en relación con el PIB se duplicaron entre 1960 y 1979, por causas como la inflación, el aumento de la cobertura y el crecimiento del área administrativa.[96]

2.4. Discusión financiera

En los casos revisados se observa la importancia del modelo ideológico adoptado para el diseño de prioridades pero su alcance y su materialización ya no depende del modelo sino de los recursos reales (que pueden o no depender del modelo). Según Castro G: "no se pude decir que la solución es uno ú otro modelo ideológico, sino sobre todo la posibilidad efectiva de disponer de los medios económicos, materiales y humanos para optimizar la aplicación y el desarrollo de las formas de protección social"[97].

2.4.1. La pobreza y la equidad

A comienzos de 1970, el 40 por ciento de la población de América Latina vivía en condiciones de pobreza y para comienzos de los años 1980, a pesar del crecimiento importante de la región en los años 1970, la situación se mantenía[98].

La crisis de los años 1980, no disminuyó los ingresos del 10 por ciento más rico quienes, en algunos casos, aumentaron sus ingresos, mientras golpeó duramente al 10 por ciento más pobre de la población[99]. "Los ingresos del 10 por ciento más rico de la población aumentaron sustancialmente la considerable distancia

[96] Entre 1960 y 1981, el personal del seguro social aumentó 15 veces, mientras la población asegurada aumentó solo 9 veces. *Op. cit*, p. 405

[97] CASTRO GUTIERREZ, Alvaro: comentario a MESA-LAGO, *Op. cit*, p. 433

[98] SAINZ, *Op. cit*, p. 69

[99] CEPAL: Panorama Social. América Latina. 1995, Santiago de Chile, 1996, cap. I-27

que los separa del 40 por ciento más pobre"[100] y durante los 80 la pobreza se elevó de un 35 por ciento a un 41 por ciento[101].

Para 1990, se calcula un número cercano a los 200 millones de pobres, dentro de los cuales hay 90 millones en pobreza o miseria absoluta -indigentes-[102], esto implica que las tareas en términos de Seguridad Social en salud deberían de responder a demandas reales antes que a teóricos modelos externos. Es decir, la población latinoamericana tiene unos niveles de pobreza que van en aumento y unas necesidades en términos de seguridad social y de asistencia en salud que siguen siendo asignaturas pendientes. Con esto no se plantea el regreso al modelo proteccionista, sino una racionalidad en las políticas económicas que tengan también cuenta las realidades de esas sociedades en que se van a aplicar.

Sin embargo, las políticas sociales y la inversión del gasto social siguen viendo el problema de la pobreza como un asunto secundario que busca, en el mejor de los casos, ser manejado con medidas paliativas pero no estructurales. Una de las claves para el desarrollo de los países asiáticos fue el reconocimiento de su inequidad y las medidas tomadas para corregirla[103]. Pero en América Latina, es claro es que los mecanismos que ofrece la seguridad social no se han usado para reducir la pobreza pues no se ha incorporado tal fin en sus principios[104].

2.4.2. La viabilidad financiera

La otra cara de la moneda es la viabilidad financiera de la asistencia en salud, pues no basta con la buena voluntad para resolver el debate del Estado social, sino que se requiere de recursos reales y concretos que hagan viable cualquier propuesta, ya sea de ampliación de coberturas y/o de universalización de servicios. Este debate es común, aunque con matices, a los casos vistos (Chile, Cuba y Costa Rica).

Los nuevos modelos de asistencia en salud mantienen su viabilidad financiera en: 1) los aportes de los contribuyentes, 2) los aportes de los empleadores (que en algunos casos son trasladados a los sueldos o al costo de los productos) y 3) los aportes del Estado.

100 SUNKEL, Osvaldo: "El marco histórico y las repercusiones sociales de la reforma económica en América Latina" *Situación, núm.* 1 (Madrid, 1996), p. 26

101 CEPAL, *Panorama Social en América Latina*, 1996, Santiago de Chile, 1997, cap. I-19

102 SUNKEL, O*p. cit*, pp. 19-51; y CEPAL, Panorama Social en América Latina, 1996, Santiago de Chile, 1997, caps. I y IV.

103 RODRIK, *Op. cit*, pp. 19-21

104 TAMBURI, *Op. cit*, pp. 76-107

Pero cada uno de éstos rubros, presenta graves problemas: 1) los aportes disminuyen con las políticas de control de salarios (disminución de la cantidad del aporte fijado en porcentaje del salario) y por caída de los niveles de empleo formal con el consecuente aumento del subempleo y desempleo (disminución de la cantidad de personas cotizantes), y 2) disminución de los aportes del Estado por recorte del gasto público, especialmente del gasto social. Los aportes decaen también por los fenómenos inflacionarios que se suman a las políticas de contención salarial.

La gran esperanza jugada en los años 1970-1980, era buscar resolver la crisis con medidas de ajuste relativamente leves, tal como la organización de sistemas nacionales de salud, decisiones en el plano de la organización del servicio más del orden formal, que en discusiones esperadas como el problema de los recursos, el debate de la recaudación por venta de servicios por parte de los hospitales, la presencia del sector privado en la oferta de servicios, el debate de los modelos mixtos (ministerios de salud e institutos de seguro social), la ampliación de la cobertura, la universalización de servicios y, más grave aún, el entender la seguridad social como un mecanismo de redistribución de la riqueza.

Así, los modelos de salud heredados a los 1990, llevaban en sí intentos organizativos en modelos nacionales, pero la gran mayoría de asignaturas pendientes han buscado resolverse de manera regional mediante la implementación de nuevos modelos que respondan a múltiples interrogantes siendo, entre muchos, los más opuestos: a) las demandas por cobertura en salud de la población excluida principalmente por razones de viabilidad financiera y b) la búsqueda de viabilidad, lo que se manifiesta en la tensión entre derechos y recursos.

Perpetuar un esquema en el que el contribuyente recibe servicios por su contribución y el no contribuyente recibe servicios vía caridad, significa dejar desamparadas muchas personas en América Latina por su imposibilidad real de cotizar. La salud empezará a ser derecho solo y de la mano de la vigencia de la universalidad como principio de la seguridad social. Un esquema de cobertura dependiente del mercado laboral formal no da respuesta al resto de personas de una sociedad.

Retomando las palabras de Pechman, Aaron y Taussig, "el mejor método de financiamiento (de la seguridad social) depende decididamente de lo que la nación considere cuál es la razón de existencia del sistema"[105]. Y en la región,

[105] Citado por: MUSGROVE, Philip: "El efecto de la seguridad social y la atención en salud en la distribución del ingreso" en: MESA-LAGO, Carmelo (comp.): *Op. cit*, p. 236

desafortunadamente, la salud ha ido más de la mano de la noción de beneficencia, caridad y favor del Estado que de derecho exigible, incluso a pesar de los desarrollos constitucionales que la reconocen como tal.

Además de lo dicho, los servicios de salud están enfrentados al reto de sobreponerse sobre las condiciones adversas presentes y, además, crear programas y/ o mecanismos de atención para la población, todavía, excluida de sus servicios. Es decir, debe conjugar el mantenimiento frente a la crisis, la mejora de sus servicios (en términos tanto de calidad como de racionalidad, demandas sentidas) y la ampliación de sus coberturas. Esto implica desde planes locales para mejorar la administración de un hospital determinado hasta profundas reformas a la articulación de los diferentes subsistemas de salud.

Así, en lo presentado anteriormente, se engloban las líneas que primaron en al debate en los años 1970 y los primeros años de la década de los años 1980. Tristemente, luego se miró más el modelo chileno que el cubano como paradigma (invocando correcciones del caso) por estar mas cerca de las necesidades financieras aunque más lejos de los derechos de las personas, como veremos más adelante. La meta fue, entonces, como se vio posteriormente en el caso colombiano, adoptar el modelo chileno antes que aprender del modelo cubano, dentro de la lógica del libre mercado "compatible y coherente" con la libertad de las personas.

En palabras de Castro G., frente al modelo chileno auspiciado por la llamada Escuela de Chicago, "quien pretenda ser coherente con los principios de ortodoxia liberal no puede aceptar regímenes que imponen la afiliación obligatoria (a la seguridad social). El modelo de sociedad que postula la Escuela de Chicago y la seguridad social son ideológicamente incompatibles"[106].

[106] CASTRO, *Op. cit*, p. 432

3. Hayek y los Chicago Boys

La Constitución neoliberal –caso chileno- incorpora una postura ideológica (Hayek) y un planteamiento de política económica (los Chicago Boys). La postura de Hayek, para lo que nos ocupa, está sustentada en: a) una definición de la libertad en negativo: la ausencia de controles arbitrarios, b) una noción de derechos humanos en los que priman los derechos económicos y la propiedad, c) el rechazo al Estado social, d) fe en el mercado y e) la consideración de la salud como parte de la cadena productiva.

Para definir el modelo neoliberal, usamos las palabras de Valenzuela: "En cuanto a su contenido más preciso, en primer lugar se podría caracterizar como una modalidad específica e históricamente determinada, de reconstitución de la tasa de ganancia. Para ello, se apoya fundamentalmente en la elevación de la tasa de plusvalía. Para lograrlo, se busca congelar o controlar la expansión de los salarios reales y, para tales efectos, los mecanismos que se privilegian son la dilatación del ejército de reserva industrial y la coacción directa o extraeconómica. En cuanto a los agentes o grupos sociales impulsores, el modelo se asienta en el capital trasnacional y una delgada capa de capitalistas nacionales. Éstos funcionan como una oligarquía financiera en cuyo seno se privilegian los espacios circulatorios. En cuanto a las ramas o sectores de desarrollo preferente, amén de los financieros e improductivos, deben recalcarse los sectores de exportación, primarios y semifactureros"[107].

3.1. Hayek y los derechos humanos

Hayek entiende la libertad como la ausencia de "coacción derivada de la voluntad arbitraria de otro o de otros", coacción definida como la conversión de un ser en medio para los fines de otro y como la "presión autoritaria que una persona ejerce en el medio ambiente o circunstancias de otra (…) La coacción es un mal, porque elimina el individuo como ser pensante"[108]. Tal coacción lleva implícito la amenaza de daño y la intención de tal amenaza[109].

---

[107] En: VALENZUELA, F: Crítica del modelo neoliberal. Facultad de Economía, UNAM, México, 1991, pp. 153-154, citado en: ARRIZABALO, *Op. cit*, pp. 126-127

[108] HAYEK, Friedrich: The Constitution of Liberty, University of Chicago Press, 1959. Edición consultada: Los fundamentos de la libertad. Unión, Madrid, 1975, pp. 26 y 36

[109] *Op. cit*, pp. 147-148

Para Hayek, la libertad ocurre ENTRE personas y no EN las personas[110]; es decir, es una relación más que una condición de la persona. Acepta que el Estado tiene el monopolio de la coacción, pero este monopolio tiene como fin una regulación mínima cuyo fin no puede estar al servicio de la igualdad[111] sino de la libertad. Siendo la persona libre, los resultados serán los derivados de los esfuerzos de las personas. Sí, la libertad, con énfasis en la propiedad, se ejerce en la libertad de poseer.

Frente a los derechos humanos, Hayek considera que las personas sólo tienen un límite válido a sus acciones: el que determina el Estado a través de su capacidad de coacción, pues ésta es el "único medio por el cual el Estado puede impedir la coacción de un individuo a otro"[112]. Recogiendo la noción de que el Estado tiene el monopolio de la coacción mediante la ley (pues la coacción estatal se justifica solo si se aplica para hacer cumplir una ley conocida[113]), teniendo "las leyes que promulga el poder público (…) el mismo rango que las leyes de la naturaleza"[114].

Pero no toda norma es ley, para serlo debe ser general, conocida y abstracta[115] y eso debe ser la Constitución. A esta postura de Hayek se opone la postura de Raymond Aron, quien considera que una ley no por universal y abstracta es necesariamente justa; en el caso de los servicios de salud su regulación parte, precisamente, de que existen sanos y enfermos, de que las personas son diferentes (respuesta inmune, susceptibilidad biológica, etc.), tienen necesidades dependiendo de su edad y de su género, y cualquier ley de salud universal y abstracta sería simplemente inútil.[116].

La norma, para Hayek no puede perderse en lo temporal ni en lo inmediato. Cada norma no debe trascender el límite de la libertad y ésta, fundamental, constituye el núcleo de los derechos humanos, haciendo énfasis en la libertad de producir, distribuir, intercambiar y consumir bienes y servicios. Así, en materia de derechos humanos, como ultra liberal que es, enfatiza en los mismos derechos de propiedad y de libertad de comercio que reivindicó la burguesía frente al poder feudal. Hoy día la opinión mayoritaria entiende que los derechos

110 *Op. cit*, p. 27
111 *Op. cit*, pp. 101-116
112 *Op. cit*, p. 156
113 *Op. cit*, p. 232
114 *Op. cit*, p. 156
115 *Op. cit*, pp. 164-166
116 ESPADA, Joao Carlos: *Derechos sociales del ciudadano,* Acento, Madrid, 1996, pp. 84-85

humanos no son sólo los clásicos sino que éstos han tenido su propio desarrollo. En palabras de Rubio Llorente: "la expresión 'derechos fundamentales' que ahora se adopta, no es una denominación nueva para un contenido viejo, sino el nombre de unnuevo modo de concebir los derechos"[117].

El Estado social es un paso del Estado más allá de sus deberes legítimos de coacción que, en principio, Hayek no considera indeseable[118] a diferencia de los métodos usados para la persecución de tal justicia. Al rechazar el Estado social (como medio), se descartan los derechos sociales porque: i) no los considera como tales, ii) su garantía sería dada por la indeseable intervención del Estado que él considera arbitraria. "La igualdad de los preceptos legales generales y de las normas de conducta social es la única clase de igualdad que conduce a la libertad y que cabe implantar sin destruir la propia libertad"[119].

Hayek previene de no nombrar a todo "derecho" (con relación a las necesidades sociales) pues, según él, esto sólo conduce a vaciar a la palabra de su original contenido, sugiriendo que garantizar derechos sociales sería tanto como violar derechos civiles en una dicotomía excluyente de libertad-igualdad. Según Hayek, "si queremos conservar una sociedad libre, es imprescindible que reconozcamos que la deseabilidad de un objeto concreto no basta para justificar el uso de la coacción"[120].

Tal postura plantea la tensión entre libertad e igualdad optando por la primera pues, según Hayek, "la libertad no solamente nada tiene que ver con cualquier clase de igualdad, sino que incluso produce desigualdades en muchos aspectos"[121]. Además, "las diferencias existentes entre los humanos no puede servir de justificación cuando el gobernante intenta discriminar coactivamente entre gobernados"[122]. En otras palabras, los derechos humanos en cuanto regulador de la defensa de la libertad de la persona frente al Estado sólo tienen sentido en cuanto contribuyen a la libertad y ésta estaría en entredicho si se acepta la acción de un Estado interventor[123].

---

117 Ver: RUBIO LLORENTE, Francisco: "Los derechos fundamentales". *Claves, núm.* 75 (Madrid, sept. 1997), p. 2

118 HAYEK, *Op. cit.*, p. 286

119 *Op. cit.*, p. 101

120 HAYEK, Friedrich: *Law, legislation and liberty*. Vol. II, Routledge, Londres, 1976, p. 87; citado en: ESPADA, *Op. cit.*, p. 77

121 HAYEK, *Op. cit.*, p. 101

122 *Op. cit.*, pp. 101-102

123 Sobre una presentación de la teoría de Hayek sobre los derechos sociales y una crítica a ésta, ver en general: ESPADA, *Op. cit.*

Hayek cree en la necesidad de libertad para las fuerzas del mercado. El papel del Estado es, salvo en el recurso de coacción, el de cualquier otro particular: "la sociedad libre no solo presupone que el Estado ha de retener para sí el monopolio de la fuerza, sino que ese monopolio debe contraerse exclusivamente al empleo de la fuerza, procediendo en todos los demás aspectos como cualquier otra persona"[124].

Todas las anteriores consideraciones, aplicadas en la economía, darían como resultado la necesidad de respetar el mercado y sus reglas generales, consideradas objetivas y neutrales, y en tal respeto por el mercado se materializaría la libertad de las personas. El problema es que en este contexto libertad sería igual a libertad de mercado y sólo en la libertad de éste se lograría la libertad general.

Para Hayek, la salud y otros servicios estatales de protección no son derechos sino el desarrollo moderno de la "ley de los necesitados"[125]. Algunas de sus nociones sobre servicios estatales frente a "extremas adversidades" son consentidas por Hayek e, incluso, no son consideradas contrarias a su noción de libertad[126]. En el caso concreto de la salud, reconoce que "la deseabilidad de la acción gubernamental sería difícilmente discutible" pero sólo en cuanto no concurren sólidas razones para que, en este campo concreto, tales servicios no sean apetecibles a las empresas al "resultar difícil o imposible obtener el correspondiente precio de los usuarios"[127]. Este criterio está en concordancia con el llamado Estado subsidiario.

La salvedad que presenta Hayek (que tales servicios no sean apetecibles por el mercado) no está en norma alguna del derecho natural ni en ninguna reivindicación moral sino en la falta de oferentes en cuanto no sea, por ejemplo, la salud, un campo susceptible de pago rentable por parte de los usuarios; esta consideración desaparece en un servicio privado de salud en el que, al establecer tarifas apetecibles, se supera la salvedad expuesta y por tanto la deseabilidad hayekiana también desaparece.

En otros apartados, Hayek descontextualiza la salud (como sus seguidores) ubicando la enfermedad en la resultante de la voluntad de las personas[128] y

124 HAYEK, *Op. cit.*, p. 252
125 *Op. cit.*, p. 313
126 *Op. cit.*, p. 314
127 *Op. cit..*, p. 252
128 Ver: HAYEK, *Op. cit.*, p. 314

reduce la noción de justicia a las acciones intencionales del que hacer humano[129]. Esta misma noción cruza el debate sobre los "hábitos de vida saludables", ya un lugar común entre la literatura médica mundial, noción dentro de la cual la persona enferma es responsable de su enfermedad más que el medio en el que se mueve, creando el "deber de estar sano"[130].

Es cierto que no se podría culpar al Estado de la carga genética que haga susceptible a alguien o de una enfermedad cerebral que lo haga menos competitivo académicamente, por ejemplo; pero el Estado sí tiene algo que decir frente a muchas enfermedades que son producidas por acciones humanas, son posibles por omisiones humanas, son susceptibles de tratamiento oportuno y, más aún, son prevenibles, y no "actos fortuitos" por fuera de la responsabilidad humana.

Hayek critica los modelos de salud proteccionistas por cuanto: i) no contemplan la finitud de los recursos y ii) creen que la atención en salud implica necesariamente un resultado final favorable a la producción en la medida que se restaura la producción y hasta se mejora en cuanto el obrero se recupera y se reincorpora a su trabajo[131], iii) él considera que "beneficiaría al conjunto del género humano (que) los seres de mayor capacidad productiva fueran atendidos con preferencia, dejándose de lado a los ancianos e incurables"[132]. Esta lógica, aplicada a los modelos de salud de la región, genera el fenómeno llamado selección adversa de pacientes (también conocido como "cream skimming)"[133].

Para el caso que nos ocupa, es necesario recordar que: a) la salud no la consideramos un derecho social sino un derecho individual y más allá de la denominación de origen (dependiendo de cual de los pactos de 1966 la incorpora), b) la salud es fundamental para el ejercicio de la libertad y en cuanto tal es también un derecho-medio, c) el ejercicio pleno de los llamados derechos de libertad requiere también la intervención activa (y financiera del Estado): un que hacer activo sin el cual tales derechos no serían posibles. d) Los derechos reguladores de la relación Estado-persona no pueden, per se, negar al Estado pues no puede

---

129 ESPADA, *Op. cit.*., pp. 58 y ss.

130 Ver mi trabajo, DE CURREA-LUGO, Víctor: *La salud como derecho humano*, Universidad de Deusto, 2005, pp. 67-69

131 HAYEK, *Op. cit.*, pp. 326-327

132 *Op. cit.*, p. 238

133 SEPULVEDA SALINAS, Jaime: "Seguridad social en Chile", en: *Memorias, XIII Congreso Medicina General y Social*, Medellín, 1997, p. 142

negar a una de las partes de una relación que busca precisamente regular[134], y e) el bien llamado "salud" no es sólo un asunto de deseabilidad (en el sentido del consumo o del ocio con que algunos definen el Estado de bienestar) sino que es de la necesidad vital (en el sentido literal del término vital) que trasciende la simple deseabilidad y por tanto justificaría la (combatida) coacción (del poder estatal).

La crítica explícita de Hayek al modelo de salud proteccionista no afecta nuestro razonamiento en cuanto: i) no negamos un límite en la disponibilidad de los recursos, y ii) para Hayek la salud sería, en el mejor de los casos, parte del derecho al trabajo y, en todo caso, un mecanismo para mantener la mano de obra funcionando (que es por demás la crítica marxista a los programas de salud ocupacional).

3.2. Los Chicago Boys

La llamada "Escuela de Chicago" nace como una reacción a las propuestas económicas de Keynes, alimentándose de doctrinas heredadas de algunos profesores del Departamento de Economía de la Universidad de Chicago (Knight, Viner and Simons) y miembros de otros departamentos de la misma Universidad (como Hayek), con énfasis en la libertad individual como el principal valor (y por ende la libertad económica)[135], enseñanza con la que crecieron las nuevas generaciones de economistas, entre los que cabe mencionar a Milton Friedman. Se sitúa en los años de la Segunda Guerra Mundial el fin de esa tradicional corriente de pensamiento de la Universidad[136] y el nacimiento de una nueva generación de economistas que, precisamente, haría famosa tal denominación: Escuela de Chicago[137].

134 En esta línea es que el activismo marxista y anarquista en el mundo de los derechos humanos es eso, un activismo, porque tales ideologías van más allá: no buscan regular las relaciones Estado-persona sino (aunque aquellas difieran en las fases coinciden en el fin) la extinción misma del Estado. Incluso la noción de libertad entre personas y no en la relación Estado-persona descentra los derechos humanos del ámbito de la responsabilidad estatal en la relación entre particulares.

135 Simón consideraba que "for the preservation of personal freedom it is essential to have a large sector of economic life organized privately and competitively", citado en: VALDÉS, Juan Gabriel: *Pinochet´s economists*, Cambridge University Press, 1995, p. 56

136 El grupo original se disuelve por la muerte de unos (Simons, Henry Schultz) y el traslado de otros a otras universidades (como fue el caso de Viner). Ver: VALDÉS, Op. cit., pp. 57-58

137 Algunos economistas y académicos de la Universidad de Chicago lamentan que tal denominación se extienda para definir a una universidad que, a su juicio, tiene en su interior diferentes visiones. Ver: VALDÉS, *Op. cit.*, especialmente: "Chapter 3: The Chicago School of Economics", pp. 52-80

Su rechazo a Keynes implica el rechazo al walfare state en tanto peligro para la libertad. Su teoría se nutrió de: a) la erosión del consenso keynesiano, que reina desde 1945 hasta los años 70, b) la ausencia de fórmulas del keynesianismo para dar respuesta a los problemas relacionados con la inflación, lo que permitió, c) la formulación de una nueva teoría económica, el monetarismo. Esta teoría aparece, también, como respuesta a las mismas contradicciones del capital con el crecimiento del Estado.

En palabras de Habermas sobre la crisis del Estado de bienestar: "desde el principio, el Estado nacional resultó un marco demasiado estrecho para asegurar adecuadamente las políticas económicas keynesianas frente al exterior, contra los imperativos del mercado mundial y la política de inversiones de empresas que operan a escala planetaria. Más evidentes son, sin embargo, los límites del poder de intervención del Estado en el interior. En este caso, a medida que va aplicando sus programas, el Estado social tropieza claramente con la resistencia de los inversores privados"[138].

La idea central de esta nueva tendencia en la economía es el control de la emisión de dinero (fenómeno del que se adoleció precisamente en América Latina gracias a la dependencia del Banco Central del poder ejecutivo), pues tal control permite el manejo adecuado de la inflación y para tal fin es necesario no sólo la autonomía y el manejo técnico del banco central sino además frenar y disminuir el tamaño del Estado por cuanto su funcionamiento significaba, inevitablemente, un estímulo fuerte a la inflación[139]; la inflación se explica por el exceso de emisión de dinero generado en la necesidad de estatal de financiar el déficit público; para contrarrestarla se recurre a mecanismos tales como el control de salarios y la reducción del déficit público (vía reducción del Estado y procesos de privatización)[140]. El monetarismo cree en la auto-corrección del mercado y otorga un papel menor al Estado, el menor posible pues a su intervención se debe, entre otros males, la inflación, y su tendencia "natural" a controlar el mercado mediante monopolios estatales, lo que es, además, contrario a la libertad. En el debate entre: a) los monopolios privados, b) los monopolios públicos y c) la regulación pública, los monetaristas consideran que la opción de los monopolios privados es la menos mala de las tres[141].

138 HABERMAS, Jürgen: *Ensayos Políticos*, Península, Barcelona, 1988. Traducción de Ramón García Cotarelo, p. 121. Sobre el análisis general de la crisis del Estado de bienestar, ver: pp. 113-134

139 VALDÉS, *Op. cit.*, pp. 63-76

140 Ver, sobre este aspecto, la tesis doctoral de economía de Xavier Arrizabalo Montoro, dirigida por el profesor José Déniz y publicada en: ARRIZABALO MONTORO, Xavier: *Milagro o quimera. La economía chilena durante la dictadura*. Los libros de La Catarata, Madrid, 1995, pp. 145-146

Las ideas de la Escuela de Chicago destacan de otras ideas o escuelas de economía en el sentido de que, según Valdés, trascienden su propia esfera económica para saltar a una propuesta política (mientras otros marcaban un límite entre la política y la economía), teniendo una propuesta sistematizada y "radical" organizada, considerada como una ciencia normativa, basada en el rescate de la idea del "Estado natural" y en una economía que no busca el "deber ser", lo deseable ni lo "justo" sino "lo que es", una economía que debe partir de: a) unas premisas fundamentales, b) un núcleo teórico que incluya una propuesta metodológica, y c) unas conclusiones políticas[142].

Pero tal modelo, a pesar de trascender el que hacer, llamemos formal, de los economistas, no se reconoce como tal sino que se presenta, ante todo, como una forma científica (y neutral) de ver el mundo, y por tanto las conclusiones de sus trabajos serán frutos científicos que no pueden ser de la agenda del debate político sino del debate de técnicos especialistas que, conociendo la economía y aclarando que la sociedad puede ser explicada desde la economía, pueden analizar la sociedad y dar a ella las fórmulas técnicas, científicas y correctas para resolver sus males. La crítica a su posterior participación en la dictadura no se resolvió con su cientificismo: "Ellos fundamentan su pretendida inocencia en su asepsia, lo cual resulta paralelo al caso de quien, tras empujar a una persona al vacío desde la altura de un décimo piso, intenta culpabilizar de la muerte de la persona empujada a la ley de la gravedad"[143].

Los "Chicago Boys", por su parte, equivalen a una generación de chilenos formados en tal Escuela desde 1956, desarrollada a lo largo de los años 60 y madura para el momento en que Pinochet toma el poder. Un convenio entre la Universidad de Chicago y la Universidad Católica de Chile permitió formar un grupo importante de estudiantes de Economía, en la sede de Chicago, en la nueva teoría económica de Friedman y en los demás elementos conceptuales. Este equipo tuvo como meta (y como logro) la transformación de la Facultad de Economía de la Universidad Católica de Chile[144].

---

141 Ver: VALDÉS, *Op. cit.*, pp. 70-71

142 VALDÉS, *Op. cit.*, pp. 62-65

143 ARRIZABALO, *Op. cit.*, pp. 125 y además: pp. 133-134

144 Para profundizar sobre la articulación entre las dos universidades, la gran autonomía de la que gozó la Universidad de Chicago en su trabajo dentro de la Universidad Católica de Chile, las formas de financiación y la selección de estudiantes, ver: VALDÉS, *Op. cit.*, especialmente el capítulo seis: "The Chile Project and the birth of the Chicago Boys", pp. 127-161

Con los elementos descritos, además de la ferviente convicción en la ciencia económica y la postura sobre la libertad de Hayek, incluían una toma de decisiones a partir de modelos teóricos en los cuales no se consideraban las externalidades (o se reducían a variables no considerables)[145]. Las críticas hechas al modelo fueron respondidas como posturas de "grupos de intereses, formación económica deficiente o simple ignorancia"[146]. Asimismo, en cuanto "ciencia", la Escuela y sus herederos se alejan lingüísticamente de la política y de las "pasiones"[147], lógica dentro de la cual las necesidades humanas (como la salud no rentable) difícilmente podrían tener un lugar adecuado.

Los reportes del desarrollo del proyecto chileno de capacitación de economistas permite observar la dinámica del proyecto mismo, mostrando una "idílica tendencia" en la visión entre las dos universidades, subrayando que los males de la economía chilena se debían a la ausencia de una visión científica de la economía y describiendo a Chile como un "laboratorio" y omitiendo, deliberadamente, la existencia de conflictos sociales dentro de la sociedad[148].

Para Habermas, el neoliberalismo (o neoconservadurismo[149]), en el cual se incrusta el modelo chileno, se caracteriza por: a) una política económica orientada hacia la oferta, b) una reducción de los costes de legitimación del sistema político con ideas como la "inflación de expectativas" o la "crisis de gobernabilidad", y c) una cultura política dirigida a i) desacreditar a los intelectuales de la modernidad, ii) magnificando una ética convencional (patriotismo, religión burguesa y cultura popular)[150]. Así, la Escuela de Chicago no representa simplemente una forma de entender la economía sino una forma de ver la vida, las relaciones entre las personas, la idea de libertad y las tareas del Estado, basado en la fe en las fuerzas del mercado. El Banco Mundial, en las reformas que impone a los diferentes países no sólo incluye reformas en la salud como fue presentado antes sino también impone un modelo de Estado de derecho funcional –y supeditado- al modelo económico neoliberal que incluye reformas a los sistemas judiciales y a gran parte de las instituciones.[151]

145 VALDÉS, *Op. cit.*, pp. 73-78
146 *Op. cit.*, p. 131
147 *Op. cit.*, pp. 76-77 y 275-276
148 *Op. cit.*, pp. 127-132
149 La noción de neo-conservadurismo se asocia con la adopción que de políticas económicas neoliberales hacen partidos y/o políticas conservadoras, como es el caso de Tatcher en el Reino Unido y de Reagan en los Estados Unidos.
150 HABERMAS, *Op. cit.*, p. 126
151 BURGOS, Germán: "De qué Estado de derecho nos habla el Banco Mundial? 1992-1998" En: *El Otro derecho, núm.* 24 (Bogotá, agosto de 2000), pp. 47-95

"En la discusión de la política económica, Chicago significa creencia en la eficacia del libre mercado como medio de organizar los recursos (y) escepticismo acerca de la intervención del gobierno en asuntos económicos", entendiendo en términos generales: "1) el mercado como el marco del intercambio de individuo libre e informado, 2) el mercado como el paradigma de la libertad o de una no coercitiva organización social, 3) el mercado, como el objetivo de la acumulación de la ciencia económica"[152].

Chile era un lugar propicio por la existencia de convenios y relaciones, para la formación teórica de los "Chicago Boys", circunstancia que sumada a los problemas del Estado interventor del gobierno de Allende, a la creciente inflación (para la que no había la respuesta que el monetarismo sí ofrecía) a la disposición de un gobierno militar sin programa económico y dispuesto a luchar contra los intentos socialistas, y al control mediante la represión las protestas relacionadas con la externalidades excluidas del modelo económico, permitieron convertir a Chile en un laboratorio de las políticas hasta ahora sólo circunscritas a la academia.

La implantación de los Chicago Boys tampoco fue fácil, los recibieron con recelo desde lo público e indiferencia desde lo privado; la Universidad Católica no veía de buen agrado una teoría contraria a la doctrina social de la iglesia y la pretensión científica de la Escuela excluía otras corrientes de pensamiento de la enseñanza, con lo cual sumaba contradictores[153]. Pero, una vez superados estos problemas, no sin retrocesos, a partir de su consolidación en la Universidad fue le posible a los Chicago Boys saltar a la sociedad chilena como propuesta de política económica (de la mano del gobierno militar).

Esta unión no se da por coincidencia ideológica con la propuesta económica de la dictadura sino, precisamente, por ausencia de propuesta alguna del gobierno militar. Esto no quiere decir que el modelo fuera aséptico de la dinámica política, durante las elecciones de 1970, que gana la Unidad Popular, el candidato de derecha Alessandri centró su propuesta económica en las doctrinas de los Chicago Boys, doctrinas rechazadas por las elecciones de 1970 pero luego validadas por la dictadura; luego, si bien podían ser desconocidas por los golpistas, no lo eran por la burguesía[154].

152 Citado en: VALDES, *Op. cit.*, p. 65 y 67
153 VALDES, *Op. cit.*, pp. 162-180
154 Ver: ARRIZABALO, *Op. cit.*, pp. 117-118

Además, una propuesta en sentido contrario al estatismo que caracterizaba a los gobiernos anteriores era de buen recibo para los militares; y, por último, la convicción de los Chicago Boys de obedecer a una ciencia y no a un mero debate político les permitía entrar en la política (económica) sin dejar de sentirse "científicos/técnicos de" y sin empezar a sentirse actores "políticos" aunque lo fueran en todo el sentido del término.

La propuesta de los "Chicago Boys", para la política económica que debería recoger la nueva Constitución chilena se recopiló en un documento conocido como "El Ladrillo" que fue puesto a disposición de la Junta y de todos los mandos militares con responsabilidades en el gobierno el día siguiente del golpe militar[155]. Su base es que la libertad individual era el principio de la sociedad y de la economía.

El Estado, en la Constitución chilena, se caracterizaría como un Estado subsidiario, es decir: el Estado se abstiene de intervenir en el mercado permitiendo que él se regule a sí mismo y deja de prestar algunos de los servicios que venía prestando con un papel principal, para convertirse en un Estado que subsidiaría a aquellos que, por falta de su capacidad de compra, no puedan acceder al servicio. El Estado subsidiario "compra" (teóricamente) lo que el usuario no puede comprar, pero no regula el sistema, no lo dirige, simplemente actúa en el mercado como un cliente más en un régimen de relación más propio del derecho privado que de lo público.

---

155 "En mayo de 1973... toma forma definitiva el programa. La dificultad del trabajo está en armonizar puntos de vista diferentes. (…) El hecho es que Emilio Sanfuentes resume en cinco páginas el trabajo y se lo da a Kelly. Este lo pasa al Comandante Troncoso. A contar de entonces los marinos van recibiendo casi hoja por hoja el programa que pulen rápidamente de Castro y Undurraga. El 11 de septiembre de 1973 las fotocopiadoras de la Editorial Lord Cochrane, cuyo presidente es Hernán Cubillos, representante máximo de Agustín Edwards y muy relacionado con varios economistas del Plan, trabajan sin parar imprimiendo ejemplares del extenso documento, familiarmente llamado 'El Ladrillo'. Antes del mediodía del miércoles 12, los Oficiales Generales de las Fuerzas Armadas que ejercen responsabilidades de Gobierno tendrán el Plan encima de sus escritorios..." FONTAINE ALDUNATE, Arturo: Los Economistas y el Presidente Pinochet, Zig-Zag, 1988, citado en la contraportada de: "El ladrillo" Bases de la política económica del gobierno militar chileno. Centro de Estudios Políticos, Santiago, 1992. Para otros, el general Pinochet optó de manera racional, reposada y con conocimiento de causa a favor del modelo de los Chicago Boys luego a analizar otras alternativas, según: SOTO, Ángel; DE LA MAZA, Isabel: "El gobierno militar y el programa de recuperación económica", en:http://www.bicentenariochile.com (Fecha de consulta: julio de 2001). De esto último dudamos basándonos precisamente en el testimonio de Fontaine arriba presentado.

En 1976, se creó un mecanismo de protección de derechos. Este mecanismo constitucional ampara por vía jurídica algunos de los derechos llamados esenciales en la Constitución chilena, pero no todos ellos, creando dos tipos de derechos. Comparando las listas se observa que no son los argumentos de las generaciones de derechos, ni la de los derechos prestacionales, ni la de derechos de libertad los que aparecen como criterio de inclusión/exclusión sino criterios de favorecer un tipo de economía diferente a la economía estatista que hasta el momento venía desarrollando Chile, no sólo con Allende pero sí con más notoriedad durante el gobierno de éste.

Con relación a la exclusión de tal protección al derecho a la salud, la explicación dada en Chile es que la salud es un derecho social[156] y en cuanto social requiere prestaciones del Estado[157], y en cuanto prestacional no es susceptible de exigibilidad por vía constitucional. Es decir, la exigibilidad por vía del recurso constitucional mencionado no es posible para las urgencias médicas pero sí para la elección del sistema de salud al cual afiliarse.

Los seguidores de Hayek, en la materialización chilena, a) contradicen, con la creación de listas diferentes de derechos, la misma teoría al mezclar derechos económicos y de libertad (con lo cual la aparente tensión libertad-igualdad queda en entredicho), y b) invocan deberes estatales para la garantía y protección de derechos económicos (con lo cual se admite el papel interventor del Estado en las acciones de las personas en materia de derechos humanos). Es decir, la coacción (estatal) se justifica sin explorar si tiene algo que le sustente más allá de la deseabilidad que pide Hayek.

---

156 La discusión, no abordada aquí, de la frágil y ya suficientemente desmentida noción de generaciones de derechos, no nos permitiría afirmar que los derechos sociales son sólo y únicamente prestacionales o de igualdad, ni que los derechos civiles y políticos sean sólo de acciones "negativas" por parte del Estado. Lo que se acepta es que hay una carga mayor de elementos prestacionales o de elementos de abstención del Estado, en uno o en otro derecho, entendiendo que cada derecho tiene una "personalidad" propia e independiente de la denominación del Pacto que lo reconoce como derecho en el derecho internacional de los derechos humanos.

157 Esta definición es discutible, incluso a nivel internacional en múltiples reuniones de la ONU (Teherán, 1968 y Viena, 1993) han dado suficientes elementos para desmentirla. En el caso latinoamericano, las ONG de derechos humanos en el "Seminario Internacional: El derecho humano a la salud. Retos del nuevo milenio", Noviembre 2-5 de 1999, realizado Caracas, Venezuela, presentaron conceptualizaciones muy lejanas a considerar la salud como derecho social. En relación con derecho prestacional, sólo subrayamos que tal consideración recorre también otros derechos clásicos sin que por eso se les llame prestacionales (el Estado debe pagar abogados para garantizar la legítima defensa, gasta porcentajes nada despreciables de su presupuesto para garantizar las elecciones y el funcionamiento del sistema electoral, etc.).

Al liberalismo de Hayek, en el que no debe existir un sistema distributivo[158], se opone otro liberalismo, el de John Rawls. Ninguno de los dos autores fusionan ni niegan la tensión igualdad-libertad sino que se diferencian en la forma de salvarlas: Hayek al escoger por la libertad frente al Estado, Rawls, sin renunciar a la libertad ni reivindicar ingenuamente la igualdad, reclama lo que llama unos "mínimos vitales básicos"[159].

El 11 de marzo de 1974, Pinochet leyó dos documentos ("Declaración de Principios" y "Objetivo Nacional"), recogiendo en el segundo las tesis de los Chicago Boys. Los ministros de gobierno y economistas José Piñera y y Miguel Kast ampliaron la lógica del mercado a las áreas de políticas públicas y sociales[160]. En 1979, el gobierno anunció las "siete modernizaciones", siendo una de ellas la modernización en salud. Tales modernizaciones estaban acordes con la futura Constitución, pues ya el Estado, por ejemplo, estaba atado para realizar cualquier actitud coherente con el principio de equidad[161], pues el artículo 19 (22) dice que: "Sólo en virtud de una ley, y siempre que no signifique tal discriminación (arbitraria), se podrán autorizar determinados beneficios directos o indirectos en favor de algún sector, actividad o zona geográfica, o establecer gravámenes especiales que afecten a uno u otras" y con respeto a "la libertad para adquirir el dominio de toda clase de bienes" Art. 19 (23). Basta agregar que en la Constitución de 1980 desaparecen las funciones redistributivas del Estado y se establece una severa reducción a sus poderes presupuestarios[162].

Los supuestos económicos para la implantación del modelo en Chile, respondían a las siguientes consideraciones: "a) una eficiente asignación de recursos es la variable que más contribuye al logro de un alto ritmo de crecimiento económico, b) los mercados libres son el mejor medio para asignar eficientemente los recursos productivos, c) una eficiente asignación de recursos requiere de apertura exterior para que el país en cuestión pueda aprovechar sus ventajas

158 Para Hayek la distribución es el intercambio libre de las personas sin distribución central estatal, pues considera que tal distribución lesiona el orden espontáneo, sin embargo sí cree en un distribuidor central mientras éste sea el mercado. Ver: ESPADA, O*p. cit.*, pp. 58 y 71-77

159 RAWLS, John: *Political liberalism*, Columbia University Press, New York, 1993. Edición consultada: El liberalismo político. Crítica, Barcelona, 1996. Traducción de Antoni Domènech.

160 BAUER, O*p. cit.*, p. 138

161 Se entiende aquí "equidad" como el dar trato igual a los iguales y desigual a los desiguales, lo que implica dar vía libre a la llamada "discriminación positiva", es decir realizar acciones que beneficien a los que están puestos en condiciones de debilidad con respecto al grupo.

162 Ver, en este sentido, el artículo 24 de la Constitución de 1980 que regula la propiedad privada.

comparativas. Especialmente si se trata de un 'país pequeño', d) en última instancia, el crecimiento económico beneficia siempre y necesariamente a todos lo grupos sociales, e) las empresas privadas son siempre más eficientes que las públicas, f) la libertad económica es la base de la libertad política"[163].

A lo largo de esos años, diferentes economistas de la Escuela de Chicago acompañaron el gobierno de la dictadura, no sin tener reparos y contradicciones. Los Chicago Boys apoyados por la Armada de Chile, tuvieron poder dentro del régimen desde el momento del golpe, pero no ingresarían al gabinete ministerial hasta julio de 1974 con Jorge Cauas. El control del grupo sobre el aparato económico se hizo absoluto en 1975, cuando su figura más representativa, Sergio De Castro, fue nombrado Ministro de Economía. En diciembre de 1976, De Castro reemplazaría a Cauas en Hacienda, el ministerio clave del sector económico[164]. El mismo Friedman estuvo allí asesorando a la dictadura.

En 1982 se produce el colapso de uno de los grupos económicos más grandes del país que puso de manifiesto lo extremamente frágil que era tal modelo[165]. Durante el período 1983-1985, a pesar de la fe ciega en la premisa de un Estado no interventor, éste intervino a favor de varios bancos privados evitando su quiebra, bancos que no fueron abandonados a las justas fuerzas del mercado, sino que recibieron subsidios estatales, en este período, equivalentes al 30 por ciento del Producto Interno Bruto. Por ésta y otras acciones, en la que el Estado rescató la economía privada con gran esmero, este período fue conocido burlonamente como "Chicago road to socialism"[166]. Los recursos para la salvación de la crisis financiera llegaron del Fondo Monetario Internacional pero estaban supeditados a que Chile continuara con su política de ajuste económico para el período 1985-1990[167].

Los gobiernos de la transición han hecho más énfasis en la consolidación de la democracia antes que en realizar transformaciones socio-económicas. A pesar de la ausencia de reformas en el modelo económico, en el caso que nos ocupa, la

163 ARRIZABALO, *Op. cit.*, p. 130
164 GAZMURI, *Op. cit.*
165 HIDALGO, *Op. cit.*., pp. 206-207
166 Ver, en general: VALDÉS, *Op. cit.*, pp. 253-280. Ver sobre el apoyo de la dictadura a la banca privada: ARRIZABALO, Op. cit., pp. 156-159; y HIDALGO, Op. cit., pp. 209-212
167 ARRIZABALO, *Op. cit.*, pp. 159-163

transición, luego de examinar el estado en que la dictadura dejó al sector salud, se ha visto obligada a multiplicar por ocho los recursos para el sector público para recuperar (no del todo) la red nacional de salud. Hoy, se dice mucho sobre el éxito del modelo económico chileno y se presenta como un logro; contrario a esto hay voces que muestran que más que milagro, el proceso chileno tiene mucho de quimera, pues la economía chilena es más subdesarrollada al final que al comienzo de la dictadura[168].

[168] Ver, sobre este aspecto: ARRIZABALO, *Op. cit*.

4. La salud en Chile bajo Pinochet

El modelo de salud de los años 1980 en Chile se da en el marco de unas condiciones particulares. Chile rompe su tradición democrática en 1973 con un golpe de Estado y el nuevo régimen da un giro de 180 grados en las políticas sociales que abanderaba el presidente Salvador Allende. Además de estos hechos, confluyen condiciones económicas particulares en la región, agravadas posteriormente con la deuda externa y su imposibilidad de pago que genera una crisis y una posterior negociación de la deuda, dinámica que finalmente lleva al desarrollo de un modelo económico que busca estabilizar los indicadores macro-económicos y "sanear" las economías.

En Chile, el servicio de la deuda externa subió de 20 por ciento (1974) al 57 por ciento (1977), pero para el mismo período la producción industrial por habitante declinó en un 5 por ciento[169]. Si bien, la deuda no generó en Chile la crisis que sí vivieron otros países, es necesario tener en cuenta que la deuda se multiplicó por cinco entre 1973 y 1982[170]. Las medidas implantadas buscaban reducir el tamaño del Estado y privatizar algunos sectores de la economía. En Chile es donde se aplica con más fuerza propuestas neoliberales que afectaron tanto la política y el ejercicio de derechos, como la economía y la prestación de servicios en sectores tradicionalmente protegidos por el Estado, como es el del caso que nos ocupa: la salud.

Se entiende que el Estado tiene la función de "promover y facilitar la operación del mercado, eliminar todos los obstáculos que se le opongan, ofrecer los servicios que el mercado no pueda dar, y corregir algunos de los costos sociales del modelo de mercado"[171]. En esta óptica, el número de empresas estatales pasó de 46 en 1970 a 460 en 1973 (en el modelo de la Unidad Popular, de Allende) y luego de 460 a 23 en 1980. Estas medidas, amparadas en la búsqueda de un mercado competitivo no dieron sus frutos: en 1978, cinco grupos económicos controlaban las 250 empresas más grandes del país[172].

169 FURTADO, Celso: "trasnacionalización y monetarismo", en: MÉNDEZ, *Op. cit.*., p. 136
170 MESA-LAGO, Carmelo: "diversas estrategias frente a la crisis de la seguridad social: enfoques socialista, de mercado y mixto" en: MESA-LAGO, (comp.): La crisis de… *Op. cit.* p. 388
171 *Op. cit.*, p. 386
172 *Op. cit.*, p. 387

4.1. El contexto chileno y la constitución de 1980

Entre 1973 y 1979 también se produjeron transformaciones políticas y organizativas dentro del sector salud como pasos previos a la reforma, pero sólo a partir de la Constitución de 1980, podemos observar una noción de salud acorde con el nuevo modelo. Siguiendo a Bauer, vemos tres tendencias políticas en la formulación de la Constitución Política de 1980: a) nacionalistas autoritarios -llamados también "los duros", b) los economistas neoliberales y c) corporativistas católicos, principalmente abogados, de corte gremialista[173].

Los duros consideraban que la Constitución de 1925 era demasiado permisiva en lo político, lo que habría permitido el crecimiento de movimientos radicales y el posterior triunfo de la Unidad Popular; a diferencia de aquella, la Constitución de 1980 está construida desde el principio de la "democracia protegida" con lo cual se garantizaría unos límites para el ejercicio de la política[174]. Por su parte, los economistas neoliberales plantean la formulación del "Estado subsidiario", idea dentro de la cual el Estado debería delegar en niveles descentralizados los deberes de satisfacer necesidades sociales, a su vez que se limitaba tanto los niveles de gasto en estos servicios como la regulación estatal de los mismos[175].

Por último, los gremialistas, que originalmente fue un grupo de jóvenes de derecha formados en la Universidad Católica y dirigidos por el entonces estudiante Jaime Guzmán, un conservador devoto y crítico de la democracia liberal. Bajo el discurso del apoliticismo, sostuvieron en un comienzo ideas próximas al franquismo de la primera época, para desembocar en la idea de una 'democracia protegida'. "Serían el núcleo político pensante del régimen militar y estarían tras la Constitución de 1980". Entre ellos se reclutó la segunda generación de 'Chicago Boys', que pasaron a apoyar firmemente el ordenamiento liberal, ayudando a imponerlo como proyecto económico oficial después de 1975[176].

---

173 BAUER, Carl: "Chile: derecho y economía en la Constitución de 1980", en: *El otro derecho, núm.* 24 (Bogotá, agosto de 2000), p. 133

174 Las Fuerzas Armadas están dotadas de deber de "garantizar el orden constitucional", para lo cual podría incluso intervenir legalmente un gobierno civil a través del Consejo de Seguridad Nacional. Ver: BAUER, Op. cit., pp. 134 y 135

175 El Estado subdidiario, estaría encarnado en los artículos 1, y 19, del numeral 21 al 26. BAUER, *Op. cit.*, pp. 136 y 139. Además, está en coherencia con las posturas de Hayek.

176 GAZMURI, Cristian: "El lugar de Pinochet en la historia. Una interpretación política de la experiencia autoritaria. 1973 - 1990". La Tercera, Santiago de Chile, 12 de septiembre de 1999

Los gremialistas marcaron su modelo de Estado en la Constitución (artículo 1): "El Estado reconoce y ampara a los grupos intermedios a través de los cuales se organiza y estructura la sociedad y les garantiza la adecuada autonomía para cumplir sus propios fines específicos". Esta noción del Estado de los gremialistas, coincide plenamente con lo dicho sobre el Estado subsidiario formando un mismo discurso.

No sobra matizar que la Constitución chilena, como todas las Constituciones, no es ajena a su momento histórico ni a quienes la redactaron, pero creemos que no por eso es menos determinante en el análisis de las leyes de salud que le siguieron, sino precisamente por lo mismo fue más influyente. Llama la atención, por ejemplo, la ausencia de conceptos como "derechos fundamentales" o "derechos humanos" en el texto constitucional[177], prefiriendo la noción de "derechos esenciales"[178].

A manera de ejemplo de un nuevo lenguaje, la Constitución de Pinochet determina hasta el detalle la penalización del terrorismo, más propio de un Código Penal[179], pero muestra reticencias para precisar otros aspectos. Y aunque las dictaduras viven de su demostración de fuerza (por encima y por fuera de la norma) llama la atención que en los militares golpistas latinoamericanos hay una preocupación marcada por aparecer "dentro" de la norma[180], prueba de ello es el que uno de sus primeras medidas es expedir normas que hagan legal su acción golpista[181]. Por eso, aún bajo una dictadura, el examen de la Constitución no representa un hecho baladí.

---

177 Hay una única salvedad, que curiosamente ubica a los derechos humanos del lado contrario a las exigencias del Estado y los coloca como obligación frente a los particulares: "El terrorismo, en cualquiera de sus formas, es por esencia contrario a los derechos humanos" (art. 9, Constitución de Chile de 1980).

178 Esta consideración de derecho esenciales esta en coherencia con el derecho cercano a lo natural que alimenta el pensamiento de Hayek.

179 Ver el artículo 9, Constitución Política de Chile.

180 "Los militares no sólo no son reconocidos como impunes por los gobiernos democráticos; además se sienten a sí mismos impunes al considerarse apóstoles de la paz y el orden". WETTSEIN, Germán: "Los impunes, una minoría peligrosa" *Nueva Sociedad, núm.* 111 (Caracas, 1991), p. 162

181 El gobierno de Pinochet justificaba así su acción: "Nadie discute que el gobierno de Allende fue legítimo en su origen (…) pero perdió esa legitimidad durante el transcurso de su ejercicio al distanciarse tan grave y reiteradamente de la Constitución, que el orden institucional chileno quedó prácticamente destruido", en: GOBIERNO DE CHILE: *Algunos fundamentos de la intervención militar en Chile, septiembre de 1973*. Editora Nacional Gabriela Mistral, Santiago, 1974, pp. 9 y 10

En general, las dictaduras del cono sur tuvieron un doble carácter, por un lado la contención del comunismo y, por otro, una motivación "fundacional" de reorganización de la sociedad sobre nuevas bases. El golpe chileno fue el que tuvo un mayor componente fundacional articulado en dos componentes: a) la figura del dictador, y b) un núcleo tecnocrático. Los militares carecían de una propuesta política tangible y los economistas carecían del poder político para imponer su propuesta económica, lo demás fue, en parte, una coincidencia histórica[182]. Según Paramio:

> *"(Es) una nueva versión del proyecto refundacional en la que el primer paso es el exterminio físico de la oposición marxista para erradicar el mal de raíz, y el segundo la supresión de la intervención del Estado en la economía para eliminar el entrelazamiento entre política y mercado. La privatización de las empresas públicas, la eliminación de subsidios y de todo tipo de política social que pueda dar origen a demandas económicas al Estado, permitirán que la lógica del mercado sea la única que actúe en la esfera económica, evitando la distorsión y la ineficiencia de ésta por la lógica electoral o populista. Eliminados tanto los mecanismos como los protagonistas del proyecto históricamente erróneo, será posible que las cosas vuelvan a su orden natural"*[183].

Así, el gobierno instaurado por el golpe militar adoptó, desde su comienzo, políticas económicas a favor de la propiedad privada, la empresa, el libre mercado, redujo el rol del Estado en la planificación económica y en la prestación de servicios sociales. Estas medidas tuvieron un reflejo en la Constitución Política que siete años después establecería la dictadura. La Constitución chilena no desarrolla, de manera explícita, un planteamiento económico, sin embargo sí tiene elementos que permitieron y posibilitaron la aplicación de medidas económicas compatibles con las recomendaciones de los asesores económicos de la dictadura. Según Bauer "La Constitución de 1980 no exige explícitamente una economía de libre mercado; en cambio apunta a asegurar las condiciones legales, políticas y sociales necesarias para el desarrollo de dicha economía"[184].

---

182 HIDALGO, Paulo: "La transición a la democracia: aspectos teóricos y análisis de la situación chilena" en: *Revista del Centro de Estudios Constitucionales, núm.* 11 (Madrid, ene-abr. 1999), pp. 203-204

183 PARAMIO, Ludolfo: "Tiempos del golpismo latinoamericano" Unidad de Políticas Comparadas (CSIC). Documento de Trabajo 01-02. En: http://www.iesam.csic.es/doctrab2/dt-0102.htm (Fecha de consulta: junio de 2001)

184 Para más detalles, ver el muy documentado artículo de: BAUER, Op. cit., p. 142, y en general: pp. 125-158

4.2. La salud en el constitucionalismo chileno

Como antecedentes constitucionales con relación a la salud, no es gratuito que, según Bertelsen, ésta se enfoca como parte de la seguridad nacional, tal como fue concebida en la misma génesis de la Constitución de 1980[185]. Esta idea se alimenta de una concepción policial de los problemas de salud, al punto que en la Constitución de 1818 se habla de la "policía de socorro y beneficencia" (art. 58,9), la Constitución de 1928 habla de la "policía de salubridad" (art. 114, 8 y 122,2 y 6), y la Constitución de 1833 repite ésta última fórmula (art. 128).

La Constitución de 1925, incluye el derecho a la salud como parte de, o en relación con, el derecho al trabajo: "Es deber del Estado velar por la salud pública y el bienestar higiénico del país Deberá destinarse cada año una cantidad de dinero suficiente para mantener un servicio nacional de salubridad"[186]. Luego del golpe militar de 1973, ante el vacío constitucional, se proclamaron la Actas Constitucionales (1976), de ellas, la número tres tiene por epígrafe: "De los derechos y deberes constitucionales"[187], la cual dice en su art. 1, numeral 19:

> *"El derecho a la salud. El Estado asume la responsabilidad de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y rehabilitación del individuo. Le corresponderá, así mismo, la coordinación y control de las acciones integradas en salud. Es deber preferente del Estado la ejecución de acciones de salud, sin perjuicio de la libre iniciativa particular en la forma y condiciones que determine la ley".*

Pero, la Constitución chilena, aprobada por plebiscito el 11 de septiembre de 1980 y que entró en vigor en marzo de 1981, definió de la siguiente manera el derecho a la salud:

> "*El derecho a la protección de la salud. El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, así mismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Es deber preferente del Estado*

185 BERTELSEN REPETTO, Raúl: "Chile", en: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD / ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: El derecho a la salud en las Américas. Estudio constitucional comparado. Washington, 1989, p. 194

186 Art,10 (14) inciso 4, Constitución Política de Chile

187 Decreto-Ley número 1.552, publicado en el Diario Oficial No. 29.558-A, septiembre 13 de 1976

garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado" (art. 19,9).

Los textos finales a tener en cuenta para nuestro análisis, son: a) las Actas Constitucionales de 1976 y b) la Constitución de 1980 (a la cual las Actas sirvieron de base conceptual); entre un texto y otro, se cambió hacia una concepción menos estatista[188]:

a) La noción de "derecho a la salud" por "derecho a la protección de la salud". A partir de considerar la salud como algo casi "intangible" o "indefinible" se plantea proteger el derecho al medio (el servicio) antes que el derecho al fin (la salud). Nosotros, preferimos hablar del derecho a la salud porque: a) salud es el bien jurídico que se busca proteger y el servicio es un medio, y b) por coherencia con otras definiciones, pues nadie habla del derecho al servicio electoral sino del derecho al sufragio, y la salud, para nosotros, no es un derecho menor dentro del universo de los derechos humanos. En el caso chileno se dijo que "Nadie tiene derecho a la salud, pues ese derecho no se le puede reclamar a nadie. Prueba de ello es el hecho de que repentinamente las personas se enferman y se mueren y, por cierto, ese derecho lo pierden sin que nadie lo haya quebrantado"[189]. Sin embargo, las personas también mueren y nadie habla del "derecho a la protección de la vida" sino del "derecho a la vida", entendiendo que no toda muerte vulnera el derecho, como se puede entender (si hay la voluntad política) que no toda circunstancia relacionada con la enfermedad vulnera el derecho a la salud. Un último elemento es que la anterior cita muestra por un lado, el desconocimiento del entorno social y económico en la génesis de las enfermedades[190] y a la vez un deseo por colocar a la salud en el entorno de lo natural y por lo tanto lejos de las acciones y de las responsabilidades humanas.

188 Algunos de los elementos de estas críticas, independiente de sí los autores los enfocan o no de la manera aquí presentada, son tomadas de: VERDUGO, Op. cit., pp. 207-210; y de: BERTELSEN, O*p. cit*., pp. 192-199

189 en: Actas Oficiales de la Comisión Constituyente, Santiago, 1977, sesión 190, p.11, citado en: BERTELSEN,O*p. cit*., p. 195

190 Compatible con lo ya expuesto sobre Hayek. Para esta génesis, ver: SALLERAS SANMARTIN, L: "La salud y sus determinantes" *Anthropos, núm*. 118-119 (Barcelona, mar-abr. 1991), pp. 32-39

b). La expresión "El Estado protege el libre e igualitario acceso" fue entendida como la primordial (por no decir única) obligación estatal y a su vez ésta se entendió como el derecho a la selección de prestadores de servicios de salud, al punto que tal derecho sí aparece exigible (aunque, luego, tampoco está garantizado).

c) Se cambió la expresión "es deber preferente del Estado la ejecución de las acciones de salud", por "Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud", con lo cual descentra el servicio estatal de la ejecución de servicios hacia un papel regulador del servicio (garantizar tales acciones, pero no necesariamente realizarlas de manera preferente), cosa que, en principio, no es necesariamente perjudicial.

d) Se pasa de "sin perjuicio de la libre iniciativa particular en la forma y condiciones que determine la ley" a decir: "sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas".

e) Se anexa, el sometimiento de la forma y condiciones de prestación del servicio a la ley, autorizando a esta a que "podrá establecer cotizaciones obligatorias". Estas dos figuras implican, la continuación del sometimiento del servicio a la norma y la incorporación constitucional de los modelos de cotización obligatoria, modelo que se vuelve una constante en la región, con elementos de discusión.

f) El derecho empieza a precisarse, principalmente, en la libertad de elección del proveedor de tales servicios ("cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado").

g) Además de lo dicho, llama la atención que el Consejo de Estado eliminó del borrador constitucional un párrafo final que rezaba: "Todo sistema de salud deberá someterse a las normas legales correspondientes"[191]. Por último, vale resaltar que la Constitución de 1980 no retoma la noción de "servicio nacional de salud" que sí aparece en la Constitución de 1925.

[191] Citado en: BERTELSEN, *Op. cit.*, p. 193

4.3. Las bases de la reforma

El modelo puede presentarse como la sumatoria de tres procesos consecutivos: a) la simple reducción del presupuesto público para el sector, desde el mismo año del golpe militar, b) la reforma administrativa, en 1979, y c) la privatización a partir de 1981 y normatizada en 1985. Si bien es cierto que la constitución citada es de 1980 y la ley de salud de 1985, no es menos cierto que la política de la Junta Militar no varió con las normas sino que busco legitimar con ellas políticas que, bien o mal, ya se venían dando desde 1973.

Varias políticas, instituciones y normas, sirvieron de base a la reforma de 1985, que ya era evaluada muy críticamente en sus inicios previendo el futuro que podría generar profundizar en la vía neoliberal[192]. Mientras un rápido repaso por el modelo chileno, desde 1925 hasta el gobierno de Allende, se caracterizó por estar orientado hacia necesidades y tener estructuras participativas[193] y fue considerado como ejemplar para la región[194]; los primeros pasos de las reformas se redujeron a la elaboración de recomendaciones técnicas, con pocos convocados y mucho secretismo, y la exclusión de la Directiva Nacional del Colegio Médico de los organismos de toma de decisiones; esta última medida estuvo facilitada por la política general de represión sindical. Otra medida fue dictar un Decreto con Fuerza de Ley que "eliminó la necesidad de pertenecer y de ser autorizado por los Colegios Profesionales para optar a cargos de la administración pública y en los organismos universitarios y autónomos"[195]. El mismo Consejo Nacional de Salud (donde tenían representación usuarios y proveedores de servicios) fue eliminado.

Algunos pasos apuntaban a alimentar un determinado contexto, a crear un ambiente que "justificara" un cambio en las políticas de salud, dentro de una noción técnica. Los argumentos que se esgrimían podían ser ciertos, falsos o

---

192 Por ejemplo, REQUENA-BIQUET, Mariano: *Análisis preliminar sobre la política social en Chile, 1979*. (Background paper for the Workshop: "Six Years of the Military Rule in Chile", sponsored by the Latinoamerican Program of the Woodrow Wilson International Center fos Scholars. Smithsonian Institution, Washington DC, May 15-17, 1980).

193 REQUENA-BIQUET, Op. cit., pp. 2-3

194 El sistema, a pesar de problemas, fue tomado como ejemplo en la región por su tamaño, eficiencia y ausencia de corrupción. Ver: POLASKY Sandra:: *Labour and social dimensions of privatization and restructuring,* International Labour Office, en:http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/papers/healthca/health1.htm diciembre de 2000, apartado 4: "Privatization of health care in Chile" (Fecha de consulta: junio de 2001)

195 REQUENA-BIQUET, Op. cit., pp. 12-13. En el mismo sentido se pronuncia: BORZUTZKI, Silvia: *Chilean Politics and social security policies*. University of Pittsburgh, 1983, pp. 339-340

exagerados, ese no es el debate; el debate es la forma como se articulan de manera que produzcan los efectos deseados de justificación del cambio, su interacción discursiva[196]. Por ejemplo, es obvio que las crisis hospitalarias en América Latina tienen un componente administrativo en su génesis y desarrollo, pero exagerar esta variable, sobre-dimensionarla, permite presentar problemas, que desbordan las posibilidades mismas de la administración sanitaria, como una simple falla en la gestión y además permite desviar la atención sobre otra eventual y más importante causa: problemas de equidad, presupuestarios o políticas de personal, etc.

En esto encajó con el desprestigio de lo público a favor de lo privado[197], la insistencia en la necesidad de tecnificar la administración de los hospitales y dotarlos de nuevos elementos gerenciales, el respaldo a los seguros de salud privados, en la necesidad de reformular (léase flexibilizar) las relaciones laborales[198] y en la correspondiente satanización de todo lo sindical ligando toda noción de buena medicina al rendimiento en términos de eficiencia. Por otro lado, el énfasis en realidades como las largas filas ó la deficiente calidad en los servicios (sin contextualizar sus causas), permite ahondar en un consenso social (o por lo menos una mirada menos censurable) que legitime las medidas -esperadas, por demás- contra el sistema ineficiente.

Criterios obvios (como morbilidad y mortalidad) para el personal de salud en la formulación de políticas públicas se volvieron menos determinantes y surgió un nuevo norte en la lógica de los servicios: la relación costo-eficacia, otorgando un papel al sector privado representado principalmente en grupos financieros

196 Ver: MONTESINOS BELMAR, Néstor: "Chile", en: GOMEZ, Op. cit., pp. 219-227. Y a modo de ejemplo del debate sobre el discurso y su poder, ver: GARCIA CANCLINI, Nestor: C*ulturas hibridas. Estrategias para entrar y salir de la modernidad*. Grijalbo, México, 1990; FOUCAULT, Michel. "El sujeto y el poder". Revista Mexicana de Sociología, núm. 3/88 (México, DF, 1988) pp. 3-20; y del mismo autor: *Microfísica del poder.* Ediciones La Piqueta, Madrid, 1979

197 SEPULVEDA, O*p. cit.*, pp. 140-144

198 El Decreto con Fuerza de Ley 2575 de 1979, elimina los aranceles mínimos establecidos para el personal de salud, posibilitando la oferta aún más bajo de honorarios y sueldos, en un contexto de aumento de paro entre los trabajadores.

nacionales e internacionales[199] y en la industria farmacéutica[200]. A pesar de la búsqueda de eficacia, tal meta no impide el encarecimiento de los servicios de salud como tendencia[201], lo que ahonda aún más la necesidad de racionalizar el gasto. Requena-Bichet, presagiaba ya en 1979: "es muy probable que se pretenda manejar las decisiones de salud en función de ir traspasando el control económico del sector estatal solidario a los procesos económicos monopolistas individualistas"[202].

La ley por la cual el gobierno organiza el sistema de salud es la 18.469 de 1985, promulgada para regular "el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un Régimen de Prestaciones de Salud"[203]. El ejercicio del derecho a la salud, en la citada ley se limita a desarrollar dos aspectos: a) el acceso a servicios médicos, y b) la libertad para elegir entre un sistema público y un sistema privado de servicios (acorde el mandato constitucional). Frente a lo primero, preocupa que subraya un modelo eminentemente asistencialista de la salud, dejando por fuera aspectos relacionados con la prevención en salud y las actividades que se desarrollan desde otros campos no médicos[204], con lo

199 Tal ingreso se hace a través, por un lado, de seguros de salud (ver nota supra), y por otro por la oferta directa de servicios a través de servicios de medicina privada o mediante la apropiación de servicios hasta ahora públicos. Estas empresas "prueban su capacidad y se adentran en el sector logrando que el Ministerio de Salud Pública les traspase áreas enteras del Servicio Nacional de Salud y hospitales importantes, junto, desde luego, con los fondos correspondientes". REQUENA-BIQUET, O*p. cit.*, p. 5

200 Según Requena-Bichet, en 1979, la industria farmacéutica controla por lo menos un tercio del gasto de salud en el país. REQUENA-BIQUET, Op. cit., p. 13

201 La llamada "medicina defensiva" es una expresión de uso común para designar las prácticas médicas exageradamente costosas en las que priman los análisis y las pruebas de laboratorio de alta complejidad, antes que el análisis clínico, para evitar cometer errores diagnósticos susceptibles de ser objeto de acción legal por parte del paciente, lógica dentro de la cual la relación médico-paciente se vuelve relación potencial demandado / potencial demandante, y donde los costos de la asistencia sanitaria se disparan a niveles incomprensibles, como sucede en los Estados Unidos. Según la revista *Time* (mayo 28 de 1979), el gasto en salud subió 429 por ciento, entre 1965 y 1979

202 REQUENA-BIQUET, O*p. cit.*, p. 9

203 En este lugar se hace la presentación del texto de la ley de manera formal, dejando para luego los comentarios y el análisis del texto y algunas de sus consecuencias.

204 Según el Ministerio de Salud de Canadá, en un famoso informe, hay cuatro factores determinantes principales de la salud son: a) el medio ambiente, b) el estilo de vida, c) la biología humana, y d) el sistema de asistencia sanitaria. Una última precisión en esta línea es la invitación a evitar la lectura fácil que iguala lo médico a lo asistencial, lo biológico con lo médico, o lo preventivo con lo no médico, siendo éste un debate que, por lo menos, requiere precisión conceptual como punto de partida. Ver: LALONDE, M: *A new Perspective on the Health of Canadians Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare*, 1974. Citado en: SALLERAS, O*p. cit.*, pp. 34-35

cual se hace, en extremo, "clínico" el proceso salud-enfermedad. Sólo hay una leve mención al medio ambiente (en el art. 10, Ley 18469), pero supeditada a reglamentación ministerial.

4.3.1. En lo organizativo

El objetivo de la re-organización del sistema buscaba "separar las líneas normativas, ejecutivas y financiera y, además, descentralizar la administración del Sector (salud), manteniéndose en el Ministerio de Salud la responsabilidad de dictar normas, de evaluar y de controlar"[205], con lo cual las otras funciones (financiera y de ejecución de programas) quedaban fuera de las competencias del Estado. Incluso, el control se da, formalmente, mucho después, pues un mecanismo de supervisión (la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional), es creado sólo hasta 1990.

La municipalización de servicios se dio a la par con un recorte del presupuesto central que fue suplido, en parte, por los mismos municipios. Estudios posteriores de este proceso, han mostrado un desequilibrio en la distribución de los recursos entre municipios pues el Ministerio de Salud dió más recursos precisamente a aquellos municipios que ya tenían un mejor nivel per capita para gastos en salud, lo que afectó aún más a los municipios pobres[206].

Con relación a los sistemas público y privado en salud, según Fleury, "básicamente, cada sistema tiene su propia cobertura, mecanismo financiero, estructura organizativa y red de suministro" y generando entre los dos "la segmentación, la desigualdad, el riesgo y la selección negativa"[207]. Los programas de promoción de salud y prevención de la enfermedad, los programas de vacunación, la educación sanitaria, más asistencia a los no asegurados (y a todos los rechazados del sistema

---

205 Definición institucional del proceso según el mismo Ministerio, ver: MONTESINOS, *Op. cit.*, p. 218

206 STEWART, Frances; RANIS, Gustav: Descentralization in Chile (ocasional paper, núm. 14), UNDP, en Web page:http://www.undp.org/hdro/oc14b.htm, 1994, Fecha de consulta: diciembre de 2000

207 FLEURY, Sonia: "¿Universal, dual o plural? Modelos y dilemas de atención de la salud en América Latina". Multicopiado, Fundación Getulio Vargas, Rio de Janiero, (sin fecha), p. 14. En el mismo sentido, ver: SÁNCHEZ, Héctor: "La reforma al sistema de salud en Chile: una evaluación", en: *Salutad núm. 2* (Bogotá, agosto de 1997), p. 46

privado[208]), son responsabilidad de lo público y así, paradójicamente, su ventaja en el derecho significa su desventaja competitiva en el mercado, en términos de costos globales por la división de actividades.

Es pues, impreciso, hablar de un sistema dual (público-privado) por cuanto el sistema público subsidia al sistema privado. ¿Por qué dejar los deberes estatales también como obligación de las Isapre?, porque "el Estado debe asumir directamente solo aquellas actividades o tareas de bien común o aquellas donde el sector privado no demuestra interés. (…El seguro público) en estricto rigor, sólo es competencia en aquellos grupos de población de bajos ingresos"[209].

Preocupa además la contradicción entre: a) un modelo de descentralización impulsado en todo el país, y b) la política de concentración de recursos del Fondo Nacional de Salud, con lo cual la descentralización queda incompleta. Uno de los argumentos usado por el Ministerio es que la compra centralizada (en la central de abastecimientos) "permite abaratar costos al realizar compras por volumen y de acuerdo a propuestas públicas nacionales e internacionales"[210], argumento que es altamente discutible[211].

Volviendo al sistema, hay que subrayar que en los primeros años, el crecimiento de las Isapre fue lento pero, en parte, por la severa recesión 1982-1983, acompañada de caída del valor del salario real y una alta tasa de desempleo[212]. A finales de 1986, un año después de la ley citada, había 17 Isapre, de las cuales 10 eran abiertas y 7 eran cerradas (que aceptan sólo trabajadores de una determinada empresa)[213]. Si uno de los objetivos del modelo era propiciar

---

208 Por ejemplo, para la cobertura de las llamadas enfermedades catastróficas, las Isapre establecen copagos muy altos y tales pacientes terminan trasladándose al sistema público, con lo cual se hace una selección adversa de pacientes (o selección negativa) y el Estado se convierte no en un sistema subsidiario a las personas sino subsidiario de las empresas privadas.

209 OYANEDER, Roberto; RIVEROS, Luis: "El sistema nacional chileno", en: *Salutad núm. 2* (Bogotá, agosto de 1997), pp. 38-39

210 MONTESINOS, *Op. cit.*, p. 223

211 Un estudio posterior sobre el sistema de abastecimiento de servicios de salud en Chile, mostró que un proceso descentralizado era más flexible, más rápido y asertivo. CARIKËO MONTOYA, Jorge: "El análisis de la reforma del sistema de abastecimiento del sector salud en Chile" Texto en DPF disponible en: http://wbln0018.wordbank.org/external/lac/lac.nsf (fecha de consulta: febrero de 2002)

212 POLASKY, *Op. cit.*, apartado 4: "Privatization of health care in Chile". Chile tenía como pauta histórica un desempleo del 6 por ciento y entre 1974-1987 la tasa promedio subió a 20 por ciento. HIDALGO, *Op. cit.*, p. 213

213 MONTESINOS, *Op. cit.*, pp. 219-220

la competencia mediante las leyes del mercado, éste no es posible debido a la formación de oligopolios. En 1990, las 6 Isapre más grandes controlaban el 85 por ciento del mercado de salud privada, y en 1995 seguían controlando casi el 81 por ciento[214].

4.3.2. En lo financiero

La lógica del sistema implica una lógica definida de financiación, precisada para el sector público en una gama delimitada de fuentes, dentro de las que destacan los recursos que provea el Fondo (que está centralizado) y la venta de servicios que hace el hospital (copagos y pago por servicios a no beneficiarios con capacidad de pago). La distribución de recursos desde el nivel central, a pesar del cambio en el sistema, siguió efectuándose bajo el poco claro criterio de la "tendencia histórica".

Antes de aplicar las normas ya se venía dando una disminución importante en los aportes que el Estado hacía al sistema nacional de salud. El aporte estatal pasó de 7.813 millones en 1973, a 5.070 millones en 1975, lo que significaba ya: a) un desabastecimiento de los hospitales, un deterioro en su funcionamiento y una caída en el número de horas/médico, con las consecuencias de represamiento de pacientes[215] y b) una búsqueda de recursos a través de la venta de servicios, lo que produce, en la práctica, la selección adversa de pacientes o un sesgo en la calidad misma de la asistencia dependiendo de la capacidad de pago. Esto, en un ambiente de desprestigio a lo público, (en el que se asoció la calidad a lo privado) justificó la entrega de los recursos financieros a entes privados para su administración: las Isapre.

El Estado, una vez centra la financiación en el usuario y absuelve a los empresarios de sus históricas cuotas, empieza el camino de recorte progresivo de su parte. Luego de diez años del inicio de la reforma, en 1990, había una reducción significativa de la contribución fiscal al sector público de salud[216]. Los gastos estatales en salud fueron reducidos en 15 por ciento durante 1974 y en un 22 por ciento adicional durante 1975[217].

214 POLASKY, *Op. cit.*, apartado 4: "Privatization of health care in Chile".
215 REQUENA-BIQUET, *Op. cit.*, p. 14
216 BAEZA, Cristian: "Taking Stock of Health Sector Reform in Latin America", en: FLEURY, Sonia: "¿Universal, dual o plural? Modelos y dilemas de atención de la salud en América Latina". Multicopiado, Fundación Getulio Vargas, Rio de Janiero, (sin fecha), p. 14
217 POLASKY, *Op. cit.*, apartado 4: "Privatization of health care in Chile".

En el caso de los hospitales además de los recursos limitados, su uso ineficiente aumentaba el impacto negativo: "en los ochenta del total, un 98 por ciento eran gastos corrientes y únicamente un 2 por ciento se destinaba a la inversión". Esto generó un deterioro en servicios médicos -incluso en áreas críticas como neonatología-, y en servicios auxiliares como sistemas de información, calefacción, cocina, lavandería y bodegas, lo que significó: a), la reducción en un 20 por ciento el uso del número de camas instaladas, y b) aumentó las estadías hospitalarias promedio[218], distribución (gastos/inversión) difícil de cambiar en una dinámica de cubrir los gastos del día a día. Vale subrayar que tal reducción no se traduce en un cambio inmediato de la oferta de servicios sino que tiene un efecto acumulativo, a largo plazo, afectando principalmente la inversión[219].

Las Isapre, por su parte, reciben el pago de la cotización del empleado y lo gestionan comprando servicios de salud a terceros o mediante su prestación directa. Además, según los términos del contrato, las Isapre podrán cobrar aportes adicionales, con lo cual las patologías no cubiertas en el contrato (obviamente, las más costosas) deberán ser compradas mediante el pago de servicios adicionales. Además, las compañías de seguro privado establecieron un costo prima con una base selectiva, y como no hay un sistema colectivo (sino individual de contratación de servicios) la prima para las personas viejas y las enfermas es impagable para la mayoría[220].

El Estado, dentro de la idea de estimular la inversión privada en el área de la salud, estableció una serie de exenciones tributarias: por ejemplo, la cotización está exenta de IVA, al igual que las prestaciones de salud que la misma Isapre compre al sub-sistema privado. Existen además subsidios del Estado a las personas que ingresan al sistema privado, de tal suerte que el empleador puede pagar a nombre del trabajador a una Isapre y descontarlo totalmente de los impuestos que debe pagar[221].

Los dos sistemas dedican en promedio cantidades diferentes, per capita, para la asistencia de las personas. El sector público destinaba, aproximadamente 65 USD, en 1990, (58 por ciento proveniente de cotizaciones) y el sector privado 250 USD (90 por ciento proveniente de cotizaciones y 10 por ciento de subsidios

218 Ver: SOJO, Ana: "Reforma de gestión en la salud pública de Chile" en: *Serie Políticas Sociales, núm. 13*, Santiago de Chile, Cepal, 1996, p. 8
219 BORZUTZKI, O*p. cit.*, pp. 336
220 FLEURY, O*p. cit.*, p. 14
221 SÁNCHEZ, O*p. cit..*, p. 45

estatales). Gracias a las inversiones en salud realizadas por la transición, el sector público pudo ascender a 221 USD, en 1997, mientras el sector privado gastó 341 USD per capita.[222], lo que se traduce en calidad del servicio.

En 1990, las Isapre recibieron el 45,5 por ciento de todos los gastos en cuidados de salud, pero proveyeron de servicios sólo al 15 por ciento de la población.[223] Según la Cepal, en 1991, los seguros privados lograron una cobertura cercana al 19 por ciento de la población y consumiendo el 50 por ciento del gasto total en salud, suponiéndose entonces que el restante 81 por ciento de la población debe resolver sus problemas de salud con el otro 50 por ciento del gasto, sin incluir las claras diferencias de vulnerabilidad en salud entre los dos grupos poblacionales[224]. En 1994, las Isapre recibían casi un 70 por ciento de las cotizaciones y sin embargo, por los mecanismos de selección adversa, sólo cubría un 26 por ciento de la población beneficiaria[225]. Esto permite una calidad de servicios mayor por parte del servicio privado produciendo el llamado "efecto espejo"[226], lo que aumenta una demanda por los servicios privados, pero éstos cuentan con los mecanismos para seleccionar sus beneficiarios.

Los datos anteriores muestran una diferencia que no sólo tiene manifestaciones en las condiciones de "hotelería" hospitalaria, de lujos o de servicios accesorios prescindibles (como algunas veces se intenta mostrar) sino que tienen impacto directo en la elección de tratamientos, el uso de tecnología, realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, etc. Si tal cosa no fuera cierta, no podría explicarse las medidas económicas tomadas por los gobiernos de la transición para recuperar la red pública de salud.

---

222 FLEURY, *Op. cit.*, p. 14. En el caso de la educación, con el mismo contexto, la relación de inversión per capita entre un colegio privado y uno público era de 10 a 1. Ver: HIDALGO, *Op. cit.*, p. 212

223 POLASKY, Op. cit., apartado 4: "Privatization of health care in Chile".

224 CEPAL: *Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe*, Santiago de Chile, 1994, citado en: FLEURY, Op. cit., p. 15

225 SEPÚLVEDA, *Op. cit.*, p. 142

226 Se llama así a los procesos de comparación, desde los usuarios, de la calidad del servicio público y privado, efecto que en nada repara en el problema de la disponibilidad presupuestal. Ver: SÁNCHEZ, *Op. cit.*, p. 46

4.4. La reforma por dentro

4.4.1. Afiliados y beneficiarios

Afiliado es el titular ante el servicio de salud que paga una cotización. La ley considera que son afiliados al régimen (art. 5, Ley 18469): a) los trabajadores dependientes de los sectores público y privado, b) los trabajadores independientes que coticen en cualquier régimen legal de previsión, y c) los que reciben pensión previsional o subsidio por incapacidad o cesantía. Y se considera como "beneficiarios", además de los afiliados de los cuales dependen aquellos (art. 6, Ley 18469), los que reciban asignación familiar de afiliados, pensionados y personas con subsidio (tanto de trabajadores dependientes como independientes), las mujeres embarazadas, los niños hasta los seis años de edad y los indigentes. Así queda un delimitado universo de personas: los que aportan directamente la cotización y los que se benefician de la cotización de un tercero en cuanto familiares.

Queda sin definir el caso de las personas que no cotizan al sistema, tales como trabajadores informales (en aumento, en los países con procesos neoliberales en curso), subempleados, personas que realizan todo tipo de actividades que no incluyen la cobertura de la seguridad social y personas desempleadas. Es decir, el modelo pregunta por el que aporta, no por el que necesita el servicio de salud.

Según la ley, los no beneficiarios tienen un régimen especial[227], pero no están exentos de pago (art. 28 de la ley 18469). El Decreto Ley 2763[228], que es el que reorganiza todas las estructuras del sistema público de salud, determina que el Fondo Nacional de Salud pagaría a los servicios locales de salud (art. 24) por la atención de las personas no beneficiarias (indigentes y desempleados). El problema es la aplicación de esa norma (atender a los no beneficiarios) vs. el recorte progresivo de los aportes del Estado a la salud (ver infra), en un contexto de pobreza, indigencia y desempleo creciente.

---

227 Según el art. 16 de la ley 18469, tal régimen estaría desarrollado en el Decreto Ley 2763 de1979

228 Es el decreto Ley que "reorganiza el Ministerio de Salud y crea los servicios de salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública de Chile y a Central de abastecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud".

4.4.2. Instituciones Prestadoras

Se entiende que "integran el sector salud todas las personas, naturales o jurídicas, de derecho público o privado, que realicen o contribuyan a la ejecución de las acciones (…) de promoción, protección, y recuperación de la salud y rehabilitación de la persona enferma" (arts. 1 y 2, Decreto Ley 2763). Estas a su vez se dividen en unos prestadores públicos, y unos prestadores privados. La red pública reorganiza su estructura y descentraliza los servicios, de tal suerte que la oferta depende ahora de las autoridades locales de salud. Y el sector privado quedaría organizado en: a) las consultas particulares, b) las Instituciones de Salud Previsional, Isapre, y c) los hospitales privados[229].

Con estas estructuras, el gobierno pone en marcha el modelo garantizando el derecho que reconocía la constitución (libre elección del proveedor de servicios) y, en teoría, genera una competencia dentro del sector privado de la salud y a su vez de éste con el sector público.

4.4.3. Ingreso

El ingreso está determinado en primer lugar por la cotización, la cual depende de la vinculación laboral, del pago de la cotización como trabajador independiente, la condición de familiares de éstos y/o por el pago directo en el momento del uso del servicio de salud[230]. Tales afiliados y beneficiarios, por mandato constitucional y legal, podrán elegir el establecimiento en que serán atendidos (art. 11, Ley 18469), pero ese único mandato constitucional (el derecho a la salud entendido y reducido al derecho a la elección libre del prestador de servicios de salud) tiene limitaciones reales, pues: a) la red pública tiene lo que tiene instalado, en términos de distribución geográfica, lo que implica desigualdad en la oferta de acceso entre las zonas rurales y urbanas y dentro de éstas dependiendo de su nivel socio-económico, y b) esto muestra aún más la selección adversa de pacientes que se materializa en la oferta privada[231].

---

229 Esquema organizativo tomado de: MONTESINOS, *Op. cit.*, pp. 218-220

230 Nos interesa resaltar aquí la lógica ya expuesta por Hayek de que los servicios de salud deberían priorizar a los trabajadores, dejando de lado a los viejos e incurables.

231 Se entiende como "selección adversa" los mecanismos, prácticas e instrumentos mediante los cuales se produce un cribado de pacientes, incluyendo aquellos con un perfil favorable (urbanos, clase media-alta, jóvenes, de ingresos altos, varones, etc.), y se excluyen pacientes real y/o potencialmente costosos: rurales, viejos, mujeres, etc. También se define como el proceso por el cual las personas "poco atractivas" al mercado, tienen menos posibilidades de participar de la distribución de bienes y servicios.

Los afiliados pueden optar en cualquier momento por una Isapre (art. 25). Las Isapre son, entidades privadas, controladas por el Estado, en las cuales las personas naturales pueden colocar sus cotizaciones de salud. Son personas jurídicas que, en el sub-sistema privado de salud, sustituyen, en el otorgamiento de prestaciones y beneficios de salud, a los servicios locales de salud y al Fondo Nacional de Salud, Fonasa. Los trabajadores eligen una Isapre y entre esta y el afiliado "convienen libremente su otorgamiento, forma, modalidad y condiciones" de prestación de servicios de salud[232]. Tal afiliación da acceso inmediato a: i) los planes de diagnóstico y tratamiento precoz de las enfermedades del art. 8, ii) la atención de parto y puerperio y a los niños hasta los seis meses, sin menoscabo de iii) los servicios estipulados particularmente en cada contrato de afiliación. Por último, vale resaltar que la ley impone penas a los beneficiarios que no respeten la ley (art. 38) o a los profesionales de la salud (art. 39) pero curiosamente no dice nada de la vulneración que de la norma hagan las entidades públicas y/o privadas.

El derecho a la salud se ejerce en la medida en que la persona opta por una de las Isapre, pero nada protege al usuario una vez entra al laberinto de la oferta de servicios de salud, pues sólo la "primera consulta es el único acto de decisión relativa que está en manos del consumidor" si después "este complejo es manejado con criterios de lucro y más aún si lo es en condiciones monopólicas, el usuario queda a merced de grupos que pueden guiar o inflar los servicios (…). En Estados Unidos las operaciones cesáreas practicadas en pacientes privados acogidos al sistema de seguros de salud, fueron más del doble que en pacientes hospitalizadas en servicios públicos, sin causa médica que pudiera explicar la enorme diferencia"[233]. Así, el derecho constitucional, la libertad en salud, se reduce a elegir dentro de un abanico de oferentes al primero de la cadena de servicios, cadena frente a la cual poco o nada opina la persona[234]. La reivindicación de la libre elección del médico (del primer eslabón de la cadena) como paradigma de la relación libertad-salud no sólo es falaz sino peligrosa.

---

232 MONTESINOS, *Op. cit.*, pp. 219-220

233 REQUENA-BIQUET, *Op. cit.*, p. 7

234 No vamos a entrar en el debate de los críticos de la práctica médica, sólo queremos resaltar la potencial contradicción discursiva: a) si el que sabe de salud es el médico, salvo por agradabilidad ¿para qué se justificaría la libre elección del servicio?, y b) si el que sabe de salud es el paciente, ¿por qué reducir su opción al primer peldaño del proceso y no en todos los siguientes? Hayek decía que "bajo una organización estatal de los servicios médicos, la autoridad resuelve y decide, y al individuo solo le cabe acatar ajena resolución". HAYEK, *Op. cit.*, p. 328

4.4.4. Plan de servicios

El Plan de servicios a que tienen derecho las personas inscritas en el régimen de salud son:

a). Examen de medicina preventiva para una lista cerrada de patologías. Así, según la norma, las enfermedades deben estar: a) pre-listadas por el Ministerio de Salud y, b) deben ser aquellas "cuyo diagnóstico y terapéutica precoz prevengan una evolución irreversible". Esto genera perversiones en cuanto a los deberes de las instituciones pues éstos cesan, en rigor, en los límites mismos de la lista. La prevención y promoción en salud se limita a "cazar" ciertas enfermedades (diagnóstico precoz), pero no a prevenirlas en el sentido que da la salud pública al término.

b). Los servicios de asistencia. El contrato con la Isapre fijaría la prestación de servicios para el resto de reglas, siendo cambiante de una Isapre a otra sin más obligaciones que las determinadas en el contrato, contrato que queda en el ámbito de las relaciones privadas entre particulares sin que exista exigibilidad diferente a la del contrato mismo. Es decir, cada Isapre establece un nivel diferente para interpretarla, sin que exista una intervención del Estado que proteja a la persona de unos mínimos servicios básicos vitales, acordes con una noción de la salud como derecho. En el mismo sentido, el desarrollo posterior que tuvo la formulación de listados de medicamentos, los cuales buscaban, esencialmente, colocar a los medicamentos costosos por fuera de las obligaciones de las instituciones

c) Urgencias. Las urgencias médicas podrán ser atendidas por cualquier institución, la cual recibirá posteriormente al pago correspondiente por sus servicios del Fondo Nacional de Salud. La norma impide, de manera taxativa, una práctica corriente, como la de exigir pago previo (dinero, cheques u otros instrumentos financieros "para garantizar el pago o condicionar de cualquier otra forma dicha atención"[235].

[235] Observamos aquí un ejemplo de responsabilidad del legislador pues, conocedora de tales prácticas y, en un entorno de mercado donde se acentúa la autofinanciación como forma de supervivencia de las instituciones de salud, dejar sin resolver, en la norma misma, este tipo de prácticas sería permitirlas y, por tanto, también es responsabilidad del legislador los vacíos jurídicos que se produzcan y que terminan, en lo cotidiano, generando violaciones a los derechos de las personas.

Preocupa sí, el concepto de urgencia, pues se detiene en la estabilización del paciente y luego la cuantía de cobertura estatal disminuye, dejando de lado algunas urgencias que sólo se estabilizan con tratamientos definitivos. En ausencia de tablas de tarifas, aplicables en urgencias para la estabilización definitiva, el paciente queda de nuevo a expensas de las leyes del mercado y de su necesidad asistencial por cuanto el precio lo fijaría la institución con lo cual generaría selección de pacientes. Las Isapre ofrecían planes que se dividían en: a) de proveedor preferido y b) de grupo cerrado, siendo de grupo cerrado los planes en las que las Isapre eran propietarias de clínicas y hospitales privados (con lo cual la única noción del derecho a la salud, el acceso -la libre selección del proveedor- también desaparece).[236]

4.4.5. Limitaciones al acceso

El Decreto Ley 2763 fija que le corresponde "al Estado de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección, y recuperación de la salud y rehabilitación de la persona enferma; así como coordinar, controlar y, cuando corresponda, ejecutar tales acciones". El acceso a los servicios, en principio, no puede ser negado en las instituciones del servicio nacional de salud (art. 2, Ley 18469), pero tal norma no es extensiva a los servicios de salud privados.

También la ley establece limitaciones (art. 17 Bis): "Los trabajadores afiliados independientes, para tener derecho a las prestaciones médicas (…) requerirán de un mínimo de seis meses de cotizaciones en los últimos doce meses anteriores a la fecha en que impetren el beneficio, continuas o discontinuas". Esto se llama "períodos mínimos de cotización" y actúan como un seguro, no para la persona enferma sino para la institución, pues una cotización de seis meses, sin contraprestación de servicios (además, contrario a las leyes de compra y venta del mercado en el que se compran servicios sin prolongar la entrega de los mismos al comprador) garantiza un margen de ganancia para hacer "rentable" el servicio. Esta misma norma se aplica (art.18) para el acceso a subsidio de paro por enfermedad que, para ser efectivo, necesita doce meses previos de cotización.

[236] CASTAÑEDA, Tarcisio: "El sistema de salud chileno: organización, funcionamiento y financiamiento", en: VV.AA.: *Economía de la salud. Perspectiva para América Latina*, OPS/OMS, Washington, 1989, p. 19

A esto se suma la modalidad de "exclusión de patologías", propia de los contratos de las Isapre, que es la forma en la cual se coloca fuera del contrato a las patologías previas y a las costosas. Además de lo ya dicho sobre no beneficiarios, dentro de éstos hay un grupo que no está cubierto de seguridad alguna por incapacidad de cotización (indigentes, por ejemplo) estas personas siguen solicitando la atención del sistema público y, para ellos, no existe la selección libre de prestador de servicios sino que queda restringida a la red estatal, lo que es contrario al credo neoliberal.

Así, los límites al acceso son, principalmente, los períodos mínimos de cotización, la exclusión de patologías, la discriminación negativa en contra de los no beneficiarios basada en su incapacidad de pago y la imposibilidad, también para éstos últimos, de tener libre selección del proveedor de servicios de salud.

4.4.6. Financiación

Los recursos al sector salud llegan por varias vías: a) todos los trabajadores tienen que cotizar el 7 por ciento de su renta, ya sea al Fondo Nacional de Salud o a una Institución de Salud Previsional, Isapre (estableciéndose la competencia entre el Fonasa y las Isapre), b) fondos estatales, pues dentro de la noción de Estado subsidiario éste contribuirá con recursos al sistema de salud, y c) el pago directo de la persona que acude a los servicios, llamado copago. En el modelo se renuncia al clásico modelo bismarckiano de financiación tripartita (Estado-afiliado-empresario) y libera al empresario de su histórico compromiso.

Para efectos del pago por servicios prestados, "las personas afectas a esta ley se clasificarán, según su nivel de ingreso en diferentes grupos". Una vez se establecen los grupos, el Estado subsidia un porcentaje del gasto de la atención dependiendo del grupo a que pertenezca la persona[237].

La norma deja en manos de los ministerios la reformulación de los porcentajes de aporte del Estado a la prestación de servicios tales como medicamentos, prótesis y las llamadas enfermedades catastróficas, en el sentido de que podrá ser superior el aporte estatal, pero no necesariamente, en enfermedades donde se

[237] "Dicho porcentaje se determinará, cada vez que así se requiera, por los Ministerios de Salud y de Hacienda; cubrirá el valor total de las prestaciones respecto de los grupos A y B, y no podrá ser inferior al 75 por ciento respecto del grupo C, ni al 50 por ciento respecto del grupo D". Art. 30, Ley 18469 de 1985

conjuga un alto riesgo para la salud y un costo importante en su recuperación. La norma plantea que, en el caso de urgencias no cubiertas, "se entenderá que el Fondo Nacional de Salud ha otorgado un préstamo a sus afiliados por la parte del valor de las prestaciones que sea de cargo de éstos si, una vez transcurridos treinta días desde que el Fondo Nacional de Salud ha pagado al prestador el valor de las atenciones otorgadas, el afiliado no ha enterado directamente al Fondo dicho monto". Las cuotas de reembolso están atadas a la inflación y serán susceptibles de acciones penales. "Su pago se hará efectivo mediante descuentos en las remuneraciones o pensiones de los afiliados a requerimiento del Fondo" (art. 31).

Queremos destacar que en el modelo, el pago de los servicios se hace en dos vías: a través de una cotización y a través de un mecanismo de copago, combinando una relación solidaria (la cotización) con un cobro individualizado en el momento de prestación de los servicios (copago), pero que a pesar de la coexistencia de los dos mecanismos, esto no cubre las exclusiones que haya en los contratos de las Isapre o las que hagan los formularios y listados del Ministerio de Salud.

4.5. Impacto de la reforma

El modelo produce unos sesgos en la cobertura que implica la formación de dos grupos acorde con los dos mercados de oferentes de salud: el privado y el público. Corresponden al primer oferente los jóvenes, con poder adquisitivo y vivienda urbana, y al segundo, la población más pobre, más vieja y rural, es decir la más vulnerable y por tanto la que más demanda servicios de salud[238]. Esto se observó en la distribución de la población una vez puesto en marcha el sistema. Sojo afirma que en cuanto los dos sistemas obedecen a diferentes lógicas, no compiten entre sí, "el seguro público es de reparto y favorece la solidaridad, y el privado opera mediante cuentas y riesgos individuales" y esto inhibe una cobertura universal[239] que, además, con el subsidio de lo público a lo privado se impide una relación complementaria en doble vía[240].

---

238 SEPULVEDA, *Op. cit.*, p. 142

239 SOJO, "Posibilidades…" *Op. cit.*, p. 131

240 Con relación a lo anterior, Borzutzki afirma que: "The reform is based on the notion of individual responsability, and destroys the solidarity that is essential to any social security system, and atomizing the socially interdepent whole into individuals", en: BORZUTZKI, *Op. cit.*, pp. 342

Por lo menos hay tres argumentos que son pertinentes con relación a lo anterior, de los cuales es consciente el mercado y aparece peligrosamente "inconsciente" el sistema de salud público: a) los pobres se enferman más, por razones nutricionales, entre otras, y su recuperación es, en general más difícil y demorada, b) la posibilidad de recaída o de cronificación de una patología es mayor entre pobres que entre ricos, por condiciones ambientales (acceso a agua potable, condiciones de vida, nivel de nutrición, etc.) y c) los pobres no tienen capacidad de compra para los planes de salud no cubiertos en los contratos o cuyos copagos son altos.

Entre la población con capacidad de compra de servicios, en cambio, el sistema generó un impulso a lo curativo (que es más rentable que la prevención), la asistencia individual (antes que la solución de causas colectivas de enfermedad), y un desincentivo de los tratamientos de bajo costo o cuyos costos no estaban cubiertos[241].

En Chile, la desnutrición infantil, en edad pre-escolar, aumentó en un 10 por ciento, en 1983; en 1984, aumentó el porcentaje de madres gestantes con desnutrición en relación con los años previos. Algunas enfermedades inmuno-prevenibles no sólo se estancaron sino que aumentaron sus niveles de incidencia, como fue el caso de la Fiebre Tifoidea y la Hepatitis (en el período 1981-1984) lo que es un claro indicador del descenso en la salud medio-ambiental.[242] La curva de mortalidad infantil en el período 1986-88 fue en aumento, las cifras de parotiditis y de rubéola (ambas prevenibles por vacunación) del período 1975-89 son muy superiores a los del período pre-dictadura y al período de la transición[243].

Sobre el juego de los indicadores y los discursos hecho por un asesor del Banco Mundial; mostrando los triunfos del modelo chileno, dice que: a) "también ha descendido notablemente desde 1975 la prevalencia de malnutrición", b) presenta los resultados del Plan de Alimentación sólo hasta 1982 para evitar reconocer los recortes presupuestales y, c) afirma que, entre los usuarios, "se prefieren (!) los hospitales del SNSS para las enfermedades relativamente más

241 Sobre un planteamiento en: SOJO, "Posibilidades…" *Op. cit.*, p. 133

242 ANDREA CORNIA, Giovanni (comp.): *Ajuste con rostro humano*. Siglo XXI, Madrid, 1987, pp. 139-141

243 MINISTERIO DE SALUD: *1990-1999: 10 años mejorando la salud de los chilenos*. Santiago de Chile, 1999, pp. 52-54

graves y para tratamientos muy costosos"[244] cuando lo que hay es aumento de la desnutrición, fracaso del programa de alimentos y una exclusión explícita de pacientes graves en los hospitales privados.

4.5.1. En la gestión de los servicios de salud

Los principales problemas de gestión fueron: a) la débil integración institucional, b) recursos humanos desaprovechados, c) financiamiento ineficiente y asimétrico, y d) carencia de instrumentos de apoyo a la gestión[245]. En general, la evaluación de la gestión es compleja y la interpretación de indicadores puede ser sesgada. Por ejemplo, en 1989, un funcionario del Banco Mundial, informaba que la ocupación hospitalaria había aumentado en Chile hasta alcanzar un 76 por ciento, pero la misma fuente acepta que la ocupación de camas no siempre es un indicador de eficiencia[246], puede reflejar, entre otras causas, la reducción del número de camas instaladas, el fracaso de planes de prevención y promoción, o el fenómeno (posible por la ley chilena) de asistir pacientes del régimen privado en instalaciones públicas; en este último caso el aumento del índice de ocupación hospitalaria está advirtiendo las dinámicas del subsidio del sector público al privado.

En cuanto a la gestión de personal, es necesario tener en cuenta los antecedentes de flexibilización de políticas laborales, además, en el contexto del nuevo sistema "las diferencias excesivas entre las remuneraciones del sector público y las del mercado impiden mantener y atraer a los profesionales de mayor calificación, creatividad y eficacia" (por ejemplo en el pago de honorarios médicos de días-cama) con lo cual el sector público pierde en calidad de oferta de servicios, a lo que se suma males endémicos como el ausentismo laboral y el bajo nivel de rendimiento[247]. En 1985, sólo el 79 por ciento de los médicos trabajaba como tal, estando el 21 por ciento dedicado a otra actividad no relacionada con el sector salud y, según el Colegio Médico, en relación directa con la caída de salarios[248].

244 Ver: CASTAÑEDA, *Op. cit.*, pp. 4, 12, 16 y 17
245 SOJO, "Reforma…" *Op. cit..*, pp. 13-15
246 CASTAÑEDA, Tarcisio: "El sistema de salud chileno: organización, funcionamiento y financiamiento", en: VV.AA.: *Economía de la salud. Perspectiva para América Latina*, OPS/OMS, Washington, 1989, p. 12
247 SOJO, "Posibilidades…" *Op. cit.*, p. 132
248 POLASKY, *Op. cit.*, apartado 4: "Privatization of health care in Chile".

En general, se observó que los gastos de administración en el sector privado "son muy superiores a los del sector público"[249], lo cual niega el paradigma de eficacia que, junto con otras cosas, justificó la reforma. En 1990, las Isapre recibieron el 45,5 por ciento de los gastos totales en salud y retuvieron para sí el 23 por ciento de esa cantidad como beneficios y gastos de administración[250]. A pesar del énfasis discursivo en la eficacia y la eficiencia, al inicio de los años 1990, Chile todavía no contaba con mecanismos de gestión "para evaluar el cumplimiento de objetivos, el logro de estándares de calidad y la capacidad de gestión local"[251].

4.5.2. En el acceso a los servicios

La base del acceso es el pago, mediante la cotización o mediante el pago directo de los servicios. El modelo determina dos tipos de población: la que asiste al servicio público y la que asiste al sistema privado, además dentro de éste último existen tantos tipos de servicios y beneficios como tipos de contrato ofrezcan las Isapre. El principio de libertad de selección del proveedor de servicios, pilar neoliberal, necesitaría la existencia de una red nacional de servicios cuya oferta, en todo el territorio, fuera suficiente para generar competencia. Pero la oferta ofrecida por las Isapre se concentra en las ciudades y la instalación misma de la oferta (ubicación de hospitales y clínicas) genera un sesgo en la cobertura a favor de los sectores urbanos de la población y dentro de éstos a favor de los sectores medio-altos[252].

Los problemas de acceso, además de los ya mencionados, derivados del texto de la norma, fueron importantes. "La mayoría de las Isapre no cubren los costos de hospital que se produzcan en un período que varía de tres a seis meses después de la inscripción, excepto para la atención hospitalaria de urgencia. Para maternidad, el período sin cobertura es de 10 meses" (más tiempo que el que ocupa la gestación)[253].

249 SEPÚLVEDA, *Op. cit.*, p. 143
250 POLASKY, *Op. cit.*., apartado 4: "Privatization of health care in Chile".
251 SOJO, "Posibilidades…" *Op. cit.*, p. 132
252 ROMERO SEPÚLVEDA, María Inés; BEDREGAL GARCÍA, Paula; BASTÍAS SILVA, Gabriel: "Situacion de la Salud Materno Infantil en Chile", en: *Boletin Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile 1994; 23:10-14. Disponible en*:http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/Boletín/html/Salud_Publica/1_3.html(Fecha de consulta: junio de 2002)
253 CASTAÑEDA, *Op. cit.*, p. 20

Las Isapre cerradas, en cuanto tenían una población con un perfil de riesgo bajo (varones, sanos y en edad productiva) obtuvieron unos niveles de rentabilidad diferentes al de las abiertas que incluían mujeres[254]. En 1984, las Isapre obtuvieron una ganancia neta de 53,3 millones de pesos, las cerradas ganaron más por tener más afiliación (de una empresa cautiva) y por dedicar menor porcentaje a los subsidios de maternidad[255].

4.6. Panorama post-Pinochet

La Constitución chilena fue modificada parcialmente por el proceso de transición a la democracia[256]; pero la formulación del derecho a la salud no ha tenido, en el texto constitucional, más alcance del que tenía previamente. Tal decisión obedeció más a un que hacer político que jurídico: no crear más tensiones a la frágil democracia. Pero en el desarrollo de políticas públicas y en la asignación presupuestal se observa un cambio importante en democracia.

El modelo neo-liberal obvia las implicaciones políticas y sociales, matizando las implicaciones económicas que tiene[257]. En Chile el experimento neoliberal a nivel social, generó una redistribución regresiva del ingreso, desempleo, disminución del gasto social y la caída de los salarios reales; a nivel político se acompañó de represión y graves violaciones de los derechos humanos; y a nivel económico el balance al final de la dictadura no es tan positivo como se dice: sus exportaciones siguen basadas en bienes primarios[258], más de un tercio de la población continuaba en niveles de pobreza y los términos de redistribución de

254 No olvidar los costos médico-asistenciales que derivan de la atención de la gestación, parto y puerperio, aspecto que resulta poco atractivo al mercado privado.

255 Uno de los ajustes realizados posteriormente fue que los subsidios de maternidad se pagaran desde el Fondo Único de Prestaciones Familiares, con lo cual se corregía este sesgo. Ver: CASTAÑEDA, *Op. cit.*, pp. 23-24

256 La reforma tocó sólo algunos aspectos dentro de los que cabe destacar la eliminación del artículo 9 (sobre la caracterización del terrorismo), redujo el alcance de la noción de democracia protegida, e incluyó la parte final del artículo 5, en relación con los pactos internacionales de derechos humanos.

257 Para Arrizabalo, el análisis no puede parcelarse en los ámbitos políticos, sociales y económicos, sino que el modelo económico se benefició de unas condiciones políticas y sociales, de las que no es ajeno. Luego, el modelo es una respuesta integral a una "amenaza" percibida por la burguesía chilena. ARRIZABALO, O*p. cit.*, p. 113

258 A comienzos de la década de los 90, cerca del 80 por ciento de las exportaciones chilenas seguían estando basadas en recursos naturales. GÁRCIA, Álvaro: "las políticas sociales en Chile: logros y perspectivas", en: VV.AA.: *Ajustes, políticas sociales y Fondos de inversión en América Latina*, CEPES, Lima, 1993, p. 73

la riqueza se empeoraron durante la dictadura[259]. El crecimiento del número de hogares en extrema pobreza subió de 17 por ciento en 1970 a 48,6 por ciento del total de la población a mediados de la década de 1980[260]. El prometido control de la inflación por vía monetarista no dió resultados, por lo menos, en los primeros años de la dictadura a pesar de la drástica reducción en la emisión monetaria: de 24,7 a 2,6 por ciento en el período 1973-1976[261]. Los tres grandes retos no los logró el modelo: no se puede hablar de crecimiento económico, tampoco de lograr la estabilidad de los mercados y de la política económica y, finalmente, el auge exportador es relativizable en sus logros.[262]

Una vez llegada la transición, el nuevo lema fue "crecimiento con equidad" (cursiva nuestra), a pesar de no realizar cambios fundamentales en el modelo. Se basó en tres principios: a) aumento del crecimiento acompañado de una distribución equitativa, b) mejoramiento de la acción social desde el sector público, y c) profundización de la democracia, con aumento de la participación social[263].

Durante los primeros dos años del gobierno de transición, la tasa de sindicación aumentó en un 35 por ciento, el 80 por ciento de los nuevos empleos fueron en el sector formal (en oposición al auge del empleo informal durante la dictadura),[264] aunque tales medidas, per se, conviven con las limitaciones propias de una política social en el marco de una economía de mercado. Durante la dictadura, del sector público fueron eliminados 95.000 empleos en el período 1973-1979, y durante todo el régimen un total de 200.000 personas[265], mientras que en la transición aumentó el nivel de empleo y de salarios en el sistema público, con la incorporación de 66.000 personas en 1994, comparable con los niveles previos a los procesos de privatización.[266]

259 En general, estas son parte de las conclusiones desarrolladas a lo largo de: ARRIZABALO, *Op. cit*.

260 TIRONI, Eugenio: *Autoritarismo, modernización y marginalidad*. Sur, Santiago, 1990, citado en: HIDALGO, Paulo: "La transición a la democracia: aspectos teóricos y análisis de la situación chilena" en: *Revista del Centro de Estudios Constitucionales, núm*. 11 (Madrid, ene-abr. 1999), p. 214

261 ARRIZABALO, *Op. cit*., p. 148

262 *Op. cit*., pp. 215-216

263 GÁRCIA, *Op. cit*., pp. 63-69, y en general, ver: pp. 61-87. Para una mirada a los procesos de participación, ver: WEINSTEIN, Marisa: Participación social en salud. Acciones en curso. Flacso, Santiago de Chile, 1997

264 GÁRCIA, *Op. cit*., p. 65

265 HIDALGO, Paulo: "La transición a la democracia: aspectos teóricos y análisis de la situación chilena" en: Revista del Centro de Estudios Constitucionales, núm. 11 (Madrid, ene-abr. 1999), p. 212

Dentro de las nuevas políticas de salud se buscó: a) replantear la distribución de funciones (planificación, financiamiento, etc. b) ahondar en el proceso de descentralización, y c) modernizar el sistema de financiamiento[267]. A nivel presupuestal, el gasto en salud durante los años 1990, tuvo que multiplicarse por ocho (en relación con la década anterior) para evitar el colapso de la red pública. En números, se pasó de 6 mil millones de pesos en 1988 a casi 50 mil millones en 1998. Para el período 1981-89, el gasto en salud ascendió a 70.616.501 pesos, y para el período 1990-1999 ascendió a 454.189.992, lo que ha significado la mayor inversión en salud realizada en el siglo XX[268]. Estos nuevos recursos permitieron, según el informe del Ministerio de Salud de Chile, recuperar y modernizar la muy abandonada red asistencial pública[269].

En el período 1989-1993 (ya en la transición), a pesar de un aumento del 66 por ciento en las horas médicas contratadas, cayeron los porcentajes de los indicadores de egresos por hora-médico (34 por ciento), atenciones médicas (34,8 por ciento) e intervenciones quirúrgicas por hora-médico (45 por ciento)[270]. El gremio médico dijo, en su defensa, que el objetivo del aumento de horas médicas (la disminución de la mortalidad en la región de Temuco) se había cumplido. También mostraron que el aumento de contratación en anestesia y radiología, por ejemplo, mejora la calidad sin afectar necesariamente el indicador de egresos. Igualmente, que un aumento del número de cirugías puede reflejar fallas de calidad o de oportunidad médica previa, mientras que una reducción puede relacionarse, en parte, con el manejo ambulatorio de pacientes[271]. Esto evidencia un problema aún sin resolver (desde antes de la dictadura) y que no tiene respuestas fáciles: adecuadas políticas de personal en el sector salud. Y, además, demuestra lo complejo de la formulación de un indicador de "productividad médica" que sea justo. Pero, sea cual fuere el indicador, se espera, en un Estado de derecho, que obedezca a los requerimientos que éste hace en materia de derechos humanos.

---

266 POLASKY *Op. cit.*, apartado 4: "Privatization of health care in Chile".

267 OYANEDER, *Op. cit.*, p. 39

268 MINISTERIO DE SALUD, *1990-1999: 10 años… Op. cit.*, p. 16

269 Las medidas centrales incluye la construcción de dos nuevos hospitales, la reconstrucción total de 10 y la modernización de 71, entre otras obras. Ver: MINISTERIO DE SALUD, *1990-1999: 10 años… Op. cit.*, p. 17

270 *Op. cit.*, p. 138

271 Colegio Médico de Chile (1994), citado en: *Op. cit.*, p. 138

En general, la transición mejoró sustancialmente el gasto público en salud per capita (de 36.917 pesos en 1989 a 103.328 en 1998) y la inversión real del sector público en salud, con mejora en los indicadores de cobertura, aumento en los servicios y mejora en la gestión administrativa, medible en cosas concretas como el incremento de consultas de especialistas, aumento de exámenes de laboratorio por beneficiario, incremento de servicios de imagenología y ortopedia, entre otros[272]. En el nivel normativo, a pesar del mantenimiento del sistema, gracias a nuevas leyes (18.833 de 1995) se pudo ampliar la garantía del servicio mediante una mayor transparencia del sistema de precios, eliminación de exclusiones y regulación del tratamiento contractual de las enfermedades pre-existentes[273]. Y con la llamada Ley de Equidad en Salud (de fortalecimiento del sistema público) se obligó a las Isapre a cancelar en su totalidad las atenciones de urgencia -hasta la estabilización del paciente- a los prestadores públicos y privados, lo que demuestra que la norma sí tiene un impacto en el servicio y que éste no es un asunto auto-referenciado que se explica y se justifica a sí mismo.

Pero, algunos problemas persisten como el ya comentado sobre políticas de personal, formulación de indicadores, control monopólico del mercado privado de la salud, persistencia de exclusiones (especialmente contra la mujeres[274]), que genera problemas de equidad en el acceso en contra de población pobre y perpetúa desigualdades en calidad, oportunidad y satisfacción[275], además de no abordar fenómenos concretos como el de la transición epidemiológica polarizada (ver supra). Esto se podría explicar en que, si bien se aumentó el gasto público en salud y algunas leyes restringieron el "libre albedrío" de las Isapre, el sistema sigue intacto en sus principales formulaciones.

272 Ver, en general: MINISTERIO DE SALUD, *Situación de… Op. cit.*, y MINISTERIO DE SALUD, *1990-1999: 10 años… Op. cit.*

273 MINISTERIO DE SALUD, *1990-1999: 10 años… Op. cit.*, pp. 103-107

274 VV.AA.: *El modelo de liberación económica en Chile y la situación de trabajadoras y trabajadores 1990-1999*, Centro de Estudios Mujer y Trabajo,Santiago de Chile, 1999

275 MINISTERIO DE SALUD, *Política de salud…* Op. cit., apartado: "Diagnóstico de la situación".

5. Las reformas posteriores al modelo chileno

Wallerstein afirma que no hay un desarrollo nacional independiente del funcionamiento del sistema mundial[276]. Eso también se vive en el diseño de modelos de salud, ya sea por experiencia acumulada en la formulación y desarrollo de modelos en otros países (el auge de la salud pública, la formación de sistemas nacionales de salud, etcétera) o por las demandas y/o presiones externas al sector salud. El Banco Interamericano de Desarrollo ha planteado que "los gobiernos deberían promover tipos de seguros médicos que establezcan una cobertura amplia de la población y que contenga a la vez mecanismos de pago para controlar el costo de los servicios de salud (...) deberían también fomentar un sector privado competitivo que suministrara toda la gama de servicios de salud, incluidos los financiados por el Estado"[277].

En 1980, el Banco Mundial empezó a conceder préstamos directos para los sistemas de salud y en 1983 se había convertido en una de las principales fuentes de financiamiento de los servicios de salud de los países pobres. Ya en 1987, esta entidad recomendaba una serie de medidas para la reorganización de los servicios de salud: a) trasladar a los usuarios los gastos en el uso de las prestaciones mediante el "cobro de aranceles (...) de servicios de salud", b) ofrecer esquemas de aseguramiento para los principales casos de riesgo: "provisión de seguro u otra protección frente a riesgos"; c) utilizar en forma eficaz los servicios privados: "empleo eficiente de los recursos no gubernamentales"; d) descentralizar los servicios de salud gubernamentales[278].

---

276 Citado en: GARAY, Luis Jorge: *Globalización y crisis*, Tercer Mundo, Bogotá, 1999, p. 5

277 BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO: *Progreso económico y social en América Latina*, 1991. Citado por: SINDICATO NACIONAL DE LA SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL: *La privatización de la salud en Colombia*. SINDESS, Bogotá, 1996, p. 29

278 AKIN, J.: *Financing Health Services in Developing Countries. An agenda for reform*. World Bank, Washington, D. C., 1987. Hay un resumen oficial en español preparado por la Organización Panamericana de la Salud en: BANCO MUNDIAL: "El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma", *Economía de la Salud. Perspectivas para América Latina*. OPS, Publicación Científica núm. 517, Washington, 1989, pp. 145-191

El modelo planteaba además la división entre unos servicios de naturaleza privada para quienes pudieran pagarlos y unos servicios públicos para las altas externalidades. El fundamento de dicha separación se encuentra en la teoría neoclásica de los bienes. Desde esta perspectiva, los bienes privados son aquellos que implican un beneficio individual diferenciado, por el que las personas estarían dispuestas a pagar. Los bienes públicos son solo aquellos que generan beneficios colectivos o altas externalidades y que, por lo mismo, deberían costearse con recursos públicos[279].

El informe del Banco Mundial Invertir en salud está destinado a formular recomendaciones dirigidas especialmente a los países de medianos y bajos ingresos, con el fin de rediseñar sus servicios de salud. Estas recomendaciones han sido posteriormente parte de las exigencias de la banca internacional a los países, para renegociar las deudas externas, así como de los requisitos para adquirir nuevos créditos[280] y se basan en pasos que explicaremos a continuación[281].

El primer paso de la estrategia, mitad pública y mitad oculta, consistió en reforzar la noción del fracaso de lo público en la oferta de servicios (por ineficiente e inequitativo) que, acompañado de la noción de que la salud corresponde al ámbito de lo privado, permite concluir que la mejor alternativa es la oferta privada de servicios; alternativa que además promueve el mito de la elección libre del médico tratante. Esto encajaba con las teorías que propugnaban por la reducción del Estado, el concepto de Estilos de Vida Saludables (punto desarrollado de nuestro marco teórico), las reformas a los servicios nacionales de salud, la modernización de los ministerios de salud y la apertura de los servicios públicos a los oferentes privados. En la práctica, esta noción se ha alimentado de una corriente de opinión dedicada a resaltar los defectos de lo público y las ventajas de lo privado. El Estado solo debe atender en salud lo que el sector privado no asuma. Y esa intervención del Estado debe someterse a criterios de alta efectividad y bajo costo.

---

279 BANCO MUNDIAL: "El financiamiento de…" *Op. cit.*, p. 147

280 Sobre la capacidad de la banca internacional para imponer las reformas y la lógica de la banca o, mejor, la ausencia de lógica, ver: STIGLITZ, Joseph: *El malestar en la globalización*, Taurus, Madrid, 2002. Traducción de Carlos Rodriguez Braun

281 Basado, principalmente, en una mirada crítica a: BANCO MUNDIAL: *Informe sobre el desarrollo mundial. Invertir en salud*. Banco Mundial, Washington, D. C.,1993

El segundo paso fue desarrollar un nuevo indicador: Años de Vida Ajustados por Discapacidad, también llamado Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA)[282]; pensado en que fuera una herramienta para planificar en salud. Este nuevo indicador, presentado por primera vez en el citado informe de 1993, se acompaña de la noción de Servicios Clínicos Mínimos[283]. Estos servicios de salud esenciales estarían definidos, entre otras cosas, por criterios de coste/beneficio (en unidades monetarias), coste / efectividad (uso racional de recursos) y coste / utilidad (Años de vida ajustados por calidad).

En relación con los AVISA, es necesario precisar que en el cálculo del valor de un año de vida saludable "se ha optado por privilegiar el valor de la vida de aquellas personas que tienen a su cargo otras personas" siendo la edad de más valoración los 25 años[284]. Esta curva de años / valor encaja con la edad productiva de las personas. Ahora bien, el criterio de invalidez o de pérdida de vida en términos de pérdida de la capacidad productiva de las personas, sumado a la valoración de la vida según una edad preestablecida, hace pensar en el nuevo papel del sistema de salud en el marco de la lógica del mercado: renuncia como protector de los menos favorecidos y retorna a lo que ya Marx llamaba el papel reparador de la mano de obra.

Los mencionados servicios clínicos mínimos permitieron avanzar en la formulación de listas cerradas (catálogos de prestaciones) de servicios y listados de medicamentos que, por su costo, podrían contribuir a la racionalización de los recursos en salud. Es decir, el Estado debe abstenerse de entrar en reglamentaciones ajenas a la lógica económica mayoritaria pues "el número de grupos de intervenciones dependerá de los recursos financieros"[285].

---

[282] Los AVISA contemplan cuatro variables: 1) tiempo perdido por una muerte prematura, 2) valor de un año de vida saludable según la edad, 3) preferencia social por el tiempo y 4) ponderación de la incapacidad. Ver para la versión colombiana de los AVISAs: MINISTERIO DE SALUD (Colombia): *La carga de la enfermedad en Colombia*. Bogotá. 1994

[283] HANSON, Kara: *La medición del estado de la salud*. Organización Panamericana de la Salud, Washington, 2000

[284] MINISTERIO DE SALUD. *La carga de… Op. cit.*, p. 8-9. Otro análisis, en el mismo sentido, para el período 1985-1995, ver: MINISTERIO DE SALUD (Colombia): *Mortalidad y Años de Vida Ajustados por Discapacidad como medidas de la Carga de Enfermedad 1985-1995*, Bogotá, 1999, pp.51-52

[285] BANCO MUNDIAL y FONDO MONETARIO INTERNACIONAL: *Revista Finanzas y Desarrollo, septiembre de 1993*. Citado por: SINDICATO NACIONAL DE LA SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL: *La privatización de la salud en Colombia*. SINDESS, Bogotá, 1996, p. 49

El tercer paso fue apoyar el desarrollo de herramientas de gerencia en salud que permitirían –sostiene el Banco Mundial- que los hospitales de los países pobres, aun los públicos, y en circunstancias de desabastecimiento de recursos, pudieran ser rentables. Esta noción, muy difundida, permite afirmar que el problema central de las crisis hospitalarias y por ende de los sistemas de salud es que las formas de administración de lo público, en este caso de los servicios públicos de salud, son per se ineficientes y que la solución es adoptar políticas de administración hospitalaria con indicadores y procesos propios de la empresa privada.

El cuarto paso fue establecer políticas financieras tendientes a la autofinanciación de los servicios de salud, en un contexto de reducción progresiva de recursos estatales para la salud y de establecimiento de formas de pago directo y/o de formas compartidas de financiación (por parte del usuario de los servicios), formas adicionales al pago de las cotizaciones mensuales. Uno de los argumentos más socorridos es que el establecimiento de estos copagos es que contribuirían a la racionalización del uso de los servicios de salud. Se parte de una explicación no suficientemente demostrada: los usuarios necesariamente hacen uso irracional de los servicios y por tanto hay necesidad de crear mecanismos de filtro. Uno de ellos es el pago de cuota por el uso de los servicios. Ese mito del uso irracional proviene directamente de una concepción mercantil de la salud: "el cliente quiere usar lo más por el mismo precio" y, por tanto, hay que desestimular su uso. Sin embargo, las investigaciones sugieren que estos mecanismos frenan la utilización de servicios entre los segmentos más pobres, tanto en el caso colombiano[286] como nivel internacional[287].

Como dice MSF "hay incontestables evidencias de que en los países de renta baja los copagos (user fees, en inglés) tienen un efecto negativo en la equidad y en el acceso a los servicios de salud por parte de los pobres, mostrando poca capacidad para obtener ingresos adicionales y mejorar la eficiencia. Lo más

[286] Ver, para el caso colombiano, VVAA: "Reforma a la seguridad social en salud en Colombia y efectos sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud", *Salutad, núm. 8* (Bogotá, 2001), p. 8-34; PROFAMILIA: *Salud sexual y reproductiva en Colombia*. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Profamila, Bogotá, 2000, capítulo XIII, pp. 189-197; DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADISTICAS: *Encuesta de Calidad de Vida*, Bogotá. 1997

[287] MSF: Access to healthcare in Burundi – results of three epidemiological surveys, May 2004; MSF: Access to healthcare, mortality and violence in Democratic Republic of the Congo –results of five epidemiological surveys: Kilwa, Inongo, Basankusu, Lubutu, Bunkeya – March to May 2005

importante, los regímenes de copagos resultan ser regresivos y no presentan un sistema justo de financiación de la salud en los países de bajos ingresos".[288]

En todo caso, no se puede negar un derecho porque se presuma que se va a usar de mala manera; las investigaciones han mostrado que en vez de racionalizar el gasto, esos copagos limitan severamente el acceso de los más pobres a los servicios de salud; y, por último una pregunta nada ingenua, si las cárceles son gratuitas, ¿por qué no hay más gente en ellas?

Con tal fin, aparece en algunos modelos un intermediario en la oferta de servicios, encargado de recolectar las cotizaciones y de contratar servicios (ISAPRE en Chile y EPS en Colombia, por ejemplo). Esto generó dos dinámicas: la selección adversa de pacientes y la evaluación de la calidad, con énfasis en los servicios hoteleros, en detrimento de las investigaciones sobre las condiciones de salud de la población. Además, esta separación entre la provisión de servicios y la administración, ha incrementado los costes administrativos (casos de UK, Estados Unidos, Chile y Colombia)[289].

Para garantizar rentabilidad, se excluyen de sus servicios las enfermedades que acarrean gastos no rentables. Para las demás enfermedades, el usuario cofinancia, además de su pago mensual, la prestación de servicios. Esto se hace en un marco estrecho de servicios y de una práctica de exclusión tanto de patologías costosas, como de personas de alto riesgo: ancianos y personas sin capacidad de pago y con condiciones de salud de difícil manejo (áreas rurales, por ejemplo), cuyos gastos en salud deberán, entonces, ser asumidos por el Estado.

Otras recomendaciones generales del Banco Mundial que tienden a la apertura de mercados han producido la desregulación del mercado laboral. La flexibilización de las relaciones laborales tiene varios impactos directos en el sector salud: a) la pérdida de empleos implica, en un sistema bismarkiano basado en las cotizaciones de los trabajadores antes que en la cobertura universal, la pérdida de personas que cotizan al sistema y por tanto la pérdida de recursos; b) la caída general de salarios implica la disminución del monto total de la recaudación por cotizaciones al sistema de salud; c) la caída del poder adquisitivo y el aumento del empleo informal implican de manera directa una disminución en la calidad

---

288 MSF: "An outline for the field" (document without date)

289 Para el caso de Estado Unidos y UK, ver: SÁNCHEZ BAYLE, Marciano: Hacia el Estado de malestar. *Neoliberalismo y política sanitaria en España*. Libros de La Catarata, Madrid, 1998, p. 29

de vida, hecho que se refleja en los niveles de nutrición y en el aumento de las demandas en salud; d) las nuevas políticas laborales producen un efecto en el mercado laboral del personal de salud.

5.1. Y la salud, se hace mercado

Por todo esto afirmamos que la causa real de los nuevos modelos no fue la búsqueda de la salud, sino el control del gasto público y la conversión de la salud en un producto del mercado.

En el caso de América Latina, se ha impulsado un modelo que conjuga un discurso ideológico pro-mercado, una presentación política aceptable, un modelo de financiación por aportes, mecanismos de participación comunitaria, conjugación de sistemas público y privado de salud, procesos de descentralización, focalización y privatización. Según la Organización Panamericana de la Salud, OPS, en materia de salud, "23 países tienen políticas de descentralización gerencial; 22, de seguro nacional de salud; 18, de recuperación de costos; 17, planes básicos de atención; 15, nuevas formas de contratación; 14, descentralización financiera; 11, gasto público focalizado: 10, autonomía hospitalaria; el mismo número, privatización selectiva, y 6, políticas de medicamentos"[290]. Esta tendencia, vigilada muy de cerca por la banca internacional, alimenta un modelo que podemos caracterizar con los siguientes elementos:

a) Disminución de la inversión y del gasto estatal en salud, a la vez que se estimula el desarrollo de la medicina prepagada y luego su incorporación, en condiciones favorables, al sistema, de manera que se desplaza el servicio público de las franjas de población con capacidad de pago, es decir con capacidad de aportar al sistema.

b) Aumento del interés y de las inversiones en salud de parte del sector financiero nacional e internacional, a la par que se encarecen los servicios en esta área, en el marco de la medicina defensiva y de los monopolios farmacéuticos.

c) Justificación de racionalizar el gasto en salud aduciendo falta de presupuesto o invitando a realizar reformas administrativas en los servicios. Eso

[290] Organización Panamericana de la Salud, citado en: JARAMILLO, Iván: "La seguridad social en salud: análisis comparativo" *Salutad, núm. 3*. (Bogotá, 1998), p. 4

produce descapitalización de la red pública de salud, mediante recortes de presupuesto.

d) Establecimiento de sistemas de pago de servicios en dos vías: a través de una cotización y a través de un mecanismo de pago por servicios. Es decir, se combina una relación solidaria (la cotización) con un cobro individualizado en el momento de la prestación de los servicios.

e) Culto a la gerencia, que implica, además de la implantación de la tecnocracia como discurso, la inserción de indicadores de gestión, formas gerenciales por resultados, políticas de evaluación de personal desde la utilidad económica y un largo etcétera. Más que una nueva idea sobre dirección hospitalaria, lo que esto significa es el cambio hacia una concepción del hospital como empresa.

f) Colocación de los servicios costosos (y rentables) en la esfera de lo privado, mediante contratos (como en Chile) o por exclusión explícita (caso Colombia). Esos servicios quedan sujetos a los parámetros del mercado.

g) La flexibilización de políticas laborales, en el contexto del nuevo sistema: "las diferencias excesivas entre las remuneraciones del sector público y las del mercado impiden mantener y atraer a los profesionales de mayor calificación, creatividad y eficacia". Por ejemplo, es menor el pago de honorarios médicos en el sector público de acuerdo con el indicador días / cama, con lo que este sector pierde en calidad de oferta de servicios. A ello se suman males endémicos como el ausentismo laboral y el bajo nivel de rendimiento[291].

h) La neutralización de los trabajadores de la salud como grupo de presión, tanto a los trabajadores de base como al gremio médico. Con eso se puede hacer el diseño de un modelo de salud sin tener en cuenta sus puntos de vista y además se prepara el terreno para una flexibilización de las relaciones laborales en los servicios de salud.

---

[291] SOJO, Ana: "Posibilidades y límites de la reforma de la gestión de la salud en Chile", en: *Revista de la Cepal 59*, (Santiago de Chile, 1996), p. 132

Así, el sistema público transita entre su deber de garantizar un derecho constitucional[292] y la necesidad de asegurar su supervivencia mediante procesos administrativos y financieros, en un contexto adverso por la reducción del gasto social, de búsqueda de autonomía administrativa de los hospitales y, en general, de disminución del papel del Estado social. Mientras se obliga al sector público a obedecer a unos criterios de solidaridad (al atender las necesidades de salud de las personas sin capacidad de pago), esa obligatoriedad no tiene el mismo peso para el sector privado, cuya naturaleza precisamente es, más que la solidaridad, el lucro.

Por último, contrario a la idea de que la decisión racional acompaña la formulación de la nueva administración en salud y de políticas públicas, el impulso moral es un factor determinante en las decisiones de las personas. Para Cotarelo, hay dos elementos que cuestionan la teoría de la decisión racional: la ética y la estética. Además, presenta limitaciones de aplicación "a contextos de interacción con importantes zonas de incertidumbre"[293], como en el debate que nos ocupa. Rawls cuestiona que pueda construirse concepto alguno de justicia sólo desde la decisión racional[294].

La lógica del comportamiento humano basado en la decisión racional, aplicada al sector salud, generaría prácticas contrarias al objetivo que persigue la salud como derecho humano:

> *"Cuando un usuario se comporta estrictamente como agente racional de mercado, tiende a eludir los costos y obtener los mayores beneficios. Si es trabajador independiente de altos ingresos, trata de aportar lo mínimo para obtener lo máximo. Dado que el asegurador conoce tal expectativa y también se comporta como agente de mercado, le ofrece a este usuario un mecanismo de elusión de sus aportes al sistema, al tiempo que le vende un seguro privado con mejores beneficios y mayor calidad. Lo segundo resulta más barato para el usuario que hacer los aportes legales, pero produce una descompensación financiera de grandes magnitudes en todo el sistema. En el otro extremo, el ofrecimiento de un subsidio para los que no puedan pagar genera otro tipo de problemas. Quien crea no poder hacerlo, tratará de obtener el subsidio, aún sabiendo que dio una*

---

292 Para ver los importantes avances en materia del derecho a la salud en el derecho constitucional de América Latina, ver: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD y ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: *El derecho a la salud… Op. cit.*

293 COTARELO, Ramón: *En torno a la teoría de la democracia*. Centro de Estudios Constitucionales, Madrid, 1990

294 RAWLS, Political... *Op. cit.*, pp. 78-85

información falsa. Como agente racional de mercado, a este usuario no le importa si excluye a alguien más pobre que él. Simplemente está tratando de obtener el menor costo con el mayor beneficio. Entre tanto la lucha por el subsidio genera fracturas en el tejido social, que van en contra de cualquier tipo de solidaridad. Igualmente, cuando un médico declara que está haciendo un buen negocio con cada procedimiento puede llegar a la quiebra por el simple desprestigio social. O cuando atiende estrictamente a la racionalidad de los costos para obtener la máxima rentabilidad, siguiendo la presión de gerentes o administradores, puede desatender las necesidades de cada paciente y rebajar peligrosamente la calidad de la atención. No obstante, se estaría comportando como un agente racional de mercado"[295].

En otros países, en cambio, la elección colectiva ha permitido preservar garantías y servicios para beneficio de la población frenando reformas favorables al mercado[296]. El mercado no debe regular los servicios en salud, ya que la salud no cumple con los supuestos necesarios para hablar de un mercado perfecto: no hay simetrías en la información, proveedores y clientes no tienen la misma información, y las empresas de salud y los usuarios tienen niveles de información distintos; no hay independencia entre la oferta y la demanda, de modo que la primera puede inducir a la segunda; además, la salud tiene muchas externalidades: no hay competencia perfecta, hay presencia de oligopolios y de monopolios[297]. En general, la teoría de los mercados perfectos no se aplica a la realidad y desconocer esta verdad, ampliamente demostrada, ha significado el fracaso de muchos de los programas del FMI[298]. Cuando decimos que las reformas en salud dependen del modelo económico predominante, queremos decir que el diseño y la argumentación de la formulación jurídica obedecen más a las recomendaciones del Banco Mundial que a las necesidades en salud.

El ex vicepresidente del Banco Mundial Stiglitz, reconoce que en este tipo de negociaciones, "a los países se les marcaban objetivos estrictos (…) en algunos casos los acuerdos establecían qué leyes debía aprobar el parlamento del país para cumplir con los requisitos u 'objetivos' del FMI"[299]. Sus ejemplos ilustran que

295 HERNANDEZ, "El derecho a la salud…" *Op. cit.*, p. 154

296 Esto es, en parte, es lo que se observa, en el caso de las reformas en salud de Canadá, Holanda, Francia, Alemania, Gran Bretaña, Italia y Suecia. IMMERGUT, Ellen: "Sanidad: la política de la elección colectiva", en: *Estudios. Working Paper 1990/5*. Instituto Juan March de Estudios e Investigaciones, June 2000

297 "Los retos de la seguridad social del 2000", *Seguridad Social al día*, (Bogotá, oct. 1998). Disponible en:www.seguridadsocial.com.co/abr98a.htm

298 Ver, en general, STIGLITZ, El malestar en… *Op. cit.*

299 STIGLITZ, El malestar en… *Op. cit.*, p. 71

los fracasos de tales medidas son numerosos: el recorte de subsidios a alimentos en Indonesia sólo aumentó la crisis y el que se hizo a los programas de salud en Tailandia significó el retroceso de unas de las mejores medidas contra el Sida en el mundo. En cambio, cuando se desobedecieron las recomendaciones del FMI de recortar los gastos en educación en Uganda y de educación en Jordania, hubo grandes beneficios[300].

5.2. El hospital público en la lógica del mercado

El mejor espacio, pero no el único, para ilustrar el impacto de las recomendaciones de la banca internacional en el derecho a la salud es el hospital público. La nueva dinámica de los hospitales se debe, en buena parte, a la tendencia de manejarlos con la misma lógica que a una empresa de otro sector productivo, desconociendo las particularidades de la salud.

Como el paciente no sabe qué tipo de bienes pedir en el hospital, espera que el médico lo haga por él. Delega en el profesional la elección del tratamiento más adecuado y eso conduce al médico a esperar del hospital los medios materiales adecuados para prestar sus servicios. Pero esos medios ya no dependen de las necesidades en salud sino de la lógica empresarial la cual busca garantizar el "producto salud". "La teoría económica clásica indica que las entidades deben producir sobre la frontera óptima de producción y alcanzar además los niveles de eficiencia económica. Dada la incertidumbre de los servicios hospitalarios, combinada con la dificultad de rechazar un paciente en caso de urgencia, los hospitales casi nunca pueden trabajar sobre la frontera óptima de producción.[301]"

Además, la interdependencia entre un área hospitalaria y otra, hace muy difícil fabricar el "producto salud" dentro de la mayor eficacia económica. La oferta de bienes disponibles en todo momento genera, necesariamente, subutilización de recursos: por ejemplo, las salas de cirugía no pueden usarse el 100 por ciento del tiempo porque, entre otras cosas, se requiere tener algunas disponibles para urgencias; es decir, en la demanda de servicios de salud hay tendencias que se pueden identificar pero, en todo caso, la atención se mueve en un terreno de incertidumbre que obliga, inevitablemente, a la subutilización de servicios. Y esto produce ineficiencia económica.

300 STIGLITZ, El malestar en… *Op. cit.*, pp. 106-111

301 GAYNOR, M; ANDERSON, G. F; "Ucertain Demand, the Structure of the Hospital Cost, and the Cost of Empty Hospital Beds" *Journal of Health Economic, 14* 1995, pp. 219-317

Los hospitales pequeños, cuyo fin social es muy importante, especialmente en regiones apartadas, no tienen una demanda permanente de servicios y no cuentan con una población concentrada y grande que les reporte ingresos equivalentes a sus gastos. Allí la economía de escala no puede ser posible. Los hospitales pequeños existen para cubrir ciertas necesidades de una población dispersa cuya demanda de salud no será tan alta como para utilizar el 100 por ciento de la capacidad hospitalaria ni para garantizar su autofinanciación, pero esa incapacidad no sería argumento suficiente para cerrarlos.

Así se crea una falsa dicotomía entre calidad y hospital público, cuando lo que subyace es un debate de concepción del modelo de salud. Así, la única alternativa que tienen realmente los hospitales públicos es financiarse a través de sus usuarios. Hablamos de la demora en la atención (listas de espera), aumento del número de ciertos procedimientos (cesáreas[302]), disminución del número de exámenes de laboratorio, filtros en los servicios de urgencias y descuido de enfermedades mal llamadas tropicales que no tienen un puesto en el mercado de la salud, todas estas estrategias para aumentar la rentabilidad.

Pero, al final, los recursos son insuficientes, tanto para atender de manera íntegra como para pagar proveedores y personal, lo que genera un déficit, produciendo, además, prácticas de todo tipo tendientes a forzar el pago o, si se quiere decir en otras palabras, a garantizar la recaudación por los servicios prestados. Esto no es eficaz porque, en general, los clientes de los hospitales públicos tienen menos capacidad de pago y el problema no es administrativo sino del modelo mismo.

Sin embargo la banca internacional insiste en que los hospitales públicos deben convertirse en empresa y vender servicios de salud para hacer rentables. Es decir, la carga asistencial continúa y se aumenta, pero al tiempo se recortan subsidios estatales, viviendo así una clara dicotomía: o venden servicios o cierran sus puertas por baja rentabilidad. La racionalidad del gasto para buscar la excelencia termina generando otro tipo de prácticas tales como:

a) Selección adversa de pacientes (buscar atender población urbana, joven y económicamente rentable)

b) Limitaciones en los materiales por procedimiento para disminuir costos (con aumento de riesgos de re-hospitalización y/o de tratamientos incompletos)

302 GÓMEZ, Olga Lucía; CARRASQUILLA, Gabriel: "Factores asociados a cesárea no justificada en cuatro hospitales de Cali, Colombia" *Vía Salud, núm. 12* (Bogotá, 2000), pp. 24-29

c) Creación de requisitos inexistentes en la ley para exigir a los pacientes (para materializar la selección adversa de pacientes).

d) Sobrefacturación para recibir más recursos (presentar cuentas al Estado de haber cubierto más demanda para beneficiarse con más subsidios a la demanda).

e) Aumento de la carga asistencial por médico por unidad de tiempo (buscar reducir o a o menos estancar el gasto en personal para aumentar las ganancias).

f) Disminución de ventajas salariales o renegociación de acuerdos laborales (flexibilizar las relaciones laborales del personal sanitario).

g) No aumento salarial o, incluso, disminución.

h) Aumento de contratación de personal administrativo.

i) Sujeción de la función y de la remuneración al desempeño.

La gestión de los hospitales recurre a un nuevo tipo de lógica para evaluar el personal de salud y sus logros, por ejemplo midiendo la utilización efectiva del tiempo contratado por trabajador (número de pacientes por médico por unidad de tiempo). Con este indicador, la prioridad médica no es la calidad del servicio sino el volumen de pacientes. Así, el hospital público queda, dentro de esta lógica del mercado, compitiendo en la venta de servicios con los hospitales privados, pero sin que haya igualdad en los deberes entre los dos: el hospital público debe responder por la atención de las personas sin capacidad de pago. Se determina así un marco de responsabilidad igual para instituciones de naturaleza y regímenes diferentes cuya competencia no significa, como afirman algunos, una actividad complementaria sino un subsidio del Estado a los servicios privados.

Además de esas dinámicas institucionales, también las reformas empujan al personal de salud a nuevas dinámicas en el ejercicio de su profesión. El médico tiene que someterse a listas de procedimientos y medicamentos dentro de la lógica de "racionalización de los servicios de salud". Si a esto agregamos el desempleo médico, los bajos salarios, las condiciones de contratación que se han impuesto en los últimos años (flexibilización de las relaciones laborales), esto permite entender cómo la autonomía médica desaparece.

La flexibilización de las relaciones laborales[303] del personal de salud, aumenta la mala calidad en el servicio, se trabaja contra el tiempo y la ética queda relegada a un segundo plano. Con esta nueva dinámica laboral es comprensible que los médicos busquen, ahora más que nunca, toda la rentabilidad que les sea posible. Este nuevo marco laboral no justifica la crisis ética del personal de salud, pero muestra cómo las nuevas reformas en salud generan procesos que determinan el ejercicio del acto médico. Sin embargo, otros ven detrás de la crítica médica a las reformas algo diferente a la ética, pero –aunque esto sea cierto- las argumentaciones contra los profesionales de la salud no eximen a las directivas hospitalarias de su responsabilidad por incidir en tales comportamientos.

Pero volvamos al punto central del debate: la pregunta por el mejor camino para garantizar la eficacia y la calidad. Luego de revisar las reformas en salud en varios países de la Unión Europea, Immergut concluyó que:

> *"A pesar de la retórica de la competencia y de los mercados, todavía no existe ningún ejemplo convincente de una nación que haya reducido sus costes sanitarios y mejorado la eficacia por medio de la supresión de regulaciones privatizaciones o estímulos de obtención de beneficios. La competencia trae consigo la duplicación de los servicios y una carga de riesgos. Las instituciones establecidas de administración de la sanidad, los que la administran y el público han luchando contra ellos. No sólo es confusa la definición de eficiencia en sanidad, sino que la entrada del gobierno en el área de la sanidad se ha producido porque los mecanismos de mercado han demostrado ser incapaces de solucionar las necesidades de la sanidad. Las necesidades sanitarias no se traducen necesariamente en demandas efectivas del mercado"*[304].

A inferencias semejantes llega Hsiao y explica que los países desarrollados contaron con mecanismos de naturaleza estatal para desarrollar servicios de salud más o menos adecuados. Otra conclusión es que para controlar el gasto en salud se necesita de un ente central que regule, pues poco ayuda a este fin la proliferación de instituciones. Se entiende que la financiación es sólo un medio para lograr los objetivos del sistema de salud y no un fin en sí mismo.[305]

---

303 Utilizamos esta categoría, flexibilización, debido a su uso masivo, no sin precisar que, siguiendo a Stiglitz, la llamada flexibilidad del mercado laboral "en la práctica ha sido simplemente una expresión en clave que significa salarios más bajos y menor protección laboral". STIGLITZ, *El malestar en… Op. cit.*, p. 115

304 IMMERGUT, Ellen: "Sanidad: la política… *Op. cit.*, p. 71

305 HSIAO, William: "Qué pueden aprender todos los países de la experiencia de los países desarrollados en la financiación de la atención sanitaria", en: *Anthropos, núm. 118-119* (Barcelona, mar-abr. 1991), pp. 99-111

5.3. Los "maravillosos" años 1990

Como quedó dicho, durante los años 1970 y 1980, se evidenció en la América Latina el fracaso del modelo de Importación por Sustitución de Importaciones (ISI), el crecimiento exagerado del tamaño y del gasto del Estado, el gran peso de la deuda externa en los países de la región, el aumento de las corrientes que propugnaban cambios de las políticas económicas mediante el desarrollo de medidas de modernización del Estado[306] y de políticas de estabilización macroeconómica, y ajuste estructural, en el afán por corregir los errores del modelo ISI y por garantizar la estabilidad económica necesaria.

Después de la llamada "década perdida", América Latina entró en un período de recuperación, aunque consciente de que superar completamente las secuelas de la crisis implicaría un inalcanzable crecimiento anual del 11,5 por ciento.[307] En el primer quinquenio de los 90, la región logró un crecimiento promedio del PIB de 3,4 por ciento (en comparación con un crecimiento de 1,1 por ciento para todo el período 1980-90); desde 1992 desapareció el fenómeno de la hiperinflación (excepto en el caso brasileño) y se controló la tasa de desempleo; pero esto no ha impedido que la región haya ido perdiendo ventaja competitiva en los mercados internacionales[308].

El peso de la deuda externa sigue siendo importante aunque retocado por las continuas renegociaciones, facilitadas por las medidas de ajuste implementadas por los gobiernos. La deuda fue manejada a finales de los años 1980 mediante planes sucesivos llamados Plan Baker, Plan Baker B (plan que en la práctica nunca despegó) y Plan Brady que buscaban, en términos generales, la implementación de ajustes estructurales en los países deudores y la reducción de la deuda mediante diferentes mecanismos[309]. Según French-Davis y Devlin:

---

306 FRANCO, Rolando: "Reforma del Estado y nuevas orientaciones de las políticas sociales en los noventa" en: COLOMER, Antonio (coord.): *Economía, Sociedad y Estado en América Latina Contemporánea*, Fondo de Cultura Económica, Madrid, 1995

307 IGLESIAS, Enrique: "La transición económica latinoamericana. Perspectiva para los noventa", *El surgimiento de la economía iberoamericana*. Instituto de Estudios Fiscales, Madrid, 1992, p .17

308 Ver, en general: DEL RIO, Javier: *La década de los noventa en América Latina y el caribe: coyuntura y tendencias económicas*. mimeo, Universidad de Salamanca, 1998

309 FRENCH-DAVIS, Ricardo; DEVLIN, Robert: "Diez años de la crisis de la deuda latinoamericana", *Comercio Exterior*, (México, enero de 1993), pp. 13-16

> *"Pese a la retórica sobre la necesidad de financiar el ajuste de los países deudores, los acreedores lograron traspasarles el grueso de los costos de la crisis. La preocupación dominante no fue el ajuste socialmente eficiente del sistema, sino la salvación de los bancos comerciales y del sistema financiero internacional a un costo directo mínimo para los contribuyentes de los gobiernos acreedores"*[310]

Durante la década de los años 1980, Latinoamérica dedicó casi 224 millones de dólares al servicio de la deuda. Sin embargo, a finales de 1996 la deuda conjunta latinoamericana ascendía a 656.500 millones de dólares, lo que equivale al 30 por ciento de los ingresos por exportaciones de estas naciones[311].

5.3.1. El consenso de Washington

Algunos países probaron modelos liberales desde los años 1970 (Argentina, Chile, Uruguay y Perú)[312], muchos otros probaron diferentes estrategias durante los años 1980, pero en general todos ajustaron sus economías durante la década de los noventa. Las experiencias fueron dispares y las vías con matices. En el afán por examinar los avances en estos procesos y unificar políticas económicas, se fue conformando lo que se conoce como el Consenso de Washington[313]. El Consenso de Washington busca: a) un marco macroeconómico sólido, b) un Estado eficiente y de menor magnitud, c) un sector privado eficiente y en expansión, y d) políticas para la reducción de los niveles de pobreza[314].

Las criticas al llamado Consenso de Washington censuran que su lectura sea bastante general y abstracta para convertirse en una guía para la estabilización con crecimiento, cuestionan que no propone nada para la solución de la brecha externa originada en el endeudamiento, y no comparten que promueva eliminar los impuestos a las exportaciones (impuestos que son vitales para algunos países,

---

310 *Op. cit.*, p. 16

311 "La gran banca internacional se lanza con sus créditos a América Latina". *Wall Street Journal*, citado por *El Tiempo*, (Bogotá, julio 9 de 1997), p. 5B

312 BRASSEUL, Jacques: "El resurgimiento del liberalismo económico en la América Latina (1973-1981)", en: MÉNDEZ, Sofía (comp.): *La crisis internacional y la América Latina*, Fondo de Cultura Económica, México, 1984, pp. 178-212

313 En general, ver: WILLIAMSON, John (Ed.): *Latin American Adjustment. How much has happened?*. Institute for International Economics, Washington, DC, 1990

314 FANELLI, José María; FRENKEL, Roberto; ROZENWURCEL, Guillermo: "Crecimiento y reforma estructural en América Latina. La situación actual", en: VIAL, Joaquin (Comp.) *¿A dónde va América Latina? Balance de las Reformas Económicas*. CIEPLAN, Santiago de Chile, 1992, pp. 19-20

por ejemplo, los provenientes de los productos naturales). Además, se le critica alimentar la noción de que la aplicación de las reformas adecuadas llevaría automáticamente al aumento de la inversión extranjera, lo que no se observó en los casos de Uruguay, Bolivia y México[315].

Existe un consenso en que la estabilización es requisito previo para el crecimiento, aunque el crecimiento no es necesariamente el resultado de las medidas de estabilización. Pero la estabilización no es suficiente a largo plazo, si no se acompaña de reformas que disminuyan los gastos del Estado, lo hagan más eficiente y eficaz[316]. Las reformas se dan en medio de un complejo panorama en el que se conjugan:

a) Elementos económicos: fracaso del modelo ISI, etapa de recuperación de la crisis de la deuda externa, internacionalización de los elementos económicos, elevada movilidad de capitales.
b) Elementos políticos: caída del muro de Berlín y del bloque socialista, condicionamientos de renovación y renegociación de préstamos a la adopción de ciertas políticas económicas, y aumento de la vulnerabilidad social.
c) Elementos ideológicos: auge de una doctrina económica que sustenta la creación de una epistemología comunitaria trasnacional alrededor de las reformas político económicas[317].

Estas reformas se caracterizan por: a) liberalización de los precios, b) tendencia a desregulación de los principales mercados (incluido el mercado laboral y el de capital), c) eliminación de subsidios, d) búsqueda del equilibrio fiscal, e) eliminación de barreras no arancelarias, f) reducción de los aranceles aduaneros, y g) privatización de empresas públicas[318].

A la vez, la política social en el marco de las reformas promercado se centra en tres estrategias: focalización, descentralización y privatización[319], que incluyen la

315 *Op. cit.*, pp. 18-60. En contravía a este mismo supuesto, ver también: RAMOS, Joseph: "Un balance de las reformas estructurales neoliberales en América Latina", *Revista de la Cepal 62* (Santiago de Chile, agosto de 1997), p. 16
316 FANELLI, *Op. cit.*, pp. 45-48
317 BIERSTEKER, Thomas: "The triumph of liberal economic ideas in developing world", en: STALLINGS, Barbara (ed.): *Global Change, regional response*, Cambridge University Press, 1995, pp. 174-196
318 RAMOS, *Op. cit.*, p. 16
319 AHUMADA, "Política social…" *Op. cit.*, p. 15

disminución del gasto público y el pago diferido de la deuda externa. Esto implica una disminución en la oferta de empleo, recorte a los programas propios del Estado Social (salud, educación, vivienda), privatizaciones, desindustrialización, eliminación de subsidios, etcétera[320].

En 1997, una década después del comienzo de las reformas, en general, no se observaban resultados positivos contundentes y, en cambio, sí se registraba un crecimiento económico menor que el logrado en la etapa ISI y un elevado costo en su aplicación. Además, el poco progreso ganado se había concentrado de tal manera que no beneficiaba al grueso de la población[321].

Frente a la reforma tributaria hubo dos tendencias: a) la que hacía énfasis en la reducción del gasto –tendencia neoliberal- y b) la que lo hacía en el aumento de la tributación, -tendencia neoestructural- no por vía de nuevos impuestos sino por reducción de exenciones tributarias, la evasión y la ampliación de la base que tributa. Estos tipos de reformas se registraron como uno de los éxitos en el caso chileno, aunque se le criticó no ser tan progresivas como se esperaría, lo que sí logró la reforma tributaria mexicana de 1978[322].

En relación con la apertura comercial, generó su impacto más fuerte en 1990 con una importante afluencia de capitales a la región, lo que significó una pérdida de competitividad.[323] Con relación a la liberación financiera, que se ve ahora con mucha más fuerza en la región, ésta no ha conseguido producir los esperados efectos positivos con relación al ahorro[324].

La privatización, por su parte, se ha justificado por argumentaciones relacionadas con la burocracia, la corrupción e ineficiencia de lo público, y presionadas por necesidades reales de los Estados de obtener recursos a corto plazo; frente a las privatizaciones también hay diferencias entre las dos tendencias mencionadas: mientras la primera considera casi privatizar a cualquier costo, la segunda aboga por la búsqueda de una mayor ganancia al privatizar[325].

En general, Ramos afirma que los mayores logros se han dado, a pesar de lo anterior, en la reforma tributaria, la apertura comercial y la reforma al sistema

320 Ver: STHAL, "Política social en…" *Op. cit.*, pp. 48-71
321 *Op. cit.*, pp. 16-19
322 *Op. cit.*, pp. 20-21
323 *Op. cit.*, p. 23
324 *Op. cit.*, p. 24
325 Las privatizaciones han significado ingresos del 1 al 2 por ciento del PIB por año, y acumulativas del orden del 5 al 10 por ciento del PIB. Ver: RAMOS, *Op. cit.*, pp. 25-26

de pensiones; las políticas con balance negativo son las desarrolladas en el campo de los programas macro-económicos de estabilización y de liberación financiera.

5.3.2. La política social

La política social depende de dos elementos centrales inherentes al modelo de desarrollo: el papel asignado al Estado, y los recursos de que éste disponga para cumplir sus fines. Ambos elementos han sido replanteados en la región a partir de las crisis mencionadas: por un lado el Estado se hace más pequeño, menos interventor, cediendo cada vez más aspectos a las fuerzas del mercado y, por otro lado, los recursos disponibles son menores, tanto en valores relativos (del PIB destinado al gasto social) como en valores absolutos[326].

Las reformas de actual modelo han implicado un recorte a los programas propios del estado de bienestar produciendo una quiebra en la política social, lo cual guarda relación con la precariedad del Estado de bienestar logrado en la región y del carácter marginal que se otorga a las políticas sociales.

Pero, los procesos de cambio en la política social no se dan de manera absoluta y/o tajante en el tiempo y en sus diferentes aspectos, lo que permite hablar de un momento de transición a lo largo de la década de los 90, entre el declinar del paradigma de política social dominante en la etapa ISI y un paradigma emergente, acorde con la nueva realidad económica de la región[327].

En el antiguo modelo, todas las funciones (dirección, organización, prestación de servicios y evaluación) dependían de un solo agente: el Estado; ahora el Estado se contrae para hacerse responsable sólo parcialmente de unas funciones y deja otras al sector privado.

En el marco de la focalización, la descentralización y la privatización, se han ido aplicando a los nuevos modelos de salud de América Latina, por orientación del FMI y del Banco Mundial: a) focalización a través de programas de subsidio a población pobre, b) descentralización de los procesos administrativos y financieros en salud y educación, y c) privatización de servicios sociales.

---

326 Ver, en general, sobre el gasto social en la región: CEPAL: *El gasto social en América Latina: un examen cuantitativo y cualitativo*. Naciones Unidas, Santiago de Chile, 1994

327 FRANCO, Rolando: "Los paradigmas de la política social en América Latina", *Revista de la Cepal 58* (Santiago de Chile, abril de 1996), pp. 9-22

El modelo, por lo menos en lo teórico, deja de ser burocrático para funcionar por proyectos, renuncia al monopolio estatal en aras de una pluralidad de subsectores, pasa de una financiación estatal a un modelo de co-financiación, pasa de subsidio a la oferta a subsidio a la demanda, implementa mecanismos de focalización y se nutre de los procesos de descentralización[328]. Para el caso de la descentralización, ésta se mueve entre ser un mecanismo de democratización de las soluciones o ser una forma de desconcentración problemas, con argumentos a favor y en contra, entre los que sobresale el debate sobre la potencial desigualdad producida entre regiones con diferencias de ingresos. De la misma manera, existe el debate sobre la participación de la llamada "sociedad civil" para cogestionar, por ejemplo, servicios de salud y de educación[329]. Todos estos elementos luego se manifiestan específicamente, por ejemplo y para el caso que nos interesa, en el sector salud.

El debate es: a) si el Estado se moderniza para cumplir con sus fines o b) si para evadir sus fines se moderniza. En la práctica, con lo ya dicho sobre impacto negativo de la aplicación de los modelos, pareciera más lo segundo, máxime cuando estrategias específicas no logran su cometido, por ejemplo los subsidios a la población pobre.

En efecto, en 1990 la pobreza creció acompañada de tensiones sociales que llevaron al Banco Mundial (y a los Estados) a desarrollar prácticas focalizadas de subsidio a población pobre y excluida[330], que toma forma mediante planes específicos –fondos estatales contra la pobreza- recomendados para tal fin por el FMI y el Banco Mundial, tales como Pronasol en México, Red de Solidaridad Social en Colombia, el Fondo de Emergencia Social en Bolivia, y el Fondo de Solidaridad e Inversión Social en Chile[331]. Salvo estos subsidios, puntuales y escasos, el modelo propuesto tiende a la eliminación de todo tipo de subvención y/o subsidio por parte del Estado A pesar de estos esfuerzos contra la pobreza y, tal vez por lo puntuales, tales programas no impidieron que entre 1990 y 1994, hubiese un aumento de 197 a 209 millones de pobres[332].

---

328 FRANCO, Rolando: "Los paradigmas…" *Op. cit.*, pp. 13-21

329 LECHNER, Norbert: "La (problemática) invocación de la sociedad civil" *Espacios, núm 4*. (San José de Costa Rica ,1995). p. 4-13, y MAIHOLD, Gunter: "Gobernabilidad y sociedad civil" *Espacios, núm. 4* (San José de Costa Rica, 1995), p. 67-77

330 MESA-LAGO, Carmelo: "Desafíos actuales de la seguridad social en América Latina", en: *Contribuciones, núm.1* (1997), pp. 32-34

331 CEPAL*: Panorama Socia en América Latina. 1994*. Santiago de Chile, 1995, pp. 112-114

332 CEPAL: *Panorama social en América Latina, 1996*, CEPAL, Santiago de Chile, 1997, cap. I-20

Para Mesa-Lago: "el pago de la deuda externa y los programas de ajuste estructural obligaron al Estado a recortar los gastos en salud pública, a posponer sus aportes a la seguridad social y a menudo a sustraer reservas del sistema"[333]. Ante estos tres mecanismos, como prácticas gubernamentales, es lícito hablar de la crisis de la seguridad social que afectó la región en la llamada "década perdida".

5.3.3. Los servicios de salud

Algunos de los elementos que contextualizan la agresiva privatización de los servicios de salud de Chile son, precisamente: a) el gran impacto de la deuda externa, b) la dictadura que aplastó manifestaciones de los grupos vulnerables y c) la fe en la Escuela de Chicago. No es este el caso colombiano, donde: a) el impacto de la deuda externa fue el menos grave de la región, b) la movilización social –a pesar del conflicto armado y de lo cerrado del espacio político- logró cuestionar –o a lo menos aplazar- medidas radicales pro-mercado y c) la Escuela de Chicago era vista, para el caso del sector salud, como la causante del mal ejemplo chileno.

El curso de la ISI, el peso de la crisis y, por tanto, la profundidad de las medidas implementadas cambian de un país a otro; Brasil logró la producción de bienes de capital que no se dio en otros países y esto contribuye a explicar el tipo de reformas, las fortalezas frente a la crisis y los logros obtenidos; mientras Chile recibió ayuda internacional importante para realizar sus reformas, otros países con menos han tenido graves problema para obtener inversión extranjera, como es el caso de Bolivia.

En general, se observan elementos comunes de las políticas sanitarias de la región y del tipo de reformas en curso, entre las que vale enumerar:

a) En los modelos de servicios previos predomina un modelo de extensión vertical entendiendo como tal la situación en la cual un grupo minoritario de la población incrementa su cobertura de riesgos y prestaciones acumulando beneficio sobre beneficio, mientras la mayor parte de la población está excluida o cuenta con servicios mínimos[334]. En este ámbito se observan privilegios a sectores sociales (a las Fuerzas Armadas en los casos chileno, colombiano, argentino y cubano, por ejemplo), o ciertas áreas de producción (empleados petroleros mexicanos).

333 MESA-LAGO, Carmelo: "Desafíos actuales…" *Op. cit.*, p. 41
334 *Op. cit.*, pp. 35-36

b) Persiste una estructura de servicios desarticulada que duplica esfuerzos y recursos, esta inexistencia de sistemas nacionales de salud afecta su eficacia y su control; además los sistemas duales de salud son inequitativos al distribuir la población en dos sectores: uno de mejores condiciones, urbano y trabajador formal (atendido por el seguro social) y otro rural y/o trabajador informal cuya asistencia médica depende de la red de hospitales públicos del Ministerio de Salud[335]. Los modelos tripartitos en su financiación (Estado, cotizantes y empleadores) para brindar la salud por medio de institutos de seguros sociales y desarrollados en el área andina, estaban inspirados en el modelo alemán Bismarkiano[336].

c) Un concepto de salud vinculado a los servicios con énfasis en procesos curativos (no en prevención de la enfermedad y promoción de la salud), intensivos en capital, tecnología avanzada y con personal altamente especializado.

d) Las reformas en salud incorporan elementos que derivan de recomendaciones comunes a todos los países por parte de organismos internacionales (por ejemplo: descentralización de servicios y focalización de subsidios).

e) Estas recomendaciones se han planteados en cursos más o menos homogéneos de procesos precisos como planes de atención, formas de contratación y políticas de medicamentos, entre otros.

f) El problema es que en esta vía, como sucede en el caso colombiano, los Ministerios de Salud dejarían de ser directores de los sistemas de salud para reducirse a reguladores de una red de servicios en la que se mezclan servicios públicos y servicios privados (como es el caso de Chile, Colombia, Argentina y Perú)[337]. La idea dominante es la incorporación cada vez mayor del sector privado en la administración de fondos de salud (Chile y Colombia), en los cuales hace una presencia importante el capital financiero[338].

---

335 Ver, en general: UGALDE, Antonio: "La integración de programas de salud en un sistema nacional de salud", en: MESA-LAGO, Carmelo (comp.): O*p. cit.*, pp. 136-176

336 GUZMÁN, Fernando; REDONDO, Herman: *La reforma de la salud y la seguridad social en Colombia*. Biblioteca Jurídica, Federación Médica Colombiana, Bogotá, 1999, 135-143

337 FRANCO, Rolando: "Los paradigmas de…" O*p. cit.*, p. 14

338 Para el caso chileno, ver MESA-LAGO, Carmelo: "Diversas estrategias frente a la crisis de la seguridad social: enfoques socialista, de mercado y mixto" en: MESA-LAGO, Carmelo (comp.): *La crisis de la seguridad social y la atención a la salud*, Fondo de Cultura Económica, México, 1986, p. 384-396; y para el caso colombiano, ver: JARAMILLO, Ivan: "La puesta en marcha de la ley 100". Salutad, núm 1, Bogotá, 1997

g) El énfasis en la administración como herramienta para la contención de costos es alto, al punto que se han disparado los gastos en actividades administrativas sin que haya aumentado de la misma manera el número de personas cubiertas[339]. Este pensamiento ha generado una forma de explicación de las crisis hospitalarias en la mala administración sin trascender a la discusión del marco de reformas de salud que se vienen dando.

h) Se cambia el subsidio a la oferta por subsidio a la demanda[340], cambio de subsidio que requiere obviamente de más de un oferente de servicios. Esta presencia de varios oferentes implicaría, en el modelo teórico, la búsqueda del mejoramiento de las instituciones y de la calidad de servicios de tal manera que sean competitivas, noción dentro de la cual es la fuerza del mercado la que mejora las instituciones y eleva la calidad de los servicios en un contexto abstracto de mercado perfecto.

Recapitulando, podemos decir que el cambio de gobiernos de facto por gobiernos democráticos, no afecta las medidas económicas sino que busca fortalecer una nueva institucionalidad que no, por ser civil, es menos autoritaria (Fujimori en el Perú), o en la que militares de carrera llegan al poder por vías democráticas (Banzer en Bolivia). Esta nueva oleada democratizadora implementa fórmulas comunes como la descentralización, ó la formulación de nuevas constituciones, que representan en ultimas una nueva forma de entender el papel del Estado ante una economía internacionalizada, ante la idea de Estado social y, por ende, ante una nueva agenda económica en la que el gasto público debe reducirse.

La causa real de los nuevos modelos no era la búsqueda de la salud sino el control del gasto público y la conversión de la salud en un producto del mercado. Luego del fracaso de la aplicación de medidas a favor del mercado de manera extrema en el sistema de salud chileno durante la dictadura de Pinochet y con el inicio del proceso de transición política en Chile, se empezó a perfilar un modelo de sistema, para América Latina, que conjugaba un

339 Casi el 19 por ciento del total de gastos en seguridad social en la región (incluyendo pensiones) se iba en el rubro administración, mientras que en países industrializados con cierta eficiencia, los gastos administrativos están entre 2 y 4 por ciento. Ver: MESA-LAGO, Carmelo: "Desafíos actuales…" *Op. cit.*, pp. 37-38

340 Esto se observa, para el caso colombiano, que es el más desarrollado en este sentido, ver: MINISTERIO DE SALUD y MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL (Colombia): Sistema General de Seguridad Social en Salud, (Ley 100 de1993).

discurso ideológico promercado, una presentación política aceptable, un marco jurídico proteccionista, un modelo de financiación por aportes, mecanismos de participación comunitaria, conjugación de sistemas público y privado de salud, procesos de descentralización, focalización y privatización.

Pero en esta marco, el financiamiento del sector público y por ende su supervivencia queda reducida a la venta de servicios, lo que obliga a los hospitales públicos a caer en sistemas de competición (llamado de "contención de costos") que se materializan en las formas de contratación del personal de salud, baja calidad de los servicios, disposición de poco presupuesto para el mantenimiento de equipos e instalaciones (desequilibrio financiero para favorecer el gasto a expensas de la inversión), selección adversa de pacientes (de acuerdo a su capacidad de pago) y programas de recursos humanos de corte draconiano.

La aplicación del modelo neoliberal no ha elevado la calidad de vida de las personas ni tampoco ha mejorado las posibilidades de las industrias nacionales. La conflictividad social aumenta en el marco de la aplicación del nuevo modelo a lo largo de América Latina, como se observa recientemente en los países del área andina. En el caso de la salud, el cierre y/o el deterioro de las redes públicas de servicios de salud están al orden del día y parecen un paso previo a su desmantelamiento. Los criterios empresariales de rentabilidad no pueden ser aplicados, de igual manera, por un hospital privado que atiende una población con altos recursos y bajo riesgo de enfermar, que un hospital público que atiende a población pobre con altos niveles de enfermedad.

6. La reforma a la salud en Colombia

En el período 1976-1988 se expresan en el nivel colombiano las variables latinoamericanas: la deuda externa, el tamaño del Estado, el intervencionismo, los primeros ensayos promercado, la ineficiencia de las empresas estatales y la búsqueda de una respuesta desde una más adecuada estructura organizativa del sector[341]. En este período, los gobiernos colombianos desarrollaron sus políticas de salud dentro de los planes de desarrollo, existiendo más o menos un consenso sobre las metas (aumento de coberturas, disminución de diferencias entre áreas urbanas y rurales, disminución de las tasas de morbi-mortalidad, utilización máxima de la estructura hospitalaria, articulación de los diferentes servicios, y formación del recurso humano) pero con grandes debates sobre los medios para lograrlas, con "un desfase significativo entre tales planes y la realidad de su ejecución".[342]

6.1. El derecho a la salud antes de la Constitución de 1991

La llamada legislación sanitaria no resolvía, hasta 1991, dos problemas centrales: ¿qué entiende por salud el legislador y más aún, el constituyente? ¿Eso que ellos entienden por salud, puede considerarse un derecho? Frente a lo primero, se observan figuras abiertas o cambios acordes con las etapas de la salud mencionadas, con lo cual se adoptan finalmente fórmulas carentes de contenido o de límites jurídicos[343]. Con respecto al segundo problema, la salud aparece, con ciertos matices, como un deber del Estado, pero, en rigor, no como un derecho humano. La Constitución de 1886, que rigió en Colombia hasta 1991, no contenía referencias a la salud en ningún sentido, menos aún como derecho.

---

341 Para este período, ver: MINISTERIO DE SALUD (Colombia) *La Salud en Colombia. Análisis socio-histórico*, Bogotá, 1990, pp. 72-86

342 MINISTERIO DE SALUD y otros: *La Salud en Colombia. Análisis… Op. cit.*, p. 76

343 La más socorrida es la clásica definición de la OMS: "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades". Ver: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: "Constitución de la…" Op. cit., p. 23

Salvo disposiciones generales, el derecho a la salud antes de 1991 se reduce a su desarrollo legal, especialmente en el Código Sanitario Nacional de 1979 (ley 9 de 1979) y posteriormente en la ley 10 de 1990. La primera de estas leyes y otras disposiciones dispersas en diferentes normativas constituyen una red que apunta, más o menos, al desarrollo de una legislación sanitaria, al tocar temas tales como la protección del medio ambiente, la salud ocupacional y el manejo de alimentos.

Podemos aquí repetir, sin equivocarnos, las observaciones al modelo de salud que tuvo España antes de la Constitución de 1978: "el ordenamiento jurídico sanitario de la etapa preconstitucional estaba integrado por normas en las que había primado, sin excepción, más la preocupación por la corrección técnico-sanitaria de la intervención que por la adecuación de las técnicas jurídicas elegidas a las exigencias del Estado de Derecho"[344].

En resumen, puede hablarse de los siguientes períodos del tratamiento a la salud entre 1886 y 1991: hasta 1936, la salud se abordó prioritariamente desde la caridad y la beneficencia; desde 1936 hasta 1946, la salud se trató como un deber subsidiario del Estado y como un derecho para exigir a terceros. Desde 1946 hasta 1990, la salud se entendió como un derecho de los trabajadores; finalmente, desde 1990 hasta 1991, se miró el derecho a la salud como un derecho al servicio. Más adelante veremos el cambio del enfoque en 1991 con la nueva Constitución: la salud como derecho constitucional.

Las principales causas que explicaron la ineficacia del sector salud antes de 1990, fueron: a) la ausencia de una política de salud coherente[345], b) la falta de integralidad del sistema y su gran énfasis en lo curativo, c) la presencia de disociaciones entre necesidades y prácticas, es decir, la limitada capacidad de gestión. El análisis financiero muestra que con los mismos recursos, en condiciones más o menos similares, otros países han logrado mejores resultados[346].

---

344 MUÑOZ MACHADO, Santiago: *La formación y la crisis de los servicios sanitarios, Alianza*, Madrid, 1995, p. 88

345 Según el estudio, no hay "política hospitalaria, ni una de investigaciones, ni de medicamentos, ni de recursos humanos, ni de educación en salud, ni de calidad de los servicios, ni unos objetivos nacionales de salud". MINISTERIO DE SALUD (Colombia): *La Salud en Colombia. Hallazgos y Recomendaciones*, Bogotá, 1990, p. 22

346 MINISTERIO DE SALUD y otros: *La Salud en Colombia. Hallazgos… Op. cit.*, pp. 48-54

6.2. La Salud en la Constitución Política de 1991

La Constitución de 1991 da al país una nueva definición al pasar del Estado de Derecho (Constitución de 1886) a "Estado Social de Derecho" en el que son fines del Estado "garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución"[347] rechazando la interpretación retórica del Estado social. En palabras de la Corte Constitucional, "el Estado social y democrático tiene una concreción técnica en la noción de servicios públicos" no de manera accidental sino deliberada, pues "el constituyente al acoger esta forma de organización político-social elevó a deber constitucional del Estado suministrar prestaciones a la colectividad". Así pues, "los servicios públicos no pueden verse como una pesada carga que recae sobre el Estado burocrático sino como un logro conceptual y jurídico de los ciudadanos en su propio beneficio. La noción de servicio público expresa una transformación política que se traduce en la subordinación de los gobernantes a los gobernados" subordinación que determina la propia legitimidad del gobernante pues ésta, en últimas "depende del cumplimiento de sus deberes sociales y de la eficacia de la gestión pública"[348].

En principio, la Constitución establece el derecho a la salud como parte de la seguridad social. La Corte Constitucional entiende el concepto de seguridad social como el "conjunto de medios de protección institucionales frente a los riesgos que atentan contra la capacidad y oportunidad de los individuos y sus familias para generar ingresos suficientes en orden a una subsistencia digna[349]".

De lo anterior se deducen varias cosas: en primer lugar, la responsabilidad estatal en la dirección del Sistema de Salud no se reduce a su coordinación o a hacer asesorías técnicas o desarrollos reglamentarios. Es decir, las fallas que tenga (o pueda tener) el Sistema es un asunto del Estado. De la jurisprudencia de la Corte se deducen también los principios que rigen el sistema de salud: el de eficiencia, que consiste en "la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a los que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente"[350]. Este principio implica: a) aceptar una tensión entre los recursos

347 Artículo 2, *Constitución Política de Colombia*

348 CORTE CONSTITUCIONAL: .Sentencia T-540, septiembre 24 de 1992. MP: Eduardo Cifuentes.

349 CORTE CONSTITUCIONAL: Sentencia T-116 de marzo de 1993. MP: Hernando Herrera.

350 Los principios aquí citados corresponden a como se definen en al artículo 2 de la Ley 100 de 1993

'disponibles' y los 'necesarios' para garantizar un mínimo digno básico. b) El deber estatal de garantizar el acceso a los servicios y su calidad. c) La oferta en salud que se reglamente debe ser suficiente para dar cuenta del núcleo básico.

El principio de universalidad habla de "la garantía de protección para todas las personas, sin ninguna discriminación en todas las etapas de la vida"; la universalidad es central en la reglamentación a que tenga lugar la salud en la ley. No pueden, entonces, desarrollarse ofertas de servicios o planes de salud que estén basados en algún tipo de discriminación, por ejemplo, en relación con la posición económica o el poder adquisitivo. Pero este principio tiene en la norma excepciones precisas: la ley 100 y el sistema general de salud "no se aplica a los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional"[351].

Las normas generales del sistema, permiten afirmar que: a) se retoma la idea ya presentada de la salud como servicio público. No porque el servicio de la salud se haga a través de instituciones privadas deja de ser un servicio público, ni tampoco deja de ser objeto de regulación estatal. b) Se entiende que el acceso de todas las personas a la salud debe respetar el principio de igualdad y de equidad. c) El Estado no puede delegar a los particulares su deber de regular los servicios de salud. d) La atención básica en salud es gratuita. En el caso de los niños la Constitución plantea que la salud es un claro derecho fundamental[352] y determina de manera explícita que los niños menores de un año que carezcan de afiliación a la seguridad social tendrán derecho a recibir atención gratuita en todas las instituciones de salud que reciban aportes del Estado, aunque en la práctica esta obligación se exige casi únicamente a los hospitales públicos.

6.3. Sistema de salud en Colombia

6.3.1. Planes de salud y regímenes de beneficios y entidades

El sistema contempla dos regimenes: el subsidiado y el contributivo, y tres regímenes de beneficios: el POS contributivo, el POS subsidiado y los planes de salud complementarios. El Régimen Contributivo está destinado a cubrir a las personas de una empresa o entidad con contrato de trabajo y a trabajadores

[351] Artículo 279, Ley 100 de 1993
[352] Artículo 44, *Constitución Política de Colombia*

independientes con capacidad de pago, es decir, que devengan más de dos salarios mínimos mensuales. El monto de la cotización se establece sobre la base del salario del afiliado: se cotizan al sistema 12 puntos (12 por ciento), discriminados así: el empleado aporta 4 puntos y el empleador 8 puntos. De acuerdo con la ley, esa cotización debe cobrarla la EPS y entregarla al Fondo de Solidaridad y Garantía. El Fondo reconoce una cuantía fija mensual por persona (Unidad de Pago por Capitación, UPC) a la EPS, que se calcula independiente del monto en términos absolutos cotizado por el trabajador y su empleador.

El segundo régimen es el subsidiado. El régimen subsidiado tiene por destino cubrir a todas las personas sin capacidad de pago. Se define como "el conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y de su núcleo familiar al sistema general de seguridad social en salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago total o parcial de una Unidad de Pago por Capitación Subsidiada, con recursos fiscales o de solidaridad"[353]. Su nombre obedece, en principio, a que el sistema paga un subsidio para sus gastos en salud. Pero ese subsidio no apunta, como lo mostraremos en la presentación del POS, a subsidiar de tal manera que todas las personas puedan recibir el mismo plan de salud en igualdad de condiciones sino que subsidia a partir de un plan ya diferenciado. El plan subsidiado es proporcional al valor reconocido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) para la UPC del régimen subsidiado (UPC-S). Se afilia, entonces, a la población pobre que el sistema de salud reconoce como tal. El CNSSS define la población prioritaria teniendo en cuenta que la afiliación es gradual y que esa gradualidad depende del volumen de recursos[354]. Es decir, mientras que el régimen contributivo tiene mecanismos de ingreso inmediato, el régimen subsidiado está supeditado al volumen de recursos.

Sobre el Plan Obligatorio de Salud, POS, dice la ley que "todos los afiliados al sistema general de seguridad social en salud recibirán un plan integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales"[355]. El POS busca "la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención

353 Artículo 2, Decreto 2357 de 1995
354 Artículo 29, Decreto 806 de 1998
355 Literal c, artículo 156, Ley 100 de 1993

y complejidad que se definan"[356]. El POS es pues la oferta reglamentada de servicios de salud. El Plan presenta dos modalidades: a) un Plan Obligatorio de Salud "completo", para las personas afiliadas al régimen contributivo (POS-C); b) un Plan Subsidiado (POS-S), la mitad del propio del régimen contributivo y destinado a las personas afiliadas al régimen subsidiado. Mientras el POS-C es claro en la ley, el Plan subsidiado queda a decisión del CNSSS[357]. La ley 100 de 1993 proyectó que antes del año 2001 habría una cobertura total y una igualación del POS-C al POS-S[358].

Por otro lado, los Planes Adicionales de Salud, también llamados Planes de Atención Complementaria, PAC, definidos en los decretos 1938 de 1994 y 806 de 1998, son "aquel conjunto de beneficios que comprenden actividades, intervenciones y procedimientos no indispensables ni necesarios para el tratamiento de la enfermedad y el mantenimiento o la recuperación de la salud o condiciones de atención inherentes a las actividades, intervenciones y procedimientos incluidos dentro del Plan Obligatorio de Salud". Esta definición crea una categoría de actividad "no indispensable / no necesaria" en la que elementos propios del servicio de salud dejan de entenderse como parte de la atención integral y se asumen como servicios 'suntuosos', pues se definen en la norma como los "no incluidos en el POS."

Las personas afiliadas y beneficiarias del régimen contributivo no entrañan en principio discusión: son afiliados los trabajadores cotizantes a la seguridad social y son beneficiarios sus familiares. Pero para la selección de las personas necesitadas de subsidio estatal hay discusiones sobre los criterios y los mecanismos más idóneos. La ley recurrió al Sistema de Identificación de Beneficiarios para Programas Sociales, Sisben, para determinar las personas merecedoras del subsidio y su magnitud[359].

Además de las personas cubiertas por el régimen contributivo y el subsidiado, existe un tercer grupo: el de aquellas que carecen de recursos pero que no han sido incorporados al sistema y por tanto no tienen ningún servicio de salud; entre ellas se destacan los indigentes, los indígenas y la población de áreas rurales de difícil acceso. El sistema los llama "vinculados" pero son, en rigor, desvinculados

356 Artículo 162, Ley 100 de 1993
357 Artículo 13, Decreto 806 de 1998
358 Artículo 157, Ley 100 de 1993
359 El Sisbén es un conjunto de normas y procedimientos para obtener información socioeconómica para focalizar el gasto social, representado mediante un indicador resumen de calidad de vida. MINISTERIO DE SALUD: *Organización de los Sistemas… Op. cit.*, p. 204

del sistema. Se calcula que bajo esta denominación se encuentran varios millones de colombianos (es decir, paradójicamente, 'no vinculados' al Sistema).

Las Entidades Promotoras de Salud, EPS, son las instituciones de orden administrativo que actúan como intermediarias entre la persona que necesita unos servicios y la entidad que los ofrece; es decir, entre el usuario y la Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, la IPS. Estas entidades "tendrán a cargo la afiliación de los usuarios y la administración de la prestación de servicios de las IPS"[360]. Por cada persona afiliada y beneficiaria, la EPS recibe una UPC (Unidad de Pago por Capitación)[361] de la que toma un porcentaje para sus gastos administrativos. Las EPS son las encargadas del recaudo de cotizaciones, del cual deben dar cuenta al Fondo de Solidaridad y Garantía[362].

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, son, según la ley, "entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del sistema…"[363]. Es decir, las IPS son las instituciones que brindan servicios de salud (hospitales, centros de salud, asociaciones de profesionales, consultorios). Estos sitios son contratados por las EPS, para que asistan en salud a sus afiliados, los cuales podrían, teóricamente, elegir libremente la IPS.

6.3.2. Financiación del sistema de salud

La Constitución de 1991 crea una nueva figura: el Situado Fiscal[364] como parte de los Ingresos Corrientes de la Nación. Estos ingresos son el conjunto de los recaudos nacionales por concepto de IVA, de impuestos de renta y al comercio exterior. A partir de los procesos de descentralización[365], corresponde al municipio la administración última de los recursos de la salud, cuya fuente es el 25 por ciento de los Ingresos corrientes de la nación. De ese 25 por ciento, 15 puntos se destinan al régimen subsidiado. El monto total recaudado, dividido por el valor de la UPC, da como resultado el número de personas que esos recursos pueden cubrir. Este es el llamado cambio del subsidio a la oferta (dar

360 Literal e, artículo 156, Ley 100 de 1993
361 Literal f, artículo 156, y artículo 182, Ley 100 de 1993
362 Artículo 177 y 178, Ley 100 de 1993
363 Literal i, artículo 156, Ley 100 de 1993
364 El Situado Fiscal se define como el porcentaje de Ingresos Corrientes de la Nación que será cedido a los departamentos y los distritos para la atención directa, o a través de los municipios, de los servicios de educación y salud. Artículo 356, *Constitución Política de Colombia*.
365 Ley 10 de 1990 y Ley 60 de 1993

recursos directamente a los hospitales) por dar recursos a los entes territoriales para que subsidien los requerimientos en salud de las personas (subsidio a la demanda).

Para el paquete restante de Ingresos Corrientes de la Nación no contemplados en el Situado Fiscal, la Constitución fija unos porcentajes para ser otorgados a los municipios con destinación exclusiva para inversión social. Finalmente, las rentas cedidas son los recaudos de impuestos que se realizan directamente en los departamentos y que tienen destinación específica para la salud, tales como loterías, cerveza y licores en general.

Para la administración de los recursos del sistema fue creado el Fondo de Solidaridad y Garantía, una cuenta cuya dirección está a cargo del Ministerio de Salud[366] cuya unidad de cálculo es la llamada Unidad de Pago por Capitación, UPC, la cual es una recomendación del Banco Mundial para controlar los gastos en salud que consiste en el pago anticipado (la cotización) de una cantidad fija por persona[367]. La UPC es el valor que anualmente reconoce el Fondo de Solidaridad y Garantía a las EPS por cada uno de sus afiliados. Existen dos tipos de UPC: la del régimen contributivo (UPC-C) y la del régimen subsidiado (UPC-S). Tienen distinto valor, la UPC-S es equivalente a la mitad del valor de la UPC-C. La etapa de transición para que el sistema unifique el valor de las UPC y por tanto unifique el Plan de Salud debía concluir, según la ley, en el año 2001[368].

Además de la cotización mensual, el sistema creó una segunda forma de pago: las cuotas moderadoras y los copagos, con el objeto de "regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso…", en el caso de las cuotas moderadoras, y los copagos "como finalidad ayudar a financiar el sistema". Las primeras, son aplicables a los afiliados cotizantes y a sus beneficiarios, mientras que los segundos, lo serán única y exclusivamente a los beneficiarios. En ambos casos, el soporte es el ingreso base de cotización del afiliado cotizante. Así, además de la cotización mensual de 12 puntos, las personas deben cancelar algo más por los servicios de salud que, en principio, aparecían integrales en el POS y cubiertos por la cotización de salud. Existen además las cuotas de recuperación,

366 Literal l, artículo 156, Ley 100 de 1993 y Artículo 5, Decreto 1283 de 1996

367 BANCO MUNDIAL y FONDO MONETARIO INTERNACIONAL: *Revista Finanzas y Desarrollo, septiembre de 1993*. Citado por: SINDICATO NACIONAL DE LA SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL: *La privatización de la salud en Colombia*. SINDESS, Bogotá, 1996, p. 34

368 Artículo 162, Ley 100 de 1993

que son los montos que deben aportar los beneficiarios del régimen subsidiado de acuerdo con el nivel del Sisbén en el que están ubicados. Dicho de una manera práctica, las cuotas de recuperación son los "copagos de los pobres", teóricamente, para evitar que abusen de los servicios de salud. Su pago se efectúa directamente a los servicios de salud.

6.4. La reforma a la salud

Las competencias del sector privado en materia de derechos humanos, del derecho a la salud, no deben entenderse como una renuncia del Estado a sus deberes, sino como la convicción de que, por un lado, los derechos humanos afectan también el espacio de las relaciones privadas y, por otro, de que los particulares están obligados al acatamiento de ciertos principios constitucionales, como el ya visto de la solidaridad. Según la Corte Constitucional:

> *"El Estado está obligado a hacer extensiva la fuerza vinculante de los derechos fundamentales a las relaciones privadas; el Estado legislador debe dar eficacia a los derechos fundamentales en el tráfico jurídico privado (…) Ahora bien, en última instancia el responsable de mantener la vigencia de los derechos fundamentales es el Estado. Es él quien tiene la tarea de establecer las normas que regulen —acorde con los derechos fundamentales— las relaciones privadas, así como sancionar las conductas que lesionen los derechos…*[369]*"*

La Corte Constitucional da la misma definición de servicio público independientemente si el prestador es del sector público ó del sector privado.

> *"Resulta claro que la tesis a cuyo amparo era considerada como de servicio público únicamente la actividad realizada por la administración, ha sido superada, razón por la cual lo corriente en la época actual es que se permita a los particulares, o a entidades provenientes del sector privado, acudir a prestar tales servicios, dentro de las prerrogativas que les otorgue el ordenamiento jurídico y, desde luego, sujetándose éstos a los controles especiales que contempla la normatividad en defensa de los intereses colectivos (…) Nos encontramos, entonces, ante la posibilidad de que los particulares puedan garantizar la prestación del servicio público, lo cual implica la concesión de ciertas prerrogativas, con obligaciones que corresponde cumplir al particular y que al mismo tiempo impone a la administración el deber de inspeccionar tales actividades"*[370].

369 CORTE CONSTITUCIONAL: Sentencia C-587, noviembre 12 de 1992. MP: Ciro Angarita Barón.
370 CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia: T-443, julio 6 de 1992, MP: José Gregorio Hernández.

Una vez aclarados estos dos aspectos, la exigibilidad jurídica de derechos humanos a instituciones privadas comprometidas en la oferta de un servicio público y los límites constitucionales a la libertad de empresa, podemos entrar al debate entre el sistema de salud y los derechos humanos.

6.4.1. Organización del sistema

El principal problema es la existencia de dos tipos de población de cara al sistema de salud y de los criterios que hay para su creación y definición, sobre la base de su capacidad de pago. Un sistema de salud basado fundamentalmente en la cotización sobre el salario, es más grave en un país con un índice importante de pobreza, desempleo, de subempleo y de empleo informal.

La segunda gran crítica al sistema de salud es la serie de exclusiones planteadas para el mismo régimen subsidiado. Muchas de esas exclusiones son incompatibles con la noción de integralidad de la atención planteada en el sistema. Y el tercer problema es la conjugación de los dos anteriores: las exclusiones y su impacto en el régimen subsidiado. Más allá de la lista de exclusiones, el gran inconveniente para la población del régimen subsidiado es la limitación que establece el sistema a unos gastos en salud que no pueden superar el costo de una ya diferenciada UPC para el régimen subsidiado. Esto se agrava porque el desarrollo del régimen subsidiado se ha aplazado y cuenta con unos frágiles mecanismos de administración, lo que da la idea de un sistema centrado en la garantía del régimen contributivo.

Por último, preocupa la lógica que predomina en el sistema: la lógica de la eficacia del servicio, entendida la eficacia en términos de rentabilidad, no de la garantía de la calidad que determina la ley. Este fenómeno permea todo el sistema, no sólo a las instituciones de salud privadas: en la medida en que el modelo determina que también las instituciones públicas deben ser autónomas en la gestión de sus recursos, y deben ser capaces de asegurar unos ingresos por venta de servicios de salud que sean, por lo menos iguales a sus ingresos para garantizar su propio equilibrio financiero.

Esa lógica ha llevado, tal como lo demuestran muchos testimonios cotidianos y además las mismas sentencias de jueces constitucionales, a la violación de varios derechos: la libertad, la intimidad, la dignidad y hasta la vida, por el desarrollo de prácticas que aseguren del cliente el pago de los servicios de salud para garantizar el equilibrio financiero y la supervivencia de los hospitales.

El hospital público queda, dentro de esta lógica del mercado, compitiendo en la venta de servicios con los hospitales privados, pero sin que haya igualdad en los deberes entre los dos: el hospital público debe responder por la atención de las personas del régimen subsidiado y por las llamadas vinculadas al sistema. La norma entonces determina un marco de responsabilidad igual para instituciones de naturaleza y regímenes diferentes cuya competencia no significa, como afirman algunos, una actividad complementaria sino un subsidio del Estado a los servicios privados[371].

6.4.2. Planes de salud

En la Constitución es clara la protección especial del Estado a las personas en condición de "debilidad manifiesta"[372], principio que constituye un elemento central en la discusión sobre la organización de los diferentes planes de salud. Esa interpretación se ha aplicado a casos concretos relacionados con prestaciones estatales:

> *"… El Estado debe proteger y atender de manera especial a las personas con debilidad manifiesta por su condición económica, física y mental. La situación descrita transforma la obligación genérica del Estado frente a las personas débiles o marginadas, en obligación específica y hace nacer el correlativo derecho a exigir las prestaciones correspondientes por parte de las personas en quienes concurran las circunstancias de debilidad manifiesta"*[373].

Según la ley, "todos los afiliados al sistema general de seguridad social en salud recibirán un plan integral de protección de la salud (…) que será denominado el plan obligatorio de salud"[374]. Pero tal integralidad se desvanece en la misma ley 100, pues no ofrece un servicio en igualdad de condiciones para todas las personas, sino que crea dos formas de administración y dos 'paquetes' de servicios, dos POS: uno para los cotizantes y otro para los que no tienen capacidad de pago. La norma además determina que "cuando el afiliado al Régimen Contributivo requiera de servicios adicionales a los incluidos en el POS deberá financiarlos directamente"[375].

---

371 FLEURY, Sonia: "¿Universal, dual o plural? Modelos y dilemas de atención de la salud en América Latina". Multicopiado, Fundación Getulio Vargas, Rio de Janiero, (sin fecha)

372 Artículo 13, *Constitución Política de Colombia*

373 CORTE CONSTITUCIONAL: Sentencia T-401, junio 3 de 1992. MP: Eduardo Cifuentes.

374 Literal c, artículo 156, Ley 100 de 1993

375 Parágrafo, artículo 28, Decreto 806 de 1998

El problema es que esta división de servicios basada en las formas de financiación, termina creando sistemas con tratos diferentes a sus usuarios, lo que implica la formación de ciudadanos de primera y de segunda clase: "mientras que en las políticas de seguridad social el beneficio es un derecho que el individuo posee dada su contribución al financiamiento del mismo, las políticas de asistencia pública revisten un carácter caritativo, una dádiva a los sectores más necesitados"[376]. Sobre el POS hay varias consideraciones:

a) La idea inicial conserva el cubrimiento de "todas las patologías" que, como veremos más adelante, se diluye en el desarrollo de la ley y de los decretos reglamentarios, con mecanismos como los "períodos mínimos de cotización" para ciertas enfermedades.

b) El Plan no depende de las necesidades de las personas sino a la definición que hace la ley, lo que "legitima" la reducción del derecho a la salud al marco legal y financiero que se determine. Así, la reglamentación de la ley 100 precisó una lista de exclusiones del POS contributivo[377] tales como: tratamientos de infertilidad, tratamientos de psicoterapia individual, corsés, sillas de ruedas y zapatos ortopédicos, medicamentos no autorizados o, literalmente, "medicamentos o sustancias que no se encuentren expresamente autorizados en el manual de medicamentos y terapéutica", transplantes de órganos (ciertos transplantes quedan autorizados pero supeditados a la "discrecionalidad" del médico), tratamientos de períodoncia, ortodoncia y prótesis, tratamientos de enfermedades crónicas, degenerativas, carcinomatosis, traumáticas o de cualquier índole en su fase terminal, o cuando de ellas no exista posibilidades de recuperación, tratamientos de carácter experimental y, finalmente, actividades, intervenciones y procedimientos no autorizados expresamente en el respectivo manual. Este último concepto tal vez el más peligroso de todos.

c) La reglamentación plantea que "la aplicación del Plan Obligatorio de Salud en sus diferentes fases y niveles de complejidad se desarrollará de acuerdo con el equilibrio financiero del sistema"[378]. El POS está supeditado no al perfil epidemiológico de las personas ni a las necesidades en salud sino a la viabilidad financiera del Sistema.

---

376 ISUANI, "*Seguridad social y…" Op. cit.*, p. 113; y en general sobre este debate, ver: pp. 113-128
377 Ver: artículo 15, Decreto 1938 de 1994 y Artículo 7, Acuerdo 8 de 1994, CNSSS
378 Artículo 12, Decreto 1938 de 1994

La discusión relacionada con los medicamentos 'esenciales' es una discusión específica. Esos medicamentos se definen no sobre la base de la necesidad médica de su uso sino "porque su costo se ajusta a las condiciones de la economía del país"[379]. El Defensor del Pueblo demandó esa primera reglamentación del POS, mediante una acción pública de nulidad, alegando la ausencia de elementos de universalidad y de integralidad[380], que sí aparecen en la ley 100 de 1993. Sin embargo, el Consejo de Estado denegó la demanda.

6.4.3. Población excluida

Es largo y complejo explicar la lista de excluidos del POS, los argumentos financieros a favor de la exclusión y los argumentos jurídicos en contra. Si bien es cierto que algunas de tales exclusiones se han modificado en reglamentaciones posteriores, esto no es relevante para nuestro debate el cual muestra la lógica excluyente con la que fue concebido el sistema.

Empecemos por citar las exclusiones de los elementos para los discapacitados, algunas de las cuales han sido derogadas por medios jurídicos. En uno de estos casos la Corte Constitucional dijo: "…de ahí, que no sean válidas desde la perspectiva constitucional las exclusiones o limitaciones a los servicios que proporciona el plan obligatorio de salud, cuando se afectan los referidos derechos. La Constitución es norma de normas y cuando se presente la incompatibilidad entre ésta y la ley o cualquier otra norma jurídica se aplicarán las disposiciones constitucionales…"[381]. En el caso de un niño sordo de nacimiento que requería un implante coclear, la Corte Constitucional consideró: "Es cierto que (el paciente) puede sobrevivir sin el implante coclear; pero cabe preguntarse, ¿en qué condiciones podría seguir viviendo? (…) El derecho a la vida implica una existencia digna y no una mera existencia (…) omitir un tratamiento o intervención quirúrgica que puede poner fin a una dolencia o malestar, es prolongar dichos estados indeseables y atentar contra la dignidad humana"[382]. La Corte también se ha pronunciado sobre lentes[383], zapatos ortopédicos[384] y cirugías que la EPS quería presentar como estéticas, cuando realmente tenían fines terapéuticos[385].

379 Parágrafo 1, artículo 23 del Decreto 1938 de 1994

380 La Acción Pública de Nulidad fue presentada por el Defensor del Pueblo ante la Sección Primera –Sala de lo Contencioso Administrativo del Consejo de Estado-, 9 marzo de 1995

381 CORTE CONSTITUCIONAL: Sentencia: T-640 de 1997, MP: Antonio Barrera.

382 CORTE CONSTITUCIONAL: Sentencia T-236, mayo 21 de 1998, MP: Fabio Morón.

383 CORTE CONSTITUCIONAL: Sentencia: T-645 de 1998, MP: Fabio Morón Díaz.

384 CORTE CONSTITUCIONAL: Sentencia: T-597 de 1993, MP: Eduardo Cifuentes

385 CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia: T-102 de 1998, MP: Antonio Barrera.

La reglamentación de la ley dice que se excluyen del POS "actividades, procedimientos e intervenciones de carácter educativo, instruccional o de capacitación que se lleven a cabo durante el proceso de rehabilitación, distintos a aquellos necesarios estrictamente para el manejo médico de la enfermedad y sus secuelas"[386]. Así, elementos necesarios para la rehabilitación médica y también social quedan excluidos del POS, desde la visión reduccionista de la rehabilitación y de la atención médica, que es común a las EPS. Con esa noción, varias EPS han negado la terapia de lenguaje y aparatos necesarios como los audífonos[387].

Otra exclusión es la realización de transplantes. Amparadas en la exclusión legal, las EPS han rehusado la prestación del servicio e incluso han dejado de prestar los demás cuidados como medicamentos y exámenes de laboratorio. Solo entre abril y junio de 2000, la Asociación de Enfermos Hepáticos reportó seis casos de pacientes que fallecieron por la negativa de las empresas[388]. Las EPS se escudan en que este tipo de tratamientos no hacen parte del POS, pero, además, tampoco hacen parte de las enfermedades llamadas catastróficas o de alto costo, con lo que las personas no tienen ningún mecanismo de cobertura para enfermedades como hepatitis B y C, cirrosis y falla hepática severa. Sobre casos de solicitud por vía de tutela de asistencia a pacientes con enfermedades hepáticas, "la Corte recuerda que la aplicación sin contemplaciones de las limitaciones y exclusiones previstas en las regulaciones que definen el POS vulnera el derecho constitucional a la vida y a la integridad física, de quien necesita el tratamiento no incluido en el POS, cuando (i) la falta del tratamiento vulnera o amenaza los derechos a la vida y a la integridad física de quien lo requiere; (ii) ese tratamiento no puede ser sustituido por otro que se encuentre incluido en el POS; (iii) el interesado no puede directamente costear el tratamiento ni las sumas que la EPS se encuentra autorizada legalmente a cobrar y no puede acceder al tratamiento por otro plan distinto que lo beneficie; y (iv) el tratamiento ha sido prescrito por un médico adscrito a la EPS de quien se está solicitando el tratamiento"[389].

Una tercera exclusión es relacionada con servicios de salud mental. Esta medida muestra lo ajena que fue a nuestra realidad la formulación del POS en particular y del modelo de salud en general: según el Ministerio de Salud, en el momento

386 Literal n, artículo 15, Decreto 1938 de 1994

387 CORTE CONSTITUCIONAL: Sentencia T-159 de abril de 1995. MP: Hernando Herrera.

388 "EPS no cubren enfermedades hepáticas severas. Ni se le ocurra enfermarse del hígado". *El Tiempo*, Bogotá, junio 27 de 2000

389 CORTE CONSTITUCIONAL: Sentencia T-1204, 14 de septiembre de 2000, MP: Alejandro Martínez.

de la reforma, alrededor del 40 por ciento de las personas tiene condiciones de riesgo para desarrollar una enfermedad mental[390]. A pesar de estos datos, el POS excluyó "tratamientos de psicoterapia individual, psicoanálisis y psicoterapia prolongada" que es la que sobrepasa los 30 días después de haber hecho el diagnóstico, tiempo que puede gastarse entre una y otra cita con el especialista. Además, el tratamiento de las enfermedades mentales requieren tiempos mayores, no tenidos en cuenta en esta decisión; la norma vulnera otra vez el criterio médico y la misma realidad. Muchas veces la atención se redujo sólo a la fase crítica, pero "carece de sentido, frente a la Constitución, que la persona afectada por los síntomas de un desajuste psicológico sea rechazada en cuanto al acceso a la prestación de los servicios médicos que lo corrijan o morigeren, bajo el argumento de que no se encuentra en la fase crítica y, peor todavía, arguyendo que ya pasó la etapa inicial de dicha fase"[391].

Una cuarta exclusión es la de ciertos medicamentos. La ley estableció que un medicamento esencial es "aquel que reúne características de ser el más costo-efectivo en el tratamiento de una enfermedad, en razón de su eficacia y seguridad farmacológica, por dar una respuesta más favorable a los problemas de mayor relevancia en el perfil de morbimortalidad de una comunidad y porque su costo se ajusta a las condiciones de la economía del país"[392]. La lista aprobada de medicamentos esenciales es exhaustiva y los medicamentos recetados deberán ceñirse a tal lista "sin que por ningún motivo se admitan excepciones, salvo que el usuario los pague como parte de un plan complementario"[393].

El problema se sitúa en lo que ocurre con los medicamentos que: a) representan una alternativa terapéutica pero están excluidos del POS y son esenciales para un tratamiento determinado. b) constituyen una segunda elección, por ejemplo en caso de alergia del paciente al medicamento de primera elección c) son la elección frente a enfermedades poco comunes y por tanto no se contemplan dentro de la lista de medicamentos más usados. El sólo hecho de que exista un medicamento en las posibilidades disponibles por la ciencia implica su potencial uso terapéutico, máxime cuando el país ha reconocido ese medicamento y este cumple con los requisitos legales. Así mismo, el hecho de que exista una lista de medicamentos que se ofrece al paciente cercena tanto el derecho del médico

390 MINISTERIO DE SALUD (Colombia): *Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancia Psicoactivas*. Bogotá, 1994

391 CORTE CONSTITUCIONAL: Sentencia T-248 de 1998. MP: José Gregorio Hernández

392 Parágrafo 1, artículo 23 Decreto 1938 de 1994

393 Artículo 13, Manual de actividades, intervenciones y procedimientos de seguridad social en salud.

de elegir el medicamento y en general la terapéutica que él considera adecuada, como el derecho del paciente de recibir de manera integral la terapéutica más adecuada para su condición. Con ocasión de una sentencia sobre el suministro o no de medicamentos no incluidos en el POS a pacientes con VIH, la Corte dijo:

> *"La negativa de la parte demandada se fundamenta en normas jurídicas de rango inferior a la Carta que prohíben la entrega de medicamentos por fuera de un catálogo oficialmente aprobado; no desconoce tampoco los motivos de índole presupuestal que conducen a la elaboración de una lista restringida y estricta, ni cuestiona los estudios científicos de diverso orden que sirven de pauta a su elaboración, menos aún el rigor de quienes tienen a su cargo el proceso de selección; sin embargo, retomando el hilo de planteamientos antecedentes, ratifica que el deber de atender la salud y de conservar la vida del paciente es prioritario y cae en el vacío si se le niega la posibilidad de disponer de todo el tratamiento prescrito por el médico…"*[394].

Los medicamentos para el tratamiento del VIH/Sida estaban excluidos del paquete de medicamentos del POS, pero también era claro para la Corte Constitucional que la exclusión legal no por ser legal es necesariamente legítima: "…el peticionario tiene el derecho a que se le brinde la totalidad del tratamiento en la forma prescrita, porque un tratamiento incompleto o que no se ciña a las recomendaciones médicas desconoce las prerrogativas del paciente"[395]. Fruto de sentencias similares, el CNSSS decidió incluir en el POS los medicamentos para el tratamiento del sida, pero no por convicción propia sino por mandato de la Corte Constitucional. Luego de los debates anteriores, las EPS intentaron una última medida para no tener que asumir responsabilidad alguna frente a los pacientes con VIH / Sida: no afiliarlos al sistema, filtrarlos mediante la exigencia de examen de VIH a personas que solicitaran la afiliación. Esta medida obligó al gobierno a expedir un decreto prohibiendo ese tipo de medidas:

> *"Por ser la salud un bien de interés público y un derecho fundamental, las entidades de medicina prepagada, aseguradoras, promotoras o prestadoras de servicios de salud, sean públicas o privadas, no podrán exigir pruebas diagnósticas de laboratorio para el virus de inmunodeficiencia humana, VIH, como requisito para acceder a la cobertura respectiva de protección. La condición de persona infectada, por no corresponder a la noción de enferma, no podrá considerarse como una condición patológica preexistente…"*[396].

---

394 CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-271, junio 23 de 1995. MP: Alejandro Martínez

395 CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-271, junio 23 de 1995. MP: Alejandro Martínez

396 Artículo 40, Decreto 1543 de 1997

En quinto lugar, los planes de fertilidad. Según la Constitución, "La familia es el núcleo fundamental de la sociedad" (…) El Estado y la sociedad garantizan la protección integral de la familia" y reconoce que "la pareja tiene derecho a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos"[397]. Puesto que la familia es una prioridad del Estado social de derecho, que es un derecho de la pareja decidir sobre el número de hijos y establecida la protección a la mujer durante la gestación y el parto, preocupa la forma como se excluyen del POS los tratamientos contra la infertilidad[398], máxime cuando medio millón de parejas sufren esta enfermedad[399]. Algunas fuentes hablan de dos millones de colombianos que tienen problemas de fertilidad. Según un experto en fertilidad, el alto costo es un sofisma: "En Colombia, el recurso humano está disponible, hay que coordinar el recurso técnico y tener una red de especialistas para manejar el 80 por ciento de los casos de infertilidad en etapas iniciales y con costos mínimos. Solo el 20 por ciento de casos requiere reproducción asistida"[400].

Sexto, la exclusión de pruebas diagnósticas. La formulación de un "Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del POS" generó dos inconvenientes: una limitación directa al ejercicio médico, y una limitación a las posibilidades diagnósticas y terapéuticas de las personas. Las listas que aparecen en el manual, cerradas, sin ninguna flexibilidad, se han convertido en la argumentación de las EPS para negar servicios y/o limitar sus responsabilidades con las personas a su cargo. Cuando se han solicitado ciertos exámenes, la EPS argumenta su exclusión del POS.

Séptimo, pacientes terminales y enfermedades catastróficas. La ley 100 no precisa lo relacionado con las enfermedades catastróficas. Su texto habla del cubrimiento de "diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías"[401]. Pero una norma posterior crea una categoría de enfermedades sobre la base del alto costo de su atención y las denomina patologías catastróficas[402] o ruinosas y las excluye del POS. Estas son[403]: a) Tratamiento con quimioterapia o radioterapia para cáncer, b) Transplantes de órganos y tratamiento con diálisis para la insuficiencia renal crónica, c) Tratamiento para el Sida y sus complicaciones, d) Tratamiento

397 Artículo 42, *Constitución Política de Colombia*.
398 Artículo 15, Decreto 1938 de 1994
399 "Los derechos de la mujer que olvidó la Ley 100". *El Espectador*, Bogotá, diciembre 29 de 1996
400 "Debate por tutela que obliga a EPS a cubrir tratamiento para fertilidad" *El Tiempo*, Bogotá, abril 5 de 2002
401 Artículo 162, Ley 100 de 1993
402 Este término, no guarda ninguna relación con las patologías derivadas de la atención de desastres o catástrofes, como se interpreta incorrectamente algunas veces.
403 Acuerdo 8 de 1994, CNSSS.

médico-quirúrgico para el paciente con trauma mayor, e) Tratamiento para el paciente internado en una unidad de cuidados intensivos, f) Tratamiento quirúrgico para enfermedades del corazón y del sistema nervioso central, g) Tratamiento quirúrgico para enfermedades de origen genético o congénito y h) Reemplazos articulares. Luego, el Manual de Intervenciones añade nuevas exclusiones al POS: transplantes renal, de corazón, de médula ósea y de córnea, y modifica el texto de la atención de cuidados intensivos para extenderlo a los cuidados de esta naturaleza aún fuera de una unidad de cuidados intensivos propiamente dicha[404] (cambia de "tratamiento para el paciente internado en una unidad de cuidados intensivos" a "terapia en unidad de cuidados intensivos")[405].

Esta norma, elaborada con sentido de racionalidad económica, reduce el POS a patologías temporales (agudas) de bajo costo y de fácil recuperación. Mediante la norma y con el criterio del costo de la atención, no mediante el pronóstico o la decisión médica, se definen las enfermedades que puede atender una unidad de cuidados intensivos y las que se excluyen. Las exclusiones son: pacientes terminales, pacientes descerebrados y pacientes politraumatizados mientras no se les defina el tratamiento[406].

Esa "no definición de tratamiento" es una figura que recae en la discrecionalidad del médico, quien no siempre decide sobre la base de su propio criterio, y muchas veces sí actúa a partir de las presiones ejercidas por los representantes de las empresas de salud. Esta reflexión no significa un rechazo a la regulación de la actividad médica por medio de normas. Sólo llamamos la atención sobre los criterios de regulación. Por supuesto, nuestra reivindicación de la autonomía médica no contradice, en modo alguno, la defensa de la salud por vía de la tutela sino que la complementa: una cosa es la discusión de un caso concreto en el que el juez constitucional con la ayuda de peritos puede tomar decisiones, y otra muy diferente es legislar sobre todas las posibilidades futuras desde un marco reduccionista de listados exhaustivos que no permiten excepción alguna. Como la misma Corte lo reconoce, "la actuación del Juez constitucional no está dirigida a sustituir los criterios y conocimientos del médico sino a impedir la violación de los derechos fundamentales del paciente, luego el juez no puede valorar un tratamiento"[407].

404 Si bien es cierto los cuidados intensivos requieren, por definición, de un esfuerzo especial, éste tipo de esfuerzo no siempre ocurre en una UCI.

405 Artículo 17, *Manual de actividades, intervenciones y procedimientos de seguridad social en salud*, 1994

406 Artículos 29 y 30, *Manual de actividades, intervenciones y procedimientos de seguridad social en salud*, Ministerio de Salud, Bogotá, 1994

407 CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia: T-179 de 2000, MP: Alejandro Martínez Caballero

Y, por último, el POS de los más pobres. El POS-S es el plan de salud para quienes no tienen capacidad de cotización: es decir, para millones de personas que no pertenecen al régimen contributivo porque no tienen posibilidad de pagar. Las personas más pobres, con ingresos menores a dos salarios mínimos, con condiciones físicas inadecuadas de vivienda, sin fuentes de agua potable o sin servicios sanitarios (es decir, con riesgo de enfermedades de transmisión hídrica), de hacinamiento crítico (es decir, con riesgo infecciones respiratorias y enfermedades de la piel), con alta dependencia económica (es decir, bajos ingreso y por tanto, alto riesgo de desnutrición), son las personas a las que se les da un plan de servicios de salud cuyo costo es sólo el 50 por ciento del de las personas del régimen contributivo (cuya calidad de vida es mejor y cuyo riesgo de enfermarse menor). En resumen, los pobres tienen un entorno con condiciones que aumentan su vulnerabilidad, disponen de menos recursos para comprar salud y tienen un acceso restringido a los servicios, porque eso es lo que dispone el Estado para ellos.

6.5. Acceso y cobertura

La cobertura es, teóricamente, la razón de ser de la ley 100, pues su objeto es "crear las condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención". La ley establece una meta clara: "El sistema general de seguridad social de salud crea las condiciones de acceso a un plan obligatorio de salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001"[408]. Ya desde 1990, se consideraba que con la aplicación de la ley 10 de ese año, el país lograría una cobertura del 90 por ciento[409]. Para otros, la posibilidad de lograr una cobertura del 100 por ciento para el año 2000 "no parece una meta irrealizable"[410]. Pero no fue una prioridad del legislador ni del Ministerio de Salud establecer los mecanismos para lograr tal fin. Incluso preocupan algunas tendencias de desafiliación y de selección adversa de afiliados.

Antes de la ley 100 de 1993, existía el subsidio a la oferta. Con él, los hospitales públicos recibían recursos sin que mediaran, para la oferta de servicios, formas de vinculación o carnetización previa de los potenciales usuarios. Según un informe del Departamento Nacional de Planeación, "En 1992, uno de cada

408 Artículo 162, Ley 100 de 1993

409 MINISTERIO DE SALUD / ACOMSAP: *Reorganización del Sistema Nacional de Salud. Una respuesta al cambio social. Memoria analítica de la Ley 10 de 1990.* Tomo I, Tercer Mundo, Bogotá, 1990, p. 117

410 MINISTERIO DE SALUD y otros: *La Salud en Colombia. Hallazgos… Op. cit.*, p. 51

cinco colombianos enfermos no fue atendido. El resto financió su atención de diversas formas: uno de cada cinco, por medio de seguro de salud –social o privado-; una cuarta parte, de su bolsillo, y una tercera parte, del Subsistema de Atención Pública (SAP).

Tanto los no atendidos como los que acuden al SAP pertenecen mayoritariamente a los grupos de bajos ingresos y, en contraste, los que cuentan con seguros de salud provienen de los grupos de ingresos medios y altos"[411]. Es decir, sí había un servicio de salud previo y, aunque con muchos errores, lograba cierta cobertura por demás no despreciable. Los mencionados errores justificaron precisamente la necesidad de reformar el sistema: inequidad y falta de cobertura universal, las promesas de la ley 100.

Ahora, en ese sistema, los registros de pacientes no daban cuenta de la cobertura potencial sino de la real, que se evaluaba con el número de actos asistenciales realizados, medidos en las planillas de registro de pacientes atendidos. Con la ley 100 aparece la necesidad de contar a los derechohabientes, potenciales y reales, con la cual se crea la figura del "carnetizado". El Estado ya no da recursos a los hospitales (subsidio a la oferta), sino que paga a éstos según los actos asistenciales que haya ofrecido (subsidio a la demanda). El carné, sería, en principio, el certificado del acceso a unos derechos.

Si las personas que usaban servicios públicos de salud no tenían carné con la misma lógica de carnéización de después de promulgada la ley 100, es imposible evaluar la cobertura por el número de personas carnetizadas antes de la ley 100 de 1993 y mucho menos comparar estos períodos en los que se usaron estrategias de registro de cobertura diferentes. Con la ley 100, el gobierno desarrolló una importante estrategia de carnetización para el régimen subsidiado, cuyos resultados sólo pueden verse en términos de personas con carné del Sisben y no, como se presentan, como personas con cobertura en salud garantizada.

Para algunos autores, el hecho de que 16 millones de personas se encuentren bajo el régimen subsidiado es un avance. Según ellos, antes "no estaban cubiertos y dependían del sistema público de asistencia" [412], lo que, además de ser una contradicción en los términos, demuestra el deseo de desconocer que había

411 VÉLEZ, Carlos Eduardo: *Gasto social y desigualdad. Logros y extravíos*. Departamento Nacional de Planeación, Bogotá, 1996, p. 16. En general sobre el gasto social en salud, ver: pp. 154-195

412 Ver: ESGUERRA, María del Pilar; ACOSTA, Olga Lucía; NIGRINIS, Mario: "Señales de alerta en el sector salud". *Debates de Coyuntura Social, núm 14*, (Bogotá, febrero de 2001), p. 8

alguna cobertura antes de 1993. Según ese análisis, el gran logro de la ley 100 ha sido pasar del 28 por ciento de cobertura en 1992, al 53 por ciento en 1997. Pero ese cálculo es inexacto pues el registro de afiliados previo a 1993, que era de 28 por ciento, no refleja la cobertura[413], en la medida en que la atención que se brindaba, que era muy importante, no estaba mediada por el registro ni mucho menos por el carné.[414]

En general, las cifras sobre el nivel real de afiliación son un debate per se, porque no se cuenta con un sistema de información nacional en salud que permita emitir cifras consolidadas y las cifras con que se cuenta son sólo la suma de las disponibles, muchas veces parciales, o el resultado de aproximaciones. Por ejemplo, un presidente del ISS pregonaba una afiliación de 13 millones que, a la postre, no resultó ser verdad, pues la afiliación parece ser escasamente de 7 millones[415]. Esa misma inexactitud de cifras con el ISS se dio en los informes del CNSSS al Congreso, pues el Consejo reportó 10.023.634 afiliados en 1999, pero en 2000 reconoció solo 4.838.377[416].

Existen además áreas de población, de sectores específicos, que no hallan un claro sitio en el sistema, entre ellas, los trabajadores informales, los vendedores ambulantes, las trabajadoras del servicio doméstico y los llamados vinculados. En el caso de las personas que trabajan en el llamado sector informal, la situación es preocupante. Su falta de afiliación representa tanto su desprotección como la pérdida de potenciales aportes financieros al sistema. En 1992, la economía informal representó el 52 por ciento del empleo urbano en Colombia[417], porcentaje que creció en la década. Se calcula que había por lo menos un millón de vendedores callejeros en los centros urbanos en el momento de la reforma[418], no vinculados en su mayoría al sistema. Para el análisis de la cobertura de esta población se requiere tener en cuenta que: a) los antecedentes de la cobertura

413 Presentación de la revista *Debates de Coyuntura Social, núm 11* (Bogotá, noviembre de 1998), p. 5

414 En el mismo sentido, ver: VV.AA: "Reforma a la seguridad social en salud en Colombia y efectos sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud", *Salutad, núm. 8* (Bogotá, 2001), p. 8-34

415 PATIÑO, José Felix: "Planteamientos del Presidente de la Academia Nacional de Medicina ante el Grupo de Trabajo" En: PATIÑO, José Felix (ed.): *Ley 100 de 1993: reforma y crisis de la salud*. Academia Colombiana de Medicina, Bogotá, 1999, p. 15

416 Ver el análisis de: "El informe del CNSSS al Congreso" en: *Salud Colombia, núm. 50* (Bogotá, Jul- Ago. 2000). Disponible en: www.saludcolombia.com/actual/salud50/noticia50.htm

417 GONZÁLEZ, Camilo: "Subsidios para el trabajador de la economía informal urbana" En: VV.AA: *Universalidad de la salud. Otro reto de fin de siglo*. Corporación salud y desarrollo. Bogotá, 1994, p. 9

418 GONZÁLEZ, "Subsidios…" *Op. cit.*, p. 10

para este tipo de trabajadores son pésimos, pues en 1992, el 76 por ciento de ellos carecía de afiliación[419]; b) con las reformas económicas aumenta el número de vendedores ambulantes y de trabajadores informales debido al desempleo derivado de la disminución de gasto público y de la desindustrialización[420].

En particular, las personas que trabajan en el servicio doméstico han sufrido trabas para acceder al sistema de salud, por el establecimiento de nuevos requisitos, inexistentes en la legislación, por parte de las EPS, con lo que se busca desanimar la afiliación obligatoria por parte de los patronos, al punto que en mayo de 1999, el 57 por ciento de las empleadas domésticas no estaba afiliado[421].

Un último problema se relaciona con aquellas medidas tomadas por el legislador que permiten desafiliar personas del sistema por falta de pago. Ya la Corte Constitucional había sido clara en decir que cuando un empleador deja de pagar las cotizaciones, corresponde a éste el pago de los servicios de salud que sean requeridos por los empleados y que el derecho a tales servicios no se pierde por la omisión del empleador. Pero la tendencia del legislador ha sido trasladar la omisión del empleador a los empleados. "La afiliación será suspendida después de un mes de no pago de la cotización que le corresponde al afiliado, al empleador o a la administradora de pensiones, según sea el caso"[422].

6.6. La equidad del sistema

El tercer núcleo de tensión entre el derecho a la salud y el sistema de salud colombiano se centra en el debate sobre los recursos financieros, su uso, la búsqueda de la equidad y la coparticipación del usuario en el pago de los servicios. El gasto en salud se ha incrementado por la participación del sector privado en la oferta de servicios de salud, la integración a un único sistema de los trabajadores cotizantes y la creación de figuras de recaudación de recursos entre los usuarios de los servicios (copagos, cuotas moderadoras).

---

419 *Op. cit.*, p. 18

420 Sobre el impacto de las medidas globalizadoras y su impacto en Colombia, ver el trabajo de: GARAY, *Globalización… Op. cit.*, especialmente el capítulo 5: "Crisis y construcción de sociedad: el caso de Colombia", pp. 143-181

421 "Domésticas, sin seguridad social", *El Espectador*, Bogotá, mayo 30 de 1999

422 Artículo 57, Decreto 806 de 1998

Se calcula que "las actividades relacionadas con la salud (administración, intermediación, seguros, servicios médicos y hospitalarios, aportes, medicamentos y exámenes, entre otras) mueven billones de pesos anuales. Ese volumen de recursos representa alrededor de 8,6 por ciento del Producto Interno Bruto (PIB). [Y] el gran peso lo están soportando las familias, que aportaron el 47,8 por ciento de la billonaria cifra"[423], a través de cotizaciones y pagos de cofinanciación (copagos y cuotas moderadoras). Pero tales aportes no necesariamente se gastan en la atención: "…si bien es cierto la UPC equivale al valor del POS, no significa que la persona vaya a usar efectivamente esos recursos y no significa por tanto que el sistema deba disponer de esos recursos, sino únicamente del valor promedio por persona beneficiaria[424].

El mercado de la salud, más que mediado por la oferta y la demanda, está regulado por el costo de la UPC, lo que obliga a las EPS a reducir costos mediante el concepto de volúmenes de producción, márgenes de rentabilidad, tablas de rendimiento del personal y estándares de manejo (protocolos de manejo). Es decir, el sistema con regulación estatal, UPC estable y general, y participación privada, hace que se establezca una competencia basada en el diseño y la aplicación de indicadores de productividad y formas de administración que tienden a garantizar, ante todo, la supervivencia financiera del Sistema y, en el caso del capital privado, las ganancias correspondientes. Posteriormente a la ley 100, la tendencia ha consistido en disminuir los aportes de la Nación al sistema de salud y a la vez, paradójicamente, presionar, desde el gobierno a los hospitales, para que los pocos recursos sean suficientes gracias tan solo a innovaciones administrativas. En este sentido, se expidieron nuevas leyes que buscan racionalizar y disminuir el gasto público[425].

6.6.1. Períodos mínimos de cotización

El concepto de períodos mínimos de cotización depende de la noción de preexistencias en salud. Se entiende como preexistencia "toda enfermedad, malformación o afección que se pueda demostrar que existía a la fecha de iniciación del contrato o vinculación, sin perjuicio de que se pueda diagnosticar

423 "La salud mueve muchos recursos, pero no sale de la crisis" *El Tiempo*, Bogotá, 15 de julio de 2001.

424 Para una explicación más detallada de la UPC, ver: GIEDION, Ursula; WÜLLNER, Andrea: *La Unidad de Pago por Capitación y el equilibrio financiero del sistema de salud*, Fedesarrollo, Bogotá, 1996

425 Ley 344 de 1996

durante la ejecución del contrato sobre bases científicas sólidas. La demostración de la existencia de factores de riesgo, como hábitos especiales o condiciones físicas o genéticas, no podrán ser fundamento único para el diagnóstico a través del cual se califique una preexistencia"[426]. Ya la ley 100 había establecido que no es posible excluir de la asistencia médica tales enfermedades[427], pues las preexistencias son incompatibles con el principio de integralidad del servicio. Aunque la Corte aceptó su vigencia para efectos de contratos de salud diferentes al POS, como los contratos de medicina prepagada, también entendió que las preexistencias lesionarían la noción de la salud como derecho.

Sin embargo, la ley sí establece una nueva figura denominada 'períodos mínimos de cotización': "El acceso a la prestación de algunos servicios de alto costo [...] podrá estar sujeto a períodos mínimos de cotización"[428]. Y para un período mínimo de cotización inferior a 100 semanas, "el acceso a dichos servicios requerirá un pago por parte del usuario"[429].

La norma los define como "aquellos períodos mínimos de cotización al sistema general de seguridad social en salud, que pueden ser exigidos por las entidades promotoras de salud para acceder a la prestación de algunos servicios de alto costo incluidos dentro del POS. Durante ese período el individuo carece del derecho a ser atendido por la entidad promotora a la cual se encuentra afiliado"[430]. El régimen subsidiado no contempla períodos mínimos de cotización para la atención[431].

De allí se derivan dos cosas: a) la selección de demandas en salud costosas y, b) el sometimiento de esa selección a un régimen especial de pago que recae enteramente en el usuario. Estas dos medidas dejan la atención de las enfermedades más graves en manos, precisamente, de las posibilidades de compra de servicios de salud. Cuando más imprescindible es el servicio, más está sometido a las leyes del mercado. Las patologías que no aparecen cubiertas son las consideradas patologías catastróficas o ruinosas, de las que se habló anteriormente. De esto se deduce que:

---

426 Artículo 1, Decreto 1222 de 1994
427 Artículo 164, Ley 100 de 1993
428 Artículo 164, Ley 100 de 1993
429 Artículo 164, Ley 100 de 1993
430 Artículo 60, Decreto 806 de 1998
431 Artículo 6, Acuerdo 072 de 1997, CNSSS.

a) Se excluyen la atención a órganos vitales (corazón, sistema nervioso central) y patologías altamente costosas y que necesitan para la supervivencia del paciente de los servicios de salud (cáncer, sida, insuficiencia renal crónica), con el argumento del costo financiero que tiene que asumir el sistema. La Corte obligó a una EPS a suministrar un medicamento para tratar a un paciente con cáncer, ya que la EPS se había negado argumentando precisamente la falta de semanas de cotización necesarias[432].

b) Los servicios de salud que deriven de estas enfermedades sólo se atenderán si la persona cotizó un mínimo de 100 semanas (casi dos años). En este tiempo, enfermedades de deterioro progresivo como el sida y el cáncer alcanzan un estado avanzado en el que las posibilidades de mejoría son mucho menores. Así, las personas cotizantes que quieran ser atendidas en salud para este tipo de enfermedades deberán comprar los servicios de salud mediante las leyes del mercado.

c) Las complicaciones del sida conllevan a una clara violación al principio de igualdad, pues mientras un paciente VIH (-) con una patología cubierta por el POS se atiende sin problema, un paciente VIH (+), con la misma patología, podría ser excluido, so pretexto de que no es una entidad cubierta por el POS, sino una complicación del sida.

d) La exclusión del tratamiento quirúrgico de enfermedades congénitas lesiona el principio del derecho fundamental a la salud que la Constitución otorga a los niños.

e) La exclusión del POS del trauma mayor y su sometimiento a las leyes del mercado significa, simplemente, desconocer el perfil epidemiológico de Colombia, país donde la violencia (política, social y familiar) afecta severamente la calidad de vida de las personas y sus condiciones de salud. Lo mismo se puede decir respecto de la exclusión de los servicios de las unidades de cuidados intensivos.

Y si la persona que ha cotizado sus 100 semanas en una EPS hace uso de su derecho y exige la atención en esas patologías costosas, entonces "deberá permanecer [...] por lo menos dos años después de culminado el tratamiento en la respectiva" EPS[433]. Se renuncia así al principio de libre escogencia de EPS y

[432] CORTE CONSTITUCIONAL: Sentencia T-283 de 1998, MP: Fabio Morón
[433] Artículo 14, Decreto 1485 de 1994

además se obliga a la persona a seguir cotizando (sin tener en cuenta el riesgo de quedar sin empleo), con lo que se pretende asegurar la recuperación del gasto en salud que demandó su atención por parte de la EPS.

En normas posteriores (1998), se presentan dos grupos de patologías susceptibles de cobro de períodos mínimos de cotización: el primer grupo abarca las patologías ya sometidas a 100 semanas de cotización previa. El segundo, al que se le exigen "cincuenta y dos (52) semanas de cotización para enfermedades que requieran manejo quirúrgico de tipo electivo y que se encuentren catalogadas en el manual de actividades, intervenciones y procedimientos, Mapipos, como del grupo ocho (8) o superiores. Por lo menos 26 semanas deben haber sido pagadas en el último año"[434]. Pero el debate aquí no es el número de semanas ni los cambios posteriores en la noción de tales períodos, sino en su puesto en la configuración inicial del sistema en 1993.

6.6.2. Copagos y cuotas moderadoras

El legislador previno posibles problemas derivados de este mecanismo y aclaró que "en ningún caso los pagos moderadores podrán convertirse en barreras de acceso para los más pobres"[435]. Este mecanismo desconoce "la realidad socioeconómica del 80 por ciento de la población colombiana que, por sus ingresos salariales menores a dos salarios mínimos, no están en condiciones de cubrirlas". El legislador justificó la medida en la necesidad de "racionalizar el uso de servicios del sistema" como una forma de inducir a los usuarios a recurrir al servicio únicamente en los casos realmente necesarios, a fin de lograr la eficiencia en la prestación del servicio" La Corte consideró que el pago no era una obligación imposible de cubrir por parte de los afiliados al régimen contributivo, quienes, por definición, tienen la capacidad de pago y tal pago materializa el principio constitucional de solidaridad[436].

Sin embargo, la Corte advirtió en la misma sentencia que se debe evitar que en casos en que no sea posible hacer el cobro, no "se impida a las personas el acceso a los servicios de salud; de tal forma que, si el usuario del servicio —afiliado cotizante o sus beneficiarios— al momento de requerirlo no dispone de los recursos económicos para cancelarlas o controvierte la validez de su exigencia

---

434 Artículo 61, Decreto 806 de 1998

435 Artículo 187, Ley 100 de 1993

436 Sobre este debate, CORTE CONSTITUCIONAL: Sentencia C-542 de 1998, MP: Hernando Herrera

[…] el sistema y sus funcionarios no le pueden negar la prestación íntegra y adecuada de los servicios médicos, hospitalarios, quirúrgicos, asistenciales y de medicamentos que requiera, sin perjuicio de los cobros posteriores con arreglo a las normas vigentes"[437].

Se parte de una explicación insuficientemente demostrada: los usuarios necesariamente hacen uso irracional de los servicios y por tanto hay necesidad de crear mecanismos de filtro. Uno de ellos es el pago de cuota por el uso de los servicios. Ese mito del uso irracional de los recursos por parte de los usuarios proviene directamente de una concepción mercantil de la salud: "el cliente quiere usar lo más por el mismo precio" y, por tanto, hay que desestimular su uso. Sin embargo, una investigación sugiere que mecanismos como los copagos y las cuotas moderadoras "podrían estar frenando la utilización de servicios entre los segmentos más pobres"[438]; dicha investigación mostró que la principal causa para el no uso de servicios de salud por parte de la población no cubierta y la segunda causa para la población cubierta fue la falta de dinero[439]. En otra investigación, Profamilia encontró que el 51 por ciento de la población no usa los servicios de salud por falta de dinero[440]. Y según la Encuesta de Calidad de Vida de 1997, cada persona del régimen contributivo asiste en promedio a 3,5 consultas médicas por año, al odontólogo 1,28 veces; usa servicios de laboratorio 1,2 veces, mientras cada persona del régimen subsidiado asiste al médico 2,12 veces al año, al odontólogo, 0,59 veces, y usa servicios de laboratorio 0,65 veces[441].

Además de no ser cierto el uso frecuente de servicios, esto no se ve como una (potencial) falla en la terapéutica sino como una actitud despilfarradora del consumidor del servicio. El problema, además del costo real de la cuota que sí genera serias limitaciones en el uso de servicios, es la concepción que subyace a ella, pues se desconoce que el usuario paga mensualmente con su cotización el acceso a los servicios de salud.

---

437 Ver además, CORTE CONSTITUCIONAL: Sentencia: C-089 de 1998, MP: José Gregorio Hernández.

438 VV.AA: "Reforma a la seguridad…" *Op. cit.*, p. 21

439 La primera causa de no uso para la población cubierta, en esta investigación, fue considerar la dolencia como un caso leve. VV.AA: "Reforma a la seguridad…" *Op. cit.*, pp. 17 y 20

440 PROFAMILIA: *Salud sexual… Op. cit.*, capítulo XIII, pp. 189-197

441 DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADISTICAS: *Encuesta de Calidad de Vida*, Bogotá. 1997

6.6.3. Cuotas de recuperación

Estas cuotas son los copagos de los pobres. Se parte, sin muchas pruebas, de que se está aceptando el abuso que hace la población de los servicios de salud y se argumenta que el cobro de una especie de "cuotas moderadoras para el Régimen Subsidiado" corregiría esta tendencia y además haría más justo el sistema. Pero al contrario de esa supuesta tendencia de despilfarro, se observa que "la demanda de servicios de los afiliados del Régimen Subsidiado es muy baja debido al desconocimiento de sus derechos"[442].

Según Iván Jaramillo, "es necesario revisar el sistema de copagos del régimen subsidiado, pues actualmente está resultando muy oneroso (un pobre que se enferma debe pagar hasta 200.000 ó 400.000 pesos anuales en copagos y el doble si se enferman dos en la familia, mientras que en el [régimen] contributivo se pagan solo 96.000 pesos anuales para las familias con un salario mínimo)"[443].

Existe, además una tendencia a mostrar que los pobres necesitan menos recursos en salud. Según una peligrosa hipótesis expuesta en relación con los recursos del régimen subsidiado, "existen condicionantes estructurales y de comportamiento entre los subsidios que mantienen baja la demanda de servicios, pese a tener y conocer el derecho a los mismos. En consecuencia, en tal caso la UPC-S podría estar sobredimensionada"[444]. Si aceptáramos este argumento, no se justificarían las cuotas de recuperación como mecanismos de racionalización.

Las cuotas de recuperación, que muchas veces no actúan ni como forma de contención del abuso de servicios, ni como forma de financiación de los servicios, sino como filtro que favorece la selección de pacientes por su capacidad de pago, precisamente entre personas del régimen subsidiado que, por definición, carecen de recursos. Pero el legislador no lo ve así. Incluso en uno de sus decretos menciona que las personas vinculadas (pobres que no pertenecen al sistema) "tendrán acceso a los servicios de salud […] de conformidad con la capacidad de oferta de estas instituciones y de acuerdo con las normas sobre cuotas de recuperación vigentes"[445].

---

442 JARAMILLO, "*Ley 100: los primeros…" Op. cit.*, p. 19
443 *Op. cit.*, p. 17
444 *Ibid*
445 Artículo 33, Decreto 806 de 1998

6.7. Conclusiones sobre el modelo colombiano

El modelo neoliberal de salud colombiano, a diferencia del modelo chileno, enfrenta la paradoja de formularse e implementarse bajo la misma Constitución Política que proclama el Estado social y los derechos sociales, entre ellos la salud.

Con relación a los planes de salud, preocupa que sólo cinco años después de puesta en marcha la ley 100, la norma dio alguna respuesta sobre las necesidades de salud que no hacen parte del POS-S y que la persona no puede comprar: "cuando el afiliado al régimen subsidiado requiera de servicios adicionales a los incluidos en el POS-S y no tenga capacidad de pago para asumir el costo de dichos servicios, podrá acudir a las instituciones públicas y a aquellas privadas que tengan contrato con el Estado, las cuales estarán en la obligación de atenderlo de conformidad con su capacidad de oferta. Estas instituciones están facultadas para cobrar una cuota de recuperación con sujeción a las normas vigentes"[446]. Pero esta solución legal no tiene en cuenta que, precisamente, las personas sin "capacidad de pago" lo son porque no tienen recursos, pero la norma mantiene la figura de la cuota de recuperación.

Los excluidos, los llamados paradójicamente vinculados, tienen como único recurso para la asistencia en salud los hospitales públicos y allí compiten con las subsidiadas en el uso de recursos de los hospitales públicos. "A pesar del énfasis que se ha hecho en el avance de la asistencia pública al derecho a la salud mediante el nuevo sistema, el subsidio a la demanda no alcanza a generar la idea de derecho. Por el contrario, tiende a verse como una asistencia caritativa del Estado. El usuario del régimen subsidiado tratará de parecer pobre y de competir con sus vecinos en este propósito, para 'merecer' el subsidio"[447].

---

446 *Ibid*

447 HERNÁNDEZ, Mario: "El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización". en; DE CURREA-LUGO, Víctor y otros: L*a salud está grave. Una visión desde los derechos humanos*, Bogotá, Antropos, 2000, p. 154

Y, por último con relación a los recursos y la búsqueda de la eficacia financiera, debemos decir que no es admisible la explicación de que para aplicar la ley 100 es necesario sacrificar una generación de personas: "del mismo modo en que no es admisible que se imponga una tiranía con el pretexto de preparar a la población para disfrutar en el futuro de instituciones democráticas, es insostenible que se someta deliberadamente a la miseria a la mayoría de la población con la excusa de que ello garantiza el bienestar futuro o la supervivencia de un sector de la economía"[448].

[448] NIKKEN, Pedro: *En defensa de la persona humana*. Editorial Jurídica Venezolana. Caracas, 1988, p. 87-88. Citado por: BOLÍVAR, Ligia: Derechos económicos, sociales y culturales: derribar mitos, enfrentar retos, tender puentes. Provea, Caracas, 1996, p. 19

7. Consecuencias del Neoliberalismo en la Salud

Los países de América Latina muestran momentos más o menos similares del proceso de consolidación de su oferta de servicios de salud: en los años 70 fue de gran preocupación el establecimiento de sistemas nacionales de salud; en los 80 y 90, la necesidad de racionalizar el gasto y de abrir la oferta de servicios de salud al sector privado se hizo a partir de la referencia a dos modelos: el chileno y el colombiano, de modo que se permitía la mercantilización de la salud acompañada de una reducción del papel del Estado en la oferta de servicios. Al mismo tiempo, los procesos democratizadores produjeron reformas constitucionales y/o nuevas constituciones que incorporaron, de manera novedosa la noción de Estado social con el reconocimiento explícito de tales derechos, entre ellos el derecho a la salud, acentuando la tensión entre el Estado social y el neoliberalismo económico.

Esa tensión entre los derechos humanos o, si se prefiere, el Estado social, y el modelo económico tiene una expresión clara en la salud. En nuestros tiempos, la salud se constituye en: una promesa de la ciencia, una razón de ser del Estado social y un derecho fundamental con el correspondiente deber estatal. Es decir, una asignatura de la democracia. Pero el mismo modelo, en su desarrollo, plantea como opción presente la disminución del tamaño del Estado y una postura minimalista en materia de intervención estatal frente al mercado, en el que se incluyen la oferta de la salud.

Insistimos en que fueron las normas de salud presentadas en los casos chileno y colombiano, y no otros aspectos, las que generaron el modelo del servicio, las que determinaron que ese modelo fuera así, tanto por su contenido, como por sus sesgos, sus figuras abiertas y hasta por las prioridades que estableció el legislador. En términos generales, lo dice así García-Pelayo: "La finalidad no es extraña, sino esencial a la norma y determinante de su estructura, pues la norma es, por definición, un deber ser, no un tener que ser, lo que quiere decir que entre las diversas regulaciones posibles se ha elegido una, y esta elección ha venido condicionada por la finalidad requerida y con arreglo a las posibilidades que ofrece la situación. Tal finalidad no queda al margen de la norma, sino inmersa en el contenido"[449].

[449] GARCÍA-PELAYO, Derecho Constitucional… *Op. cit.*, p. 63

Así, la relación entre la norma y los servicios de salud no puede ser ni tangencial ni abierta a múltiples interpretaciones, al punto que pueda derivarse de ella una obligación para el médico y otra para el economista. Y si tal cosa es posible por falta de precisión en la norma, también es responsabilidad de la norma o, mejor, de los que así la diseñaron.

Consideramos que un sistema normativo tiene responsabilidad no sólo por aquello que permite sino también por aquellas indefiniciones (máxime si son deliberadas) o por las posteriores interpretaciones que admite, gracias a formulaciones abiertas que generan efectos importantes. Más que un sistema de salud que apruebe la elección del prestador del servicio, las reformas perpetuaron un sistema en el que las empresas de salud pueden elegir sus beneficiarios con un claro criterio de rentabilidad.

El aparente derecho de elección de prestador de servicios de salud, por parte del paciente, tendría como fin la garantía del acceso, pero sólo del acceso como derecho. Pero, en la práctica, tal fin tampoco se logra por cuanto, como se demostró en los casos estudiados, hay límites en la norma misma: períodos mínimos de cotización, exclusión de enfermedades, discriminación negativa en contra de los no beneficiarios basada en su incapacidad de pago, más los limites derivados de distribución de la red de servicios en detrimento de sectores rurales y urbanos pobres.

La apuesta por un modelo económico representa no sólo una serie de medidas económicas, en sentido estricto, sino la organización institucional y hasta jurídica que hace posible la adopción de tal o cual modelo. No es cierto que se haya construido un Estado no interventor y respetuoso de la libertad, pues ni siquiera la libertad del mercado (especialmente del financiero) fue garantizada: ni Chile privatizó las minas ni Colombia desamparó los bancos.

Esas fuerzas económicas desatadas (como cíclopes liberados) ganan en el imaginario social un carácter antropomorfo, por encima de las propias decisiones humanas (se dicen cosas como: "la bolsa cayó" ó "el mercado dio") con lo cual se coloca el mercado por fuera del debate de las responsabilidades humanas. El mismo Hayek reconoció que "…únicamente el sistema planificador puede intentar la implantación de un mecanismo que asegure que las gentes han de recibir aquello que, desde un punto de vista moral, piensa un tercero que merece"[450].

[450] HAYEK, *Op. cit.*, p. 260

En el terreno económico, una vez aplicado en Chile el modelo de Friedman y sus conclusiones, éste ha hecho carrera en la región. Con la caída del muro de Berlín y el fin de la guerra fría, el papel instrumental del Estado de bienestar (para detener el avance del comunismo[451]) ya no tiene sentido, pues obedecía a un fin diferente al presentado por los defensores del Estado social, era un medio dentro de la guerra fría antes que un fin para la garantía de derechos. El "fracaso" de Keynes deja sin soporte de un modelo económico a lo que en su día fue el origen de la seguridad social: la política social de Bismarck (a pesar de que esta última fue impulsada antes de que naciera Keynes), con lo cual el cuestionamiento a los modelos imperantes de seguridad social es inevitable. Ahora, tales reformas a la seguridad social en salud, en América Latina, si bien presentan elementos diferentes, tienen elementos comunes:

a) De su entorno y del momento político común en los países de la región en que son formuladas: crisis del modelo de Industrialización por Sustitución de Importaciones, búsqueda de estabilización macroeconómica y ajuste estructural en lo económico, y modernización del aparato estatal en lo político, y disminución del gasto social.

b) Agotamiento (real o aparente) del modelo de prestación de los servicios de salud y la noción de crisis que obligaba replantear y buscar nuevas formas organizativas distintas al de Sistema Nacional de Salud, con el que se respondió a la crisis previa.

c) Un desarrollo de normas constitucionales que incorporaron la salud como derecho (fundamental, humano y/o constitucional). Este hecho no es gratuito sino que hace parte de un giro, por lo menos jurídico, de una simple definición del Estado como Estado de derecho a una convicción de avanzar hacia un Estado social de derecho.

d) A pesar de lo anterior, la realidad de cada país hace cada vez más difícil convertir el mandato constitucional en realidad de la política pública, no solo por falta de recursos sino, principalmente, por el mantenimiento y/o desarrollo de modelos de salud que obedecían a otras prioridades determinadas en el modelo económico neoliberal que acompañó el regreso a gobiernos democráticos en la región.

451 Ver, sobre esta valoración instrumental del Estado de bienestar: RUBIO LARA, María Josefa: *La formación del estado social.* Colección Tesis doctorales, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Madrid, 1991, pp. 250-254; y COTARELO, Ramón: *Del estado de bienestar al estado de malestar.* Centro de Estudios Constitucionales, Madrid, 1990, pp. 50-51

e) Los nuevos modelos de salud si bien contemplan los indicadores de salud y las prioridades esperadas para los fines de un modelo de salud dentro del derecho constitucional (igualdad de oportunidades, garantía de mínimos básicos vitales, etc.), fijan sus prioridades en elementos propios de la economía y no en las obligaciones del derecho. En otras palabras "quiebran" (o "interpretan") de otra manera la obligación constitucional en aras de maximizar la utilidad financiera.

f) El problema, ya formulado desde finales de los años 1980 por varios chilenos que veían las entonces nuevas políticas de salud, gira por el cambio de fin último del servicio: el hospital público (como institución emblemática de las políticas de salud) deja de ser un medio para garantizar la salud de acuerdo con unos indicadores de cobertura y de asistencia, para volverse un fin en sí mismo basado en indicadores propios de la empresa privada (eficacia, autofinanciación, calidad total, contención de costos, etc.). Esto no quiere decir que las herramientas de la empresa privada no pueden aportar a la administración en salud, sino que mientras teóricamente la administración debería contribuir a la salvaguarda de derechos, realmente responde a la reproducción del capital (alguien decía que el negocio de una fábrica de coches no es hacer coches sino hacer dinero).

Entonces, el "nuevo" modelo económico latinoamericano argumenta que para el cumplimiento de sus deberes, la solución está en buscar la eficacia del sistema mediante privatizaciones de empresas públicas, focalización de la asistencia a pobres, apertura del mercado (incluyendo la salud como bien del mercado), descentralización de lo administrativo en los entes territoriales, e incorporación de elementos de gerencia en las instancias públicas que sobrevivan, entre ellas los hospitales. Además, usa los derechos humanos como un discurso en el que busca su revalidación política y cuyo uso perverso le permite precisamente su vulneración "dentro" de la ley.

7.1. La búsqueda de la rentabilidad

La búsqueda de rentabilidad afecta de la oferta de servicios y se manifiesta en situaciones concretas, en prácticas médicas que no son resultado del azar sino fruto directo del tipo de modelo de oferta de servicios de salud imperante. Hablamos de la demora en la atención, el aumento del número de cesáreas[452], de medidas de presión a los pacientes para que paguen, de filtros en los servicios de

[452] Un estudio realizado en 4 hospitales de Cali, demuestra la existencia de "factores no-clínicos" que determinaron la realización de cesáreas en un número importante de pacientes. GÓMEZ, Olga Lucía; CARRASQUILLA, Gabriel: "Factores asociados a cesárea no justificada en cuatro hospitales de Cali, Colombia" *Vía Salud, núm. 12* (Bogotá, 2000), pp. 24-29

urgencias y del descuido de enfermedades llamadas tropicales que no tienen un puesto en el mercado de la salud, entre otras cosas.

Otras prácticas han hecho carrera para negar la atención, entre ellas las siguientes: argumentar el cambio de ciudad de la persona, aunque ella esté afiliada a una institución de salud de cobertura nacional[453]; querer confundir los términos mismos de la norma, suspender la prestación de servicio a pacientes crónicos e invertir la carga de la prueba de manera que se obliga al paciente a demostrar que tiene derecho al servicio[454] y negarse a practicar estudios radiológicos a personas recluidas en cárceles[455].

En los servicios de urgencias sucede un problema recurrente y una tensión cotidiana, aunque estos han sido materia de una reglamentación clara. A pesar de ese marco normativo y jurisprudencial, uno de los problemas más graves de la aplicación del modelo es la generalización de prácticas como la exigencia de pagos anticipados o presentación de carnés de afiliación, antes de recibir la atención de urgencias.

En el caso de Bogotá, las quejas contra los servicios de urgencias presentadas por los usuarios se centran en los siguientes aspectos: saturación del sistema en horas pico y déficit permanente de camas, especialmente en servicios de pediatría y cuidados intensivos. Además se observa déficit de personal especializado.[456] En su afán por garantizar el pago de los servicios prestados, los hospitales han llegado a prácticas como la retención de personas contra su voluntad, de ropas del paciente o incluso de cadáveres.

7.2. La autonomía médica

No queremos de ninguna manera defender lo que algunos llaman la "impunidad jurídica" del personal de salud[457], contrario, por demás, a nuestra noción de derechos humanos. Más bien nos referimos a la libertad del médico para tomar

453 CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-387, septiembre 5 de 1995, MP: Hernando Herrera

454 CORTE CONSTITUCIONAL: Sentencia T-060, febrero 10 de 1997. MP: Alejandro Martínez

455 CORTE CONSTITUCIONAL: Sentencia T-606, octubre 27 de 1998. MP: José Gregorio Hernández

456 Ver, en general, sobre detalles de estas afirmaciones: "Radiografía de las urgencias hospitalarias en Bogotá" *El Tiempo*, 16 de diciembre de 2001

457 GONZÁLEZ-TORRE, Angel Pelayo: *La intervención jurídica de la Actividad Médica*, Dykinson, Madrid, 1997

autónomamente decisiones propias de su competencia en relación con la terapéutica más adecuada para sus pacientes.

Por ejemplo, el médico decide si una persona es o no candidato adecuado para un transplante. El médico, con su decisión, influye en la elección de un determinado medicamento, incluido o no en la lista de medicamentos esenciales. Según Mario Madrid-Malo, "el derecho al trabajo tiene como correlato una obligación de carácter negativo a cargo del Estado y de los particulares, como es la de (...) abstenerse de estorbar o de imposibilitar el ejercicio de una actividad laboral (y) no compelir a las personas a que trabajen contra su voluntad"[458].

El médico no está solo en sus decisiones y lo que se observa es la continua presión que ejercen las empresas de salud sobre él para que se ciña a las reducidas posibilidades que le permite el mercado, dentro de la competencia financiera con otras instituciones.

Eso genera decisiones como la de no dar luz verde a transplantes (para conservar el empleo), o aspectos como el aumento de riesgos médico-legales (por aumento de número de consultas/médico/día), o dar órdenes de suspender la salida del paciente hasta que éste pague. La ley obliga al médico a sobrevivir en el mercado. Se le arroja a un mercado sin muchas herramientas y se le convierte en un empleado enajenado, y en un contexto que lo empuja a prácticas poco éticas.

Una encuesta realizada entre 112 médicos mostró que el 80 por ciento de ellos recibe de las empresas de salud presiones que afectan la calidad de la atención. Ese 80 por ciento dijo que existen limitaciones respecto a la cantidad de exámenes médicos que puede solicitar y el 76 por ciento reconoció limitaciones para formular medicamentos. El 58 por ciento dice que le exigen un tope mínimo de pacientes por día y el 39 por ciento dice estar limitado en la autorización de cirugías[459]. Otras personas interpretan que el aumento en el número de personas atendidas a la vez que se mantienen las mismas horas de personal médico contratado refleja que "la demanda está siendo absorbida por efecto de un mayor rendimiento del recurso médico que estaba subutilizado"[460]. Así, "el acto médico se constriñe cuando se le impone que produzca un determinado número de procedimientos, como si trabajara en una fábrica de botones"[461].

458 MADRID-MALO, Mario: *Derechos fundamentales: conózcalos, ejérzalos, defiéndalos*. 3R, Bogotá, 1997, p. 304

459 "Médicos se confiesan", *El Tiempo*, Bogotá, 7 de octubre de 2001

460 Ver: FUNDACIÓN PRESENCIA: "Las condiciones laborales de los médicos en Colombia 1996-1998", *Vía Salud, núm. 8* (Bogotá, 1999), p. 12

461 "Nos obligan a violar la ética" *El Tiempo*, Bogotá, 7 de octubre de 2001

Este control implica la intromisión en el terreno de la relación médico-paciente. Pero el problema no está en la relación médico-paciente per se, sino en que esta relación se ha desdibujado en torno a un contrato de compra-venta (de prestación de servicios) de ejecución instantánea, en la que el médico ya no es (y no puede ser) "médico" y el paciente debe ser cliente. El problema de las relaciones médico-paciente está en el marco normativo y estructural del sistema de salud en el que se desarrollan estas relaciones y es allí donde debe buscarse la raíz del problema y no en la inmediatez del consultorio.

7.3. Flexibilidad del mercado laboral[462]

Hay al menos dos impactos a mencionar de las políticas de flexibilización laboral en las políticas de salud. Uno es que la flexibilización disminuye el número absoluto de personas con contrato laboral formal y, por tanto, el número de las personas que aportan a un sistema de salud basado en cotizaciones de trabajadores. El segundo es que las políticas laborales del personal de salud se ven afectadas, lo que a su vez genera un impacto en la prestación de servicios de salud.

En el caso colombiano, la aplicación de las políticas de ajuste hasta 1992 había significado 30.000 empleos menos y en 1996 se registraba la pérdida de 150.000 empleos[463]. La afiliación al régimen contributivo cayó en 1998, lo que representó una disminución del 17 por ciento del ingreso esperado por cotizaciones[464]. Una investigación sobre la contratación empresarial mostró que en 1997, el 80 por ciento de ellas redujo el número de trabajadores permanentes; en el 61 por ciento de los casos, la empresa exigió a los trabajadores temporales o con contratos civiles que se afilien a la seguridad social como independientes; el 72 por ciento de los empresarios consideró que el aumento de 7 por ciento al 12 por ciento en la cotización a la seguridad social desestimulaba, junto con otras causas, la contratación laboral[465].

Pero, además de la pérdida de cotizaciones, la flexibilización de las relaciones laborales significa nuevas formas de contratación de servicios a profesionales

462 Utilizamos esta categoría, flexibilización, debido a su uso masivo, no sin precisar que, siguiendo a Stiglitz, la llamada flexibilidad del mercado laboral "en la práctica ha sido simplemente una expresión en clave que significa salarios más bajos y menor protección laboral". STIGLITZ, *El malestar en… Op. cit.*, p. 115.

463 GUZMAN; REDONDO, *La reforma de la… Op. cit.*, p. 110

464 *Op. cit.*, p. 190

465 "Se adelgazan las nóminas, engordan los contratos" *Seguridad Social al día*, (Bogotá, sep. 1998). Disponible en: www.seguridadsocial.com.co/jun99a.htm

de salud. Los nuevos modelos de seguridad social de salud son cuestionados, además, por su grado de afectación a sectores sociales históricamente no tocados, como el personal médico. La forma de trabajo de los médicos había sido la de un profesional liberal que fijaba el rango de sus honorarios en forma directa con su paciente. Pero ahora, las reglas de juego hacen que el profesional de la salud venda su mano de obra a una empresa. Esto no quiere decir que hubiera necesariamente justicia en los precios de los servicios de salud en la práctica liberal, sino que apunta al gran cambio que sufre este gremio al pasar a depender de un modelo neoliberal.

La mano de obra del personal de salud se da en una relación eminentemente financiera en la que un proyecto ético tiene poca cabida, mientras que la responsabilidad legal es total por parte del trabajador de la salud. Paradójicamente, se habla bastante de dicho proyecto ético: hay un auge de la bioética, el discurso de los derechos del paciente, el consentimiento informado, etc., sin que tales discursos traspasen a la formulación e implementación de políticas neoliberales.

Las nuevas condiciones de venta de mano de obra de personal de salud ya no se reconocen con formas jurídicas propias de una relación laboral (subordinación jurídica, reconocimiento del carácter de empleado, reconocimiento y pago de Seguridad Social, etc.). Además, el pago de los servicios a los médicos ha sufrido varios impactos:

a) Disminución del ingreso real. Si bien los médicos recibían honorarios por encima del promedio de los trabajadores de la salud, un modelo neoliberal produce una severa disminución del ingreso real. Eso ha generado que estos profesionales tengan dos y tres empleos, lo que causa un severo daño en la calidad de la atención.

b) Según la AMC, el 30 por ciento de un grupo de médicos entrevistados, tiene su principal fuente de ingresos en actividades diferentes al ejercicio de la profesión médica[466]. Esa situación obedece tanto a la saturación de profesionales en las principales ciudades, como a la pérdida de rentabilidad del ejercicio de su profesión.

c) El pago de los servicios ha decaído, sin que eso represente una disminución de los costos para el paciente. Lo que sí indica es una acumulación del

[466] GUZMÁN, REDONDO, *La reforma de la…* p. 95

excedente (que pagan los usuarios pero que no reciben los funcionarios) en manos del nuevo actor intermediario de los recursos financieros del sistema de salud.

Es difícil aceptar la creación de una nueva plusvalía (o que profundice la ya existente) que proviene de la explotación del personal de salud. Es decir, una nueva forma de garantizar la rentabilidad del negocio de la salud a partir de la negación del derecho al salario justo de los trabajadores y que se argumente, además, de que así se salva de la crisis a los hospitales. Lo que hay detrás de estas medidas es el desmonte de las convenciones colectivas, el cumplimiento de las imposiciones de la banca internacional en términos de la flexibilización del mercado laboral, el recorte de la inversión social, y la disminución de los deberes del Estado. Incluso los expertos reconocen que aún recortando salarios no se contendrían los costos en salud, ni se remediaría la crisis hospitalaria, ni se harían competitivos los hospitales públicos.

Paradójicamente, aumenta el número de acciones judiciales contra el personal de salud, en forma paralela al poco, pero importante, crecimiento de la conciencia del derecho a la salud por parte de usuarios. Esto conduce al desarrollo de una medicina 'defensiva' que dispara los costos en exámenes, algunos innecesarios, solicitados más que para aportar al diagnóstico, para evitar riesgos que generen consecuencias médico legales.

7.4. La figura del intermediario

Un elemento central del sistema es la aparición de un nuevo actor: el intermediario (ISAPRE en el modelo chileno y EPS en el modelo colombiano). Su surgimiento se justificó con la designación de las labores administrativas y financieras (recolección de cotizaciones, contratación de servicios médico-asistenciales, afiliación de personas al sistema) a un ente diferente al de la prestación de servicios (hospitales y clínicas), lo que permitiría, teóricamente, reducir el gasto, racionalizar los recursos y ejercer un mejor control. En última instancia, garantizaría mejor el derecho a la salud. Se decía que la fusión de funciones (administrativas y asistenciales) en el viejo modelo contribuía al deterioro de los servicios.

La nueva figura actúa bajo la lógica de que la libre competencia en el mercado de la salud produce mejoras en la atención y reducción de costos, lo que podría ser cierto en un modelo virtual en el que se excluyen incertidumbres y ciertas variables determinantes de la enfermedad. Esto es otro rasgo del modelo

neoliberal: la exclusión de variables que cuestionen la eficacia del modelo y la reducción de dichas variables a la categoría de "externalidades" o de fenómenos aislados, lo que permite que se presente el campo de experimentación como igual a la realidad y, por tanto, se traspasen mecánicamente las conclusiones del modelo sin externalidades a una realidad, como es la salud, saturada precisamente de incertidumbres.

Como es claro para las empresas, la participación en el mercado de la salud no significaría una ganancia inicial, sino que es un negocio a largo plazo, con un largo período para alcanzar un punto de equilibrio. Hoy por hoy, en el caso colombiano, algunas empresas de salud figuran dentro de las empresas más ricas y rentables del país, lo que demuestra que el negocio de la salud es rentable, que las ganancias no son redistribuidas para ayudar a los más pobres y que, como en todo negocio, van al capital privado del empresario del caso. Esas ganancias provienen de dos fuentes: de la plusvalía de los trabajadores de la salud y del recorte de servicios, medicamentos y procedimientos para garantizar la rentabilidad del producto de mercado llamado salud, rentabilidad que poco o nada repara en debates éticos sino que se centra en indicadores financieros y técnicas empresariales, a lo que se suma, obviamente, la selección adversa de pacientes.

Toda la política de control de calidad y acreditación hospitalaria está permeada, de alguna manera, por una lógica de formulación de indicadores y de medidores de gestión que, si bien podría en algo beneficiar a los pacientes, develan esencialmente una preocupación real por la eficacia financiera, la reducción de costes y la magnificación de las ganancias.

7.5. La administración como paradigma

La administración en salud no nació con los modelos neoliberales, pero sí adquirió con estos móldelos una nueva dimensión, pues, en este contexto, se erigió como una actividad paralela a la prestación de salud. Con el aumento de funciones gerenciales de los hospitales se incrementó la planta de personal. La nueva nómina complejizó la oferta de servicios y la administración de hospitales, paradójicamente, para dar cuenta de la reducción de costos y de la búsqueda de la eficacia. En este mismo sentido se volvió casi obligatoria la formación en administración o en gerencia de los profesionales de ciencias de la salud.

La administración que se puede modificar (o si se quiere decir de otra manera, la que es susceptible de cambios) tiene un límite y un espacio definido, el hospital,

sin que ésta mire las otras partes del sistema. Incluso, la lógica que se deduce de los indicadores que predominan en los hospitales es que la corrupción es un problema de personas malintencionadas y no de dinámicas que la permiten o la impulsan. La crisis de los hospitales no se explica por los problemas propios del sistema sino por a supuesta incapacidad administrativa de los médicos que usualmente ocupaban y ocupan la plaza de directores de hospitales.

El nuevo modelo creó una nueva administración obligada a centrarse en las prioridades del sistema. La nueva administración en salud busca evaluar los actos asistenciales, hacer estudios de costos en salud, evidenciar los puntos posibles de reducción de gastos. En esta lógica, los indicadores de gestión y de recurso humano no contemplan la noción del derecho a la salud. Esos indicadores son, por ejemplo:

a) Utilización efectiva del tiempo contratado por trabajador (número de pacientes por médico por unidad de tiempo). Con este indicador, la prioridad médica no es la calidad del servicio sino el volumen de pacientes.

b) Normas, estándares y aplicación de manuales de procedimientos (control del acto médico sujeto estrictamente a los manuales impuestos por las empresas de salud).

c) Mejoramiento del clima organizacional (medidas antisindicales en búsqueda de la llamada "paz laboral").

d) Uso racional de los recursos hospitalarios instalados (reducción de los tiempos de hospitalización, sin tener siempre en cuenta los reingresos que resultan aun más costosos para la institución de salud).

La acreditación y el control de calidad es el nuevo nombre de la administración, que busca un único objetivo: hacer rentable el hospital. Prima la eficiencia, pero no siempre aparece la eficacia en los indicadores. La formación de gerentes incluye la satanización del sindicalismo y de los derechos laborales.

A pesar de las evidencias, la crisis del sector salud tiene un buen chivo expiatorio o cabeza de turco: la mala gerencia. Lo primero es que no se puede resolver todo por vía gerencial y, además, no se puede culpar de toda la falla del sistema a la ausencia de experticia gerencial de las directivas hospitalarias. Si bien urge mejorar el uso de los recursos, una cosa es su uso adecuado, por ejemplo, para un procedimiento quirúrgico, y otra, su racionamiento.

Las fórmulas gerenciales no pueden resolver la crisis, principalmente, por dos cosas: a) porque no son la causa: la causa hay que buscarla en el modelo neoliberal en salud; b) porque los alcances que se persiguen en la administración en salud tienen mucho de mito. Es curiosa la proliferación de expresiones como empoderamiento, reingeniería, control de calidad, calidad total, contención de costos, acreditación, sin que se sepa exactamente lo que quieren decir, en un contexto que desconoce la administración como un medio y la convierte en un fin.

Se requiere un replanteamiento de la administración para verla en su real dimensión, para entender que la creación de intermediarios financieros no proviene de la administración sino del modelo. Y también para exigirle a lo administrativo que esté al servicio de la gente. Es indudable que las herramientas de la administración benefician el uso adecuado de recursos, pero ese no es el debate: la discusión se refiere a las posibilidades reales de la administración de, por ejemplo, un hospital público pobre que compite con uno privado.

No queremos menospreciar las herramientas de la administración en salud en la gestión de los hospitales. Incluso, defendemos su utilidad porque, además, la mala gestión ha sido responsable (en parte, solo en parte) de las crisis hospitalarias de América Latina. Lo que preocupa es la supervaloración de sus alcances que, sumada a una buena campaña de venta de las herramientas gerenciales, impide cualquier análisis que trascienda la mirada administrativa.

7.6. El problema de fondo: el modelo económico

Hoy día, casi todos los debates sobre recursos y economía nos conducen a discutir sobre globalización. Así, cuando nos adentramos en el debate sobre los recursos en salud, el primer aspecto que se aborda es "la ausencia de 'verdaderas' teorías generales sobre la globalización"[467]. Pero si se limita el debate a la estabilización macroeconómica y al ajuste estructural en lo económico y a la modernización del aparato estatal en lo político[468], entonces se dan por ciertas las recomendaciones

[467] GARAY, *Globalización y… Op. cit.*, p. 1. El debate tiene aspectos económicos, políticos y culturales; detractores y defensores, y complejidades que sobrepasan los alcances de este texto. Resulta interesante, entre la abundante bibliografía disponible, citar el trabajo del Premio Nóbel y ex-vicepresidente del Banco Mundial, Joseph Stiglitz: *El malestar… Op. cit.*

[468] Sobre estas reformas, ver: RAMOS, Joseph: "Un balance de las reformas estructurales neoliberales en América Latina" *Revista de la Cepal, núm. 62*, (Santiago de Chile, agosto de 1997), pp. 15-38

del Banco Mundial en materia de oferta de servicios de salud en el marco de tales reformas[469].

Wallerstein afirma que no hay un desarrollo nacional independiente del funcionamiento del sistema mundial[470]. Eso también se vive en el diseño de modelos de salud, ya sea por experiencia acumulada en la formulación y desarrollo de modelos en otros países (el auge de la salud pública, la formación de sistemas nacionales de salud, etcétera) o por las demandas y/o presiones externas al sector salud.

En 1980, el Banco Mundial empezó a conceder préstamos directos para los sistemas de salud y en 1983 se había convertido en una de las principales fuentes de financiamiento de los servicios de salud de los países pobres. Ya en 1987, esta entidad recomendaba una serie de medidas para la reorganización de los servicios de salud: a) trasladar a los usuarios los gastos en el uso de las prestaciones mediante el "cobro de aranceles (...) de servicios de salud", b) ofrecer esquemas de aseguramiento para los principales casos de riesgo: "provisión de seguro u otra protección frente a riesgos"; c) utilizar en forma eficaz los servicios privados: "empleo eficiente de los recursos no gubernamentales"; d) descentralizar los servicios de salud gubernamentales[471].

El modelo planteaba además la división entre unos servicios de naturaleza privada para quienes pudieran pagarlos y unos servicios públicos para las altas externalidades: el fundamento de dicha separación se encuentra en la teoría neoclásica de los bienes. Desde esta perspectiva, los bienes privados son aquellos que implican un beneficio individual diferenciado, por el que las personas estarían dispuestas a pagar. Los bienes públicos son solo aquellos que generan beneficios colectivos o altas externalidades y que, por lo mismo, deberían costearse con recursos públicos[472].

---

469 BANCO MUNDIAL: *Informe sobre el desarrollo mundial. Invertir en salud*. Banco Mundial, Washington, D. C., 1993

470 Citado en: GARAY, *Globalización y... Op. cit.*, p. 5

471 AKIN, J.: *Financing Health Services in Developing Countries. An agenda for reform*. World Bank, Washington, D. C., 1987. Hay un resumen oficial en español preparado por la Organización Panamericana de la Salud en: BANCO MUNDIAL: "El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma", Economía de la Salud. Perspectivas para América Latina. OPS, Publicación Científica núm. 517, Washington, 1989, pp. 145-191

472 BANCO MUNDIAL: *"El financiamiento de..." Op. cit.*, p. 147

El informe del Banco Mundial Invertir en salud está destinado a formular recomendaciones dirigidas especialmente a los países de medianos y bajos ingresos, con el fin de rediseñar sus servicios de salud. Estas recomendaciones han sido posteriormente parte de las exigencias de la banca internacional a los países, para renegociar las deudas externas, así como de los requisitos para adquirir nuevos créditos[473].

En América Latina, las recomendaciones del Banco Mundial han sido más o menos homogéneas para todos los países. Además, los gobiernos las han incorporado como parte de las reformas para alcanzar la estabilización macroeconómica y el ajuste estructural en lo económico, y la modernización del aparato estatal en lo político. El impacto buscado con los nuevos modelos de salud ha sido similar a lo ocurrido en Colombia[474], aunque con desarrollos menores pero en la misma dirección[475]. Se considera a Colombia como el ejemplo a seguir en la región y el país líder del proceso[476].

473 Sobre la capacidad de la banca internacional para imponer las reformas y la lógica de la banca o, mejor, la ausencia de lógica, ver: STIGLITZ, *El malestar… Op. cit.*,

474 GÚZMAN, REDONDO, *La reforma de… Op. cit.*, pp. 135-143

475 Esta fue una de las principales observaciones y conclusiones del Seminario Internacional "El derecho humano a la salud. Retos del nuevo milenio", realizado en Caracas, Venezuela, con la participación de ONG de Chile, Ecuador, Venezuela, Colombia, y Bolivia.

476 "Fase critica" *Revista Dinero, núm. 145* (Bogotá, noviembre 9 de 2001). Disponible en: www.dinero.com/larevista/145/

8. A la búsqueda de opciones

Y si Marx tuviera razón y realmente "la introducción del dinero es ya un paso gigantesco que rompe los límites estrechos del trueque y permite conservar indefinidamente la fuerza productiva conquistada a los demás. [Entonces] en el sistema capitalista, por último, en donde el dinero triunfa, toda relación humana ha sido ya reducida a relación de mercado"[477].

Si, "el destino del obrero no es superado, sino extendido a todos los hombres"[478], si vivimos ya en un mundo y unos servicios de salud determinados por la ciencia política, y si ésta "comienza, pues, con un reconocimiento aparente del hombre, de su independencia, de su libre actividad [pero luego] no puede ser ya determinada por las determinaciones locales [y] derriba todo límite y toda atadura, para situarse a sí misma en su lugar como la única política, la única generalidad, el límite único, la única atadura, así, también ha de arrojar ella en su posterior desarrollo esta hipocresía y ha de aparecer en su total cinismo"[479].

Los "derechos del hombre", a juicio de Marx, reducen todo al hombre como una unidad aislada de su contexto político, un hombre "del que [se] borra toda determinación para esquematizarlo como capitalista o como obrero"[480], supresión que implicaría la negación de las diferencias económicas. Los derechos humanos reivindicados en el siglo XIX, "liberales y burgueses", se centran en el derecho a poseer y no contribuyen a la emancipación humana[481].

En relación con la condición de salud, Marx plantea que la persona está reducida a su condición de obrero y éste está reducido a su condición de máquina, y en cuanto tal la atención en salud sería entonces sólo un mecanismo de reparación y/o reposición de la mano de obra, una labor de mantenimiento de una parte de la maquinaria productiva[482]. Así el derecho a la salud sería pues como el salario. Marx dice: "las necesidades del trabajador se reducen solamente a la necesidad de mantenerlo durante el trabajo de manera que no se extinga la raza de los trabajadores. El salario tiene, por tanto, el mismo sentido que el mantenimiento, la conservación de cualquier otro instrumento productivo (…). El salario del

477 MARX, Karl: *Manuscritos. Economía y filosofía*. Alianza, Primera Edición: 1968. Quinta Edición, Madrid, 1974. Introducción y traducción de Francisco Rubio Llorente, p. 39
478 MARX, Manuscritos… O*p. cit.*, p. 141
479 O*p. cit.*, p. 136
480 O*p. cit.*, p. 169
481 MARX, Karl: "La Cuestión judía", 1844
482 MARX, Manuscritos… O*p. cit.*, pp. 45-119

trabajador pertenece así a los costos necesarios del capital y del capitalista, y no puede sobrepasar las exigencias de esta necesidad".[483] Es curioso, y coherente con esto, el nacimiento de los ministerios de salud como dependencias de los ministerios de trabajo y el derecho a ciertos servicios de salud supeditados a la condición de obrero o de familiar de éste[484]. Así pues, el acceso a los servicios de salud es resultado directo de la relación capacidad de compra / servicios de salud, y no de la relación necesidad / servicios o, peor aún garantizar la productividad del obrero, por eso se reduce el servicio de salud exclusivamente al ámbito de lo laboral[485].

Y si Moro también tuviera razón y "donde hay propiedad privada y donde todo se mide por el dinero, difícilmente se logrará que la cosa pública se administre con justicia" pues habría, dice él, "remedios que podría aliviar este mal (el azote de la pobreza y de la miseria) pero nunca curarlo".[486]

En tal caso, la salud y las relaciones de que ésta depende y de ésta se derivan, serían también relaciones inevitablemente propias del mercado o a lo menos supeditadas por completo a éste; y en este momento en que el mercado tiene tal internacionalización, ¿pedir tal justicia sobre el derecho a la salud, sería simplemente un acto de ingenuidad?

Este dilema no sucede sólo en el ámbito del derecho a la salud, incluso no sólo en el ámbito de los llamados derechos económicos y sociales, sino que ocurre, hoy por hoy, frente a todos los derechos. Con la caída del muro de Berlín, el Estado social deja de ser necesario para hacer frente al avance del comunismo, si ya no hay enemigo que atajar ¿para qué mantener tales medidas?

No se trata de un culto a la igualdad inexistente; Rousseau distinguía entre una desigualdad natural y una política[487]. Para él, no cualquier contrato puede llamarse, en rigor, un "contrato social", pues no sólo debe garantizar unas normas

---

483 *Op. cit.*, p. 124

484 Esto es evidente, por lo menos, en el caso de la historia de los ministerios de salud de América Latina. Ver, en general: ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD /ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: *El derecho a la salud… Op. cit.*

485 Con relación al Ecuador, Ugalde sostiene que: "la orientación del seguro social ecuatoriano es eminentemente economicista, es decir que su objetivo principal es mantener una fuerza laboral sana para obtener de ella el máximo rendimiento del recurso humano". UGALDE, "La integración de programas…" *Op. cit.*, p. 147; en general para el caso ecuatoriano ver: pp. 145-156

486 MORO, *DE OPTIMO REIP… Op. cit.*, pp. 103-104

487 ROUSSEAU, *Discours sur l'origine... Op. cit.*, p. 55

por todos conocidas y por la mayoría aceptadas, sino que debe incluir elementos contra lo que él llama la primera fuente del mal: la desigualdad[488]. Llama la atención que la igualdad como paradigma se combate argumentando su irrealización -como si no fuera válido avanzar hacia su concreción- y otorgando al Estado un papel contemplativo frente a los abusos derivados de la desigualdad. "Pero si el abuso es inevitable ¿quiere esto decir que no se deba reglamentarlo? Precisamente porque la fuerza de las cosas tiende siempre a destruir la igualdad, la fuerza de la legislación debe siempre tender a mantenerla"[489].

8.1. El Estado de Derecho

El problema del Estado ha sido tratado más desde el punto de vista del gobernante que del gobernado, dice Bobbio[490], y una de las posibilidades de lo segundo son precisamente los derechos humanos como, entre otras cosas, deberes del Estado para con los gobernados. Un deber último de las instituciones (democráticas) es dar respuesta a las necesidades de las personas y más aún si las necesidades son reconocidas como derechos fundamentales. Según García-Pelayo, interpretando a Stein, "la fuerza del Estado depende del nivel moral y material de sus ciudadanos"[491].

El Estado como tal es propio de las formaciones políticas posteriores a la época medieval, es decir el Estado es por definición moderno[492], y el cual puede ser definido mediante sus dos elementos constitutivos: "la presencia de un aparato administrativo que tiene la función de ocuparse de la prestación de los servicios públicos, y el monopolio legítimo de la fuerza".[493] Es decir, para efectos del presente ensayo optamos por tal definición y se prescinde de la noción de Estado como el conjunto del pueblo el territorio y la soberanía que usan los escritores modernos[494]; en palabras de García-Pelayo "en todo caso, el Estado

---

488 El Estado social, para él, "sólo es ventajoso para los hombres en tanto que posean todos algo y ninguno de ellos tenga nada de más". ROUSSEAU, *Discours sur l´origine... Op. cit.*, p. 171

489 *Ibid*

490 BOBBIO, Norberto: *Stato, governo, società. Per una teoria generale della Politica*. Giulio Einaudi editore, Turín, 1985. Edición consultada: *Estado, Gobierno y Sociedad. Por una teoría general de la política*. Fondo de Cultura Económica, México, 1989. Traducción de José F. Fernández Santillán, p. 82

491 GARCIA-PELAYO, Manuel: *Las Transformaciones del Estado contemporáneo*, Alianza, Madrid, 1995, p .15

492 BOBBIO, *Op. cit., Stato…*, pp. 89-92

493 *Op. cit.*, p. 91

494 *Op. cit..*,p.128

se manifiesta como una unidad de poder"[495], pero tal poder no puede radicar sólo en el ejercicio de la fuerza[496], ni siquiera en la decisión de la mayoría, sino que requiere de unos principios que consideremos no sólo válidos sino también necesarios para que la voluntad de la mayoría sea, en palabras de Rousseau, voluntad general[497].

Entendemos el Estado de derecho como aquel concebido como órgano de producción jurídica y, por tanto, como ordenamiento jurídico en su conjunto[498], siendo su fundamento el gobierno de las leyes[499]. Tal Estado de Derecho se manifiesta a través de la formulación y la aplicación de unas normas conocidas y aceptadas, en las que se define el Estado mismo y se desarrolla el Derecho.

"El derecho rige porque es impuesto por la organización; pero la organización, como institución jurídica que es, supone el Derecho"[500], entendiendo como norma de normas el ordenamiento determinado por la constitución, y aceptando que tal ordenamiento "no es la pura norma, sino la síntesis de la tensión entre la norma y la realidad con que se enfrentan"[501], norma que se manifiesta y se renueva la legitimidad del Estado mismo[502].

Pero no todo ordenamiento jurídico constituye per se un Estado de derecho, "el Estado de derecho es el Estado sometido al derecho"[503] en el que: a) gobierna el imperio de la ley, entendiendo ésta como la voluntad popular, b) hay división de poderes, c) existe legalidad en la administración (actuación según la ley y suficiente control judicial), y d) derechos fundamentales: garantías jurídicas formales y efectiva realización material[504].

---

495 GARCIA-PELAYO, Manuel: *Derecho Constitucional Comparado*, Alianza, Madrid, 1984, p. 19

496 Bobbio se pregunta: "¿si nos limitamos a fundar el poder exclusivamente en la fuerza, cómo se logra distinguir el poder político del de una banda de ladrones?" BOBBIO, Op. cit., Stato…, p. 118

497 "Lo que generaliza la voluntad no es tanto el número de votos como el interés común que les une". ROUSSEAU, Jean-Jacques: *Discours sur l´origine et les fondements de l´inégalité parmi les hommes*. (Chambéry, 1754). Edición consultada: *Discurso sobre el origen de la desigualdad entre los hombres*. El contrato social, Ediciones Orbis. Traducción de: José López y López, Barcelona, 1984, p. 178

498 BOBBIO, *Op. cit.*, *Stato…*, p. 73

499 *Op. cit.*, p. 132

500 GARCÍA-PELAYO, *Op. cit.*, Derecho… pp. 18-19

501 *Op. cit.*, p. 20

502 Ver, sobre el principio de legitimidad, BOBBIO, *Op. cit.*, Stato…, pp. 117-127

503 DÍAZ, Elías: *Estado de Derecho y sociedad democrática*. Primera edición: 1966, Novena edición: Taurus, Madrid, 1998, p. 29, la cursiva es nuestra

504 *Op. cit.*, p. 44

Así, teniendo la constitución un pie en la realidad y otro en el deber ser, el acatamiento a la norma no es un asunto accesorio sino un pilar del Estado de derecho, pilar que no puede socabarse so pretexto de intereses particulares o coyunturas económicas. Siendo, pues, el Estado de derecho el propio del imperio de la ley "exige por tanto, la sumisión, la subordinación a ella de todos los poderes del Estado; y de todos los poderes no estatales, sociales y económicos y demás, y de todos los ciudadanos por supuesto"[505]. Para Elías Díaz, todo Estado de derecho es más exactamente un Estado constitucional de derecho.

El Estado de derecho se vincula de modo inequívoco con la democracia como forma de gobierno, por tanto a las exigencias éticas y políticas de la democracia, no puede ser ajeno el Estado de derecho, entendiendo por democracia una forma de gobierno "en que las decisiones se adoptan por mayoría, que actúa como totalidad, pero que, no siéndolo, ha de respetar los derechos de las minorías"[506]. Se une la democracia a la idea del Estado de derecho, no pudiendo existir éste sin aquella ni aquella sin éste y si bien son cosas diferentes, hoy van juntas según lo que Cotarelo llama "la conciencia moral prevaleciente en nuestra época"[507].

8.2. Salud e Ilustración

Entre las reivindicaciones del movimiento obrero, la herencia de la ilustración, los horrores del holocausto, la formulación y el desarrollo del derecho constitucional, entre otros elementos, en la coyuntura política de la posguerra, se consolida la concepción moderna de los derechos humanos, contenida, principalmente, en la Declaración Universal y los Pactos Internacionales de 1966.

Esto a su vez genera más y mejores reconocimientos constitucionales de derechos fundamentales, la formulación de tribunales nacionales constitucionales y el desarrollo de ulteriores instrumentos internacionales (desde pactos regionales hasta el reciente proceso tendiente a conformar una jurisdicción penal internacional), con lo que se va consolidando un proceso de internacionalización moral y jurídica de los derechos humanos.

Desde el punto de vista jurídico, los antecedentes más relevantes son: a) Bill of Rights (1689), cuyo principal eje era la limitación del poder de la corona, mediante un cuestionamiento al poder absoluto del Estado y una respuesta

505 *Op. cit.*, p. 11
506 COTARELO, *Op. cit.*, En torno a… p. 18
507 *Op. cit.*, pp. 13-16; 86-88

ante sus arbitrariedades, b) la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, de 1789, c) la Constitución de los Estados Unidos.

La Ilustración construye la discusión de los derechos humanos a través de la noción del derecho natural (ley natural y estado de la naturaleza) que desarrolla John Locke, ante la cual todas las personas son iguales y libres, y dotadas de razón[508]. Estas tres premisas son las mismas que usa posteriormente Rawls para el desarrollo de su Teoría de la Justicia, y que posteriormente precisa[509]. En el planteamiento de Rawls cobra importancia, ante su negación de un discurso metafísico cualquiera que valide una determinada noción de justicia, la creencia en la persona como agente moral y político ("unidades básicas de deliberación y responsabilidad"); aunque él reconoce que tal planteamiento implica el riesgo de que la mencionada creencia ocupe el espacio o el rol del discurso cuestionado y por tanto repita el mecanismo de lo en principio rechazado: necesitar de un discurso metafísico que legitime una noción de justicia[510], debate que no es lejano al que se da ante la elaboración de un marco que justifique los derechos humanos. Parafraseando a Rawls, admitimos que el reconocimiento de la persona como agente es argumento no solamente válido sino suficiente para justificar los derechos humanos.

Para el caso de salud, la argumentación de lo natural tiene dos matices demasiado fuertes: a) la enfermedad es también natural y, b) la cura que se reclama no proviene de lo natural sino de una técnica creada por las personas, pero no por eso menos natural en el origen de sus medios. Más allá del problema del origen, no porque un derecho no sea natural un derecho es menos importante jurídicamente ni menos defendible éticamente. Como dice Rousseau: "también viene de Dios toda enfermedad. ¿Quiere esto decir que esté prohibido llamar al médico?"[511].

Una lectura simplista del origen de los derechos humanos, reduce el asunto a su origen "natural", considerando que si -así lo quiso el buen Dios- es de la naturaleza humana la imposibilidad de alcanzar una salud total[512], pues es,

508 LOCKE, John: *The second Treatise of Civil Government. An essay Concerning the True Original, Extent and End of Civil Government* (1960). Edición consultada: *Segundo Tratado sobre el Gobierno Civil*, Alianza, Madrid, 1990. Traducción de Carlos Mellizo, pp. 36-45

509 Sobre las precisiones posteriores de Rawls a su propia teoría de la justicia, ver: RAWLS, Op. cit.

510 RAWLS, O*p. cit.*, pp. 59-65

511 ROUSSEAU, O*p. cit.*, p. 160

512 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD / ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: O*p. cit.*, *El derecho a la salud...*, p. 541

entonces contrario a tales derechos hablar de un derecho a la salud, concluyendo que el derecho a la salud implicaría la existencia de la vida eterna. Argumento creativo que parte de un punto errado: no es bueno algo simplemente porque sea natural ni contrario a lo bueno lo que no tenga tal origen. Tampoco el derecho aquí defendido aboga por la salud total (concepto que no termina de ser claro) sino por una condición biológica que poco repara en el buen Dios.

Es cierto que los primeros documentos de derechos no incluyen la salud como tal, pero no por deliberada exclusión sino acorde con el poco desarrollo científico de tales épocas, pues no se podría pedir o proteger algo que, para ese momento, era inexigible. ¿Podría incluirse el tratamiento de infecciones mediante antibióticos en la época en que no había antibióticos?

Para Montesquieu, las leyes podían evitar la propagación de las enfermedades y en tal deber debería obrar el legislador: "las cruzadas nos habían traído la lepra, pero los prudentes reglamentos que se hicieron impidieron su propagación a la masa del pueblo (…) puesto que corresponde a la sabiduría de los legisladores velar por la salud de los ciudadanos, hubiera sido muy sensato contener esta propagación por (medio de) las leyes"[513] pues "el Estado debe a todos los ciudadanos una subsistencia segura, el alimento, un vestido decoroso y un género de vida que no sea contrario a la salud"[514].

Para Moro, en su isla Utopía "la primera preocupación y cuidados son para los enfermos que son atendidos en hospitales públicos (…) En ellos, por grande que sea el número de enfermos, nunca hay aglomeraciones, ni incomodidad en el alojamiento (…) Estos hospitales están perfectamente concebidos, y abundantemente dotados de todo el instrumental y medicamentos para el restablecimiento de la salud" y sin embargo "a nadie se le obliga a ir al hospital contra su voluntad"[515].

También es claro el saneamiento ambiental[516] y una concepción de la eutanasia pasiva y del consentimiento informado, pues aunque "no escatiman en nada,

513 MONTESQUIEU: *De L'esprit des lois* (1748, Geneve). Edición consultada: *Del espíritu de las leyes*. Madrid, Sarpe, 1984. Dos tomos. Traducción de Mercedes Blázquez y Pedro de Vega. T. I, pp. 241 y 242

514 *Op. cit.*, T. II, p. 114

515 MORO, Tomas (1518): DE OPTIMO REIP. STATU, DEQUE NOUA INSULA UTOPIA… Edición Consultada: *Utopía*, Alianza, Madrid, 1984. Traducción de Pedro Rodríguez Santidrián, p. 131

516 *Op. cit.*, p. 130

trátese de medicinas o de alimentos" cuando el mal es incurable, se le hace saber esto al paciente, quién toma la decisión de dejarse morir o, a petición propia, recibe alguna medicina "muriendo sin darse cuenta de ello, pero no eliminan a nadie contra su voluntad, ni por ello le privan de los cuidados que le venían dispensando"[517]. En la isla en mención la salud es proclamada como "el placer fundamental"[518].

Voltaire, ante las epidemias de viruela, reivindica como un bien social las vacunas que se desarrollaban exponiendo a los niños desde muy pequeños a pústulas provenientes de pacientes con "viruela benigna", tal práctica la defiende como un medio racional de protección y como un deber de la nación y del gobierno para con todas las personas.[519] El ser humano que proyectó la ilustración era, por supuesto, una persona sana, una persona dentro de la cual la enfermedad no tenía sitio y si ésta apareciese debería ser combatida dentro de una noción del ser humano y de sus derechos propio de la racionalidad y alejada del pensamiento mágico.

Es clara la preocupación propia del renacimiento y de la Ilustración por reconocer la calidad de persona igual, libre y dotada de razón a cada uno, incluso a aquel anónimo de la historia y del poder. Y esa idea original de cierta igualdad no era contraria a otra idea que iba de la mano, la de la libertad.

Los derechos humanos adquieren "su mayoría de edad" a través de su reconocimiento constitucional, estando ésta ligada inexorablemente a la noción de unas normas fundamentales[520]. El desarrollo del derecho constitucional (constituciones escritas, complejización de la organización jurídico-política del Estado, "unificación de la imagen jurídica del mundo", prerrequisito para considerarse parte del mundo civilizado)[521], también implica un desarrollo de los derecho humanos.

Desde el punto de vista político y moral, el holocausto representa un momento de fractura en el que los derechos humanos no sólo se (con)vierten en una Declaración sino que la sobrepasan. ¿Es lo mismo, pues, hablar de Derechos Humanos hoy que hace 200 años? Creemos que no; no sólo por la evolución en su forma (Declaraciones y Pactos Internacionales, incorporación en la gran

517 *Op. cit.*, pp. 161-162
518 *Op. cit.*, p. 154
519 VOLTAIRE: Cartas Filosóficas y otros escritos, Sarpe, Madrid, 1983, 56- 59
520 GARCIA-PELAYO, *Op. cit.*, *Derecho…*, pp. 22-30
521 *Op. cit.*, pp. 28-31

mayoría de Constituciones en el mundo, creación de tribunales constitucionales para salvaguardar tales derechos, internacionalización jurídica, etc.) sino porque los valores y principios que contienen tienen ya, hoy por hoy, un peso específico en la conciencia de las personas y en lo que llamamos la civilización. Por tanto, invocar a los derechos humanos en la idea liberal del "dejar hacer", esperando sólo tal idea como único deber del Estado para con sus ciudadanos, es viajar al pasado. El proceso de los derechos humanos suma múltiples vías: la lucha por la jornada laboral de 8 horas, por el sufragio universal, la participación de la mujer, etc.

Los derechos humanos son, hoy por hoy, una realidad que se explica a sí misma y que, ante su reconocimiento como elemento central para la democracia y la convivencia, su justificación ya no es un problema; como dice Bobbio "el fundamento de derechos de los que sólo se sabe que son condiciones para la realización de valores últimos es la apelación a dichos valores últimos. Pero los valores últimos, a su vez, no se justifican, se asumen: lo que es último, justamente por su carácter de tal, no tiene fundamento alguno"[522]. Es decir, el debate no debe girar sobre su fundamento sino más exactamente sobre su promoción, control y garantía, dando su fundamentación como aceptada.

8.3. La defensa del Estado social

En este desarrollo del Estado de derecho, el liberalismo burgués terminó dando paso al igualitarismo obrero en la construcción de la noción de democracia[523], con lo cual el Estado de derecho deja de ser tal (o más exactamente sin dejar de ser tal) se constituye como Estado social (y democrático) de derecho, pasando de la igualdad ante la ley a la igualdad de oportunidades[524].

La legitimidad también es susceptible a tales cambios y el Estado legítimo gira de ser el "sereno arbitro del juego, de la competencia y de los conflictos sociales" para convertirse en aquel "Estado que se preocupa por canalizar los conflictos sociales (...) con el fin de garantizar el bienestar social"[525].
Para Rawls, los dos principios de justicia son: a) "todas las personas son iguales

522 BOBBIO, Norberto: *El problema de la guerra y las vías de la paz*, Gedisa, Barcelona, 1992, p. 121
523 *Op. cit.*, pp. 15-16
524 Para el debate entre democracia formal y democracia real, cuyo alcance no persigue el presente trabajo, ver: COTARELO, Ramón: *Del estado de bienestar al estado de malestar"*. Centro de Estudios Constitucionales, Madrid, 1990, *Op. cit.*, pp. 34-35, y 63-76
525 COTARELO, *Op. cit.*, p. 13

en punto de exigir un esquema adecuado de derechos y de libertades básicos iguales", y b) "las desigualdades sociales y económicas (…) deben promover el mayor beneficio para los miembros menos aventajados de la sociedad"[526]. Su idea política de la justicia implica su construcción desde una concepción razonable y racional de acuerdo con ciertas ideas fundamentales propias de una sociedad democrática[527].

Los derechos humanos adquieren así "su mayoría de edad" a través de su reconocimiento constitucional, estando ésta ligada inexorablemente a la noción de unas normas fundamentales[528]. El desarrollo del derecho constitucional (constituciones escritas, complejización de la organización jurídico-política del Estado, "unificación de la imagen jurídica del mundo", prerrequisito para considerarse parte del mundo civilizado)[529], también implica un desarrollo de los derecho humanos.

El Estado Social aparece como fruto de un proceso histórico en el que, entre otras cosas, "fueron precisas intensas luchas políticas y movimientos sociales duraderos para que penetrara en la conciencia jurídica dominante la idea de que una aplicación selectiva del derecho es una injusticia"[530]. En este proceso confluyen:

a) Antecedentes históricos: el "Manifiesto de los iguales" y "manifiesto de los plebeyos" de la revolución francesa[531], la política social alemana de Bismarck (protección frente al desempleo, la enfermedad, la vejez y la incapacidad)[532], la Constitución de Weimar (para Elías Díaz la Constitución de Weimar es el comienzo del Estado social), el New Deal norteamericano, la política sueca de los años 30`s, y la Constitución española de 1931[533]. La Constitución de Weimar dice que: ""El Reich creará un amplio sistema de seguros para poder, con el concurso de los interesados, atender a la conservación de la salud y de la capacidad para el trabajo, a la protección de la maternidad y a la previsión de las consecuencias económicas de la vejez, la enfermedad y las vicisitudes de la vida"[534].

526 RAWLS, *Political...Op. cit..*, p. 35
527 RAWLS, *Political...* pp. 41-45
528 GARCÍA-PELAYO, *Derecho…*, pp. 22-30
529 GARCÍA-PELAYO, *Derecho…*, *Op. cit.*, pp. 28-31
530 HABERMAS, *Ensayos... Op. cit.*, p. 84
531 RUBIO LARA, La formación del... Op. cit., p. 31 y ss.
532 *Op. cit.*, pp.73-75
533 *Op. cit.*, pp. 79-202

b) La Segunda Guerra Mundial. En la segunda posguerra se entendió que proveer de un bienestar adecuado a las personas era, entre otras cosas, una talanquera contra el avance del comunismo. Pero también, la derrota del fascismo, significó el triunfo de fuerzas progresistas que hicieron valer sus reivindicaciones[535].

c) La formulación del derecho internacional de los derechos humanos, y la proliferación de la idea de persona con derechos por encima de razas, creencias y otras tantas diferencias. En esta lógica, se formulan numerosos pactos internacionales de derechos humanos, compatibles con el Estado social.

Después de la Segunda Guerra mundial, se observan tres nuevos hechos en relación con los derechos humanos: a) la incorporación de derechos a las constituciones de numerosos países, b) el desarrollo de Cuerpos Colegiados que vigilaran la coherencia de las leyes, normas y reglamentos con las Constituciones y con el respeto a los derechos humanos allí positivados y, c) la internacionalización de los Derechos Humanos mediante la declaración de las Naciones Unidas en 1948, suscrita hoy por la mayoría de Estados.

El fin del Estado social se lograría mediante tres estrategias: a) intervención estatal en la economía para mantener el pleno empleo, b) provisión pública de una serie de servicios sociales universales, y c) responsabilidad estatal en el mantenimiento de un nivel mínimo de vida[536]. El debate del bienestar es el de "la justicia aplicada al campo de la realidad social concebida como un mundo de relaciones desiguales organizadas políticamente"[537]. No es un error decir que "toda discusión acerca del hambre es incompleta sin un debate sobre la economía"[538], igualmente podríamos decir esto sobre un debate con relación a la salud.

Durante muchos años las teorías económicas de Keynes las que ayudaron a hacer posible el estado de bienestar: intervención estatal en busca del pleno

534 Art. 161, Constitución de Weimar, 14 de agosto de 1919
535 RUBIO LARA, *La formación del... Op. cit.*, pp. 250-254, y COTARELO, *Del estado de…*, *Op. cit.*, pp. 50-51
536 MISHIRA, "El Estado de bienestar...",*Op. cit..*, p. 56
537 RUBIO LARA, La formación del... *Op. cit.*, p. 27
538 MITTAL, Anuradha "La exportación del hambre", *Semana*, Bogotá, marzo 2002

empleo[539] y garantía de una serie de servicios a partir de los recursos públicos. Esa tendencia económica confluyó con la maduración de una serie de derechos humanos llamados sociales, más las necesidades clientelares del Estado capitalista para, en parte, hacer frente a las luchas obreras. Lo económico hoy día obedece a una lógica predominante del libre mercado, lógica que determina y podemos decir redefine el papel del Estado.

Sin caer en la trampa de pretender una igualdad absoluta se podría resumir el Estado social en la idea de que todas las personas tengan un nivel de vida adecuado. Desde varias escuelas sociológicas son tantos los elementos de definición, con diferentes prioridades, que la noción parece imprecisa[540]. Incluso, preferimos usar la denominación "Estado social", identificada con el Estado de derecho y con la justicia social, que la denominación de "Estado de bienestar" el cual muchos definen como "Estado del ocio" y por tanto más cercano al paternalismo injustificado que a los derechos de las personas[541]. La noción de "Estado del ocio" entendida de tal manera, ha permitido argumentar en contra del Estado social o reducir las necesidades de las personas en lujos innecesarios, cosa que no sólo es incorrecta sino moralmente censurable, especialmente en los países con mayor nivel de pobreza, como lo mostraremos más adelante.

Pero, además de las críticas contra el Estado de bienestar por producir "bienes innecesarios", también se destila que, en cuanto proveedor de servicios, es alienante y establece una relación clientelar con sus ciudadanos encarnando una forma sutil de dictadura del gran capital donde la ideología se reemplaza por los bienes y por tanto hay ausencia de democracia[542].

Nosotros no sólo decimos Estado social, sino Estado social de derecho. La simple noción de Estado social podría aplicarse a los regímenes dictatoriales que, asegurando la cobertura de ciertas necesidades, se presentan como respetuosos de los derechos humanos (de manera maniquea reduciendo éstos a los llamados sociales, como otros los reducen a los llamados derechos de libertad); no basta

539 Habermas dice: "El proyecto del Estado social enfocado reflexivamente, no solamente enfocado a la sujeción de la economía capitalista sino a la sujeción del mismo Estado, no puede mantener el trabajo como punto central de referencia. Ya no puede tratarse de la consolidación del pleno empleo convertido en norma". HABERMAS, *Ensayos... Op. cit.*., p. 129

540 COTARELO, *Op. cit*., *Del estado de…*, *Op. cit*., pp. 21-39

541 Diaz distingue entre Estado social de derecho y Estado social autoritario, entendiendo que este último puede reconocer y hasta desarrollar elementos de lo social sin respetar lo que llamamos un Estado de derecho. Ver: DIAZ, Op. cit., p. 23

542 Para revisar los argumentos de tales tesis, ver: DIAZ, *Op. cit*., pp. 111-12

pues dar seguridad frente a ciertas adversidades, sino que se requiere la vigencia de la libertad. El totalitarismo fascista es un camino usado por la burguesía (aunque no sólo por ésta) para evitar que el liberalismo sea una herramienta en contra del Estado capitalista, pues aquel reconoce libertades útiles a la burguesía para tomar el poder en la revolución francesa pero peligrosas a la hora de querer conservarlo[543] (también usó los llamados derecho sociales para hacerle frente al comunismo).

Pero ahora asistimos a su extinción o por lo menos a su reducción, a favor de la cual muchos levantan la bandera de la libertad, vulnerada precisamente por los, para ellos, mal llamados derechos que buscan la igualdad. Para García-Pelayo, el Estado social no niega la libertad (en oposición al Estado liberal) sino que precisamente la hace posible al materializar otros bienes jurídicos que promueven su disfrute.[544].

Para Luhmann, la crisis del Estado de bienestar no se manifiesta como una contradicción entre capital y trabajo (como argumentan los neo-marxistas) ni por un desbalance entre demandas sociales e incapacidad para satisfacerlas (como dirían los neo-liberales) sino que se trata de un problema entre el sistema (político) y el entorno[545], con lo cual el problema y su solución se trasladan del pretexto de los recursos al ámbito de la decisión política.

Tal modelo explicaría el deterioro del Estado de bienestar como fruto de una creciente inclusión de temas y su correlato: crecientes expectativas[546], siendo tal Estado el de "la realización de una inclusión política"[547]. Eso podría ser válido (aceptémoslo momentáneamente en aras de la discusión) en el contexto europeo, pero no en América Latina, pues no es la "opulencia" de las grandes masas, precisamente no incluidas, lo que precipita la necesidad "inventada" de ciertos servicios sociales "ociosos".

---

543 *Op. cit.*, pp. 59-68

544 GARCÍA-PELAYO, *Op. cit.*, Las Transformaciones del… Op. cit., pp. 26-30

545 LUHMANN, Niklas: Politische theorie im Wohlfahrtsstaat. Edición consultada: Teoría Política en el Estado de Bienestar. Alianza, Madrid, 1997. Traducción e introducción de Fernando Vallespín, p. 23 y ss.

546 *Op. cit.*, p. 65 y ss.

547 *Op. cit.*, p. 49

8.4. El neo-contractualismo como opción

A pesar de lo que se dice, las evidencias muestran que los mecanismos keynesianos todavía tienen vigencia (máxime cuando su reemplazo es la renuncia al estado de bienestar). En lo teórico, contra el estado de bienestar (y contra Keynes), sus múltiples oponentes todavía "no son capaces de articular una propuesta sustitutoria convincente para un sector razonablemente mayoritario de la población"[548]. En lo pragmático, el gobierno de Thatcher, en Inglaterra, a pesar de las privatizaciones realizadas, no asumió el desmonte de la sanidad, los sistemas de pensiones ni de educación, en parte por el amplio apoyo social a estos programas[549].

Las experiencias corporativistas socialdemócratas[550] en Austria y Suecia dan cuenta de la permanencia de medidas estatales de protección, al estilo keynesano. "En 1981, todos los países capitalistas avanzados (incluidos los Estados Unidos y Japón) dedicaron más de la mitad del gasto público total a fines propios de estado de bienestar"[551]. Suecia, por ejemplo, sigue invirtiendo más que la gran mayoría de países en el mundo en salud y educación (esta última gratuita, por ejemplo) y manteniendo un sistema impositivo que a pesar de alto no ha generado la crisis del Estado sino, muy al contrario, la garantía de los servicios sociales con un aceptable nivel de empleo. En todo caso la historia del Estado social no es sólo un asunto económico basado en el keynesianismo (pues la idea del Estado social, las teorías de Bismarck y la Constitución de Weimar fueron antes de Keynes), es un asunto de desarrollo del Estado mismo.

Habermas dice que el crecimiento en tareas, del Estado social, "ha sido el síntoma de una política acertada de pacificación de conflictos de clase"[552] y, por tanto, "el desmantelamiento decidido del compromiso del Estado social tiene que dejar tras de sí lagunas funcionales que sólo pueden rellenarse mediante la represión o el desamparo"[553]. Y eso es exactamente lo que responde el modelo

548 COTARELO, Ramón: *Del estado de bienestar al estado de malestar*". Centro de Estudios Constitucionales, Madrid, 1990, p. 213

549 MISHIRA, Ramesh: *El Estado de bienestar en la sociedad capitalista*. Ministerio de Asuntos sociales, Madrid, 1993, p. 47

550 MISHIRA, "El Estado de bienestar..." *Op. cit.*., pp. 67-73

551 NAVARRO, Vicens: "El estado de bienestar y sus efectos distributivos: parte del problema o parte de la solución", en: VV.AA.: *Crisis económica y estado de bienestar.* Instituto de Estudios Fiscales, Madrid, 1989, p. 159

552 HABERMAS, *Op. cit.*, p. 36

553 Cursiva del autor. *Op. cit.*, p. 127

neoliberal a los llamados de justicia social de amplios sectores de la población. Las recomendaciones del Fondo Monetario Internacional y del Banco Mundial buscan combatir el desamparo mediante la "focalización"[554], pero, en uno de los programas bandera del caso chileno (sobre Alimentación) parece desmentir su éxito: datos chilenos "parecen cuestionar la posibilidad de mantener indefinidamente el estado de salud y nutrición de la población con medidas focalizadas en grupos específicos, en un contexto de estancamiento económico general y de creciente pobreza"[555].

Cuando se plantea renunciar a la injerencia del Estado en la regulación de todas las relaciones entre los seres humanos, estamos de acuerdo en reivindicar una mayor autonomía de las personas frente al control estatal (represión policial y militar, controles excesivos, regímenes impositivos que no se materializan en bienestar social, formas penales injustas, etc.), es decir, rechaza el aparato estatal como expresión de la dominación de grupos de poder monopólicos, pero no se está renunciando a la presencia del Estado para garantizar la salud, la seguridad de sus habitantes, la educación, la administración de justicia, etc. Es decir, no se está renunciando al estado social sino cuestionando la naturaleza represora del Estado en favor del Estado de derecho. Esta lucha por la no intromisión del Estado en la inviolabilidad de las personas no puede ser bandera del Estado mismo para sustraerse de sus obligaciones. Para Espada "el reconocimiento de la existencia de ciertas situaciones de privación e infortunio que no deberían permitirse es suficiente para los propósitos de una teoría de los derechos sociales"[556].

Habermas precisa que "el compromiso del Estado social y la pacificación del antagonismo de clase son el resultado de una intervención de un poder estatal

554 Propuesta recogida con más fuerza durante los años 90, pero ya en curso en la década anterior, tendiente a desarrollar prácticas focalizadas de subsidio a población pobre y excluida, (Ver: MESA-LAGO, Carmelo: "Desafíos actuales de la seguridad social en América Latina", en: *Contribuciones, núm.1* (1997), pp. 32-34), que toma forma mediante planes específicos –fondos estatales contra la pobreza- recomendados para tal fin por el FMI y el Banco Mundial, tales como Pronasol en México, Red de Solidaridad Social en Colombia, el Fondo de Emergencia Social en Bolivia, y el Fondo de Solidaridad e Inversión Social en Chile (ver: CEPAL: Panorama Socia en. América Latina. 1994. Santiago de Chile, 1995, pp. 112-114). Salvo estos subsidios, puntuales y escasos, el modelo propuesto tiende a la eliminación de todo tipo de subvención y/o subsidio por parte del Estado.

555 ANDREA, *Op. cit.*, p. 141. El libro en general señala cifras estadísticas que permiten sustentar la afirmación citada. Esto se pude confrontar con las cifras que presenta el Ministerio de Salud, en: MONTESINOS, *Op. cit.*, p. 230. Sin embargo estas últimas cifras estatales "corresponden a población en control en servicios" y por tanto excluye a los pacientes no diagnosticados, la población no cubierta (que según la misma fuente llega al 30 por ciento, ver, p. 228) y a la población que no consulta. Es necesario puntualizar que el diagnóstico de desnutrición por parte del sector salud a veces no se hace porque se da por sentado, por obvio y por tanto no se registra como tal.

556 ESPADA, Joao Carlos: *Derechos sociales del ciudadano*, Acento, Madrid, 1996, p. 252

democráticamente legitimado para regular y paliar el proceso de crecimiento natural capitalista. El aspecto sustancial del proyecto se alimenta de los restos de la utopía de la sociedad del trabajo: al normalizarse el status de los trabajadores mediante la participación cívica y el ejercicio de derechos sociales, la masa de la población consigue la oportunidad de vivir en libertad, justicia social y bienestar creciente. Ello presupone que las intervenciones estatales pueden garantizar la coexistencia pacífica entre el capitalismo y la democracia"[557].

Dice Paramio que "una auténtica crisis del Estado de bienestar sólo se ha producido en aquellos países que no lo tenían"[558], países que, según Habermas "aún están atrasados en el desarrollo del Estado social (y por tanto) no tienen razón alguna para separarse de este camino. Precisamente la falta de opciones sustitutorias e, incluso, la irreversibilidad de unas estructuras de compromiso por las que fue necesario luchar, son las que hoy nos sitúan ante el dilema de que el capitalismo desarrollado no pueda vivir sin el Estado social y, al mismo tiempo, tampoco pueda hacerlo con él"[559].

Según García-Pelayo, el Estado no se "salva" desmantelándolo sino haciéndolo instrumento de garantía de derechos, entre ellos de los llamados derechos sociales y económicos y, basado en Heller, sostiene que "sólo el Estado social de derecho puede ser una alternativa válida frente a la anarquía económica y frente a la dictadura fascista y por tanto, sólo él puede ser la vía para salvar los valores de la civilización"[560] entre ellos, los derechos humanos. Para concluir, "podemos considerar el Estado social como la forma histórica superior de la función distribuidora que siempre ha sido una de las características esenciales del Estado"[561].

Mantengamos la ilusión necesaria en los derechos humanos y resistamos a concederle a Marx la razón, al menos en este punto. ¿Es lo mismo, pues, hablar de Derechos Humanos hoy que hace 200 años? Creemos que no; no sólo por la evolución en su forma (Declaraciones y Pactos Internacionales, incorporación

---

557 Cursivas del autor. HABERMAS, *Ensayos... Op. cit.*, pp. 120-121.

558 Comentario de Ludolfo Paramio a: ALONSO, Luis Enrique: "Ciudadanía, sociedad del trabajo y Estado de Bienestar: los derechos sociales en la era de la fragmentación" (pp. 159-198), en: PEREZ LEDESMA, Manuel (comp.): *Ciudadanía y democracia*, Ed. Pablo Iglesias, Madrid, 2000, p. 194

559 HABERMAS, *Ensayos... Op. cit.*, p. 124

560 HELLER, H: "Rechtsstaat oder Diktatur?" en, HELLER, H: *Gesammelte Schriften*, Leiden, 1971, T. II, pp. 443 y ss; citado en: GARCIA-PELAYO, *Las Transformaciones del… Op. cit.*, pp. 13-92

561 GARCÍA-PELAYO, *Las Transformaciones del… Op. cit.*, p. 35

en la gran mayoría de Constituciones en el mundo, creación de tribunales constitucionales para salvaguardar tales derechos, internacionalización jurídica, etc.) sino porque los valores y principios que contienen tienen ya, hoy por hoy, un peso específico en la conciencia de las personas y en lo que llamamos la civilización.

Por tanto, invocar a los derechos humanos en la idea liberal del "dejar hacer", dejando tal idea como único deber del Estado para con sus ciudadanos, es viajar al pasado. El proceso de los derechos humanos suma múltiples vías: la lucha por la jornada laboral de ocho horas, por el sufragio universal, la participación de la mujer, etc. En palabras de Rubio Llorente: "la expresión 'derechos fundamentales' que ahora se adopta, no es una denominación nueva para un contenido viejo, sino el nombre de un nuevo modo de concebir los derechos"[562], concepción dentro de la que la igualdad tiene un peso específico: "la noción de igualdad, que es –como dice Kelsen- la forma política de la justicia, de manera que igualdad y justicia son casi dos maneras de designar una misma cosa".[563] Según Bobbio, "el concepto e incluso el valor de la igualdad no se distinguen del concepto y del valor de la justicia en la mayor parte de sus acepciones"[564].

Lo que reclamamos no lo hacemos en contra de la realidad de la inexistencia de recursos económicos, sino desde esa otra realidad no menos cierta: la existencia de enfermos. Un solo ejemplo: según la Unicef, durante 1999 murieron 11 millones de niños por causas evitables y para haberlo evitado habría bastado invertir el 0,2 por ciento de la renta mundial. Tales causas de mortalidad no son enfermedades de tratamiento posibles pero difícil o costoso (por ejemplo, transplantes de médula ósea) o en cuyo tratamiento se quiebre el principio de libertad frente al Estado o se patrocine el Estado del ocio, sino causas como la enfermedad diarréica, los trastornos perinatales, las infecciones respiratorias y ciertas enfermedades para las cuales existen vacunas[565]. Podríamos renunciar incluso a llamar "derecho" a la salud, pero no por eso dejaría de estar ahí, como una necesidad vital básica, demandando su espacio en la agenda política y jurídica de las sociedades.

---

562 RUBIO LLORENTE, Francisco: "*Los derechos...*" *Op. cit.*, p. 2

563 RUBIO LLORENTE, Francisco: *La forma del poder.* Estudios sobre la Constitución, Centro de Estudios Constitucionales, Madrid, 1993, p. 670

564 BOBBIO, Norberto: *Igualdad y... Op. cit.*, p. 56

565 "Once millones de niños murieron por causas evitables en 1999", *El País*, (Madrid, diciembre 19 de 2000), p. 32

Por supuesto que su viaje al futuro no ha terminado, su presente no es suficiente para dar todas las respuestas, todavía faltan las adecuadas ante la demanda de una mayor positivación, de una propuesta ética que le dé más sustento, un mecanismo internacional para sancionar sus violaciones, una mayor concreción de los bienes jurídicos a proteger, y una mejor protección frente a la instrumentalización desde la beatería, desde la militancia y hasta desde la mismas instancias gubernamentales nacionales e internacionales, para deslegitimar al otro pero no para evaluar sus propias acciones.

Cuando se asiste a una realidad mundial como esta, la invocación del derecho a la salud no es sólo una postura reivindicatoria de ciertos lujos pequeño-burgueses para los hospitales, ni una bandera de la arena política a favor de la sociedad del ocio, ni una invocación instrumental de los derechos humanos por fuera de la libertad, es el reconocimiento de una necesidad humana que puede (y debe) encontrar una respuesta también (aunque no sólo) en lo jurídico. Pero, a pesar del pesimismo reinante en un mundo mejor, mantenemos una esperanza en el humanismo. "El público debe considerarse a sí mismo no sólo como paciente, sino también como actor de cambio. La pasividad y la apatía pueden ser sancionadas con la enfermedad y la muerte"[566].

El contractualismo de nuevo cuño busca "identificar un orden de valores sobre el cual pueda darse una coincidencia mayoritaria".[567] Rawls, el más moderno de los llamados neo-contractualistas, plantea que en el objetivo de la justicia como equidad, "ella se presenta a sí misma como una concepción de justicia que puede ser compartida por los ciudadanos como una base de acuerdo político razonado, informado y voluntario"[568]. En este sentido, la Constitución encarna el espacio del contrato social en el cual plasmar la noción de justicia. La constitución no es otra vía política, ni siquiera una vía política, sino la vía, la base (el consenso para hacer) cualquier clase de política a partir de ella.

Siguiendo a García-Pelayo, hay tres conceptos de la constitución: a) un concepto racional normativo, b) uno histórico tradicional, y c) uno sociológico (resulta llamativo que es posible incorporar en éstas lecturas tanto diferentes nociones de los derechos humanos, como diferentes nociones de lo que es la salud). El primero de estos conceptos, concibe la constitución como "un complejo normativo establecido de una sola vez y en el que de manera total, exhaustiva

566 SEN, Amartya: "la salud en el desarrollo". Discurso inaugural pronunciado ante al Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 18 de mayo de 1999

567 COTARELO, *Op. cit.*, pp. 55-59

568 RAWLS, *Op. cit.*, p. 39

y sistemática se establecen las funciones fundamentales del Estado (…). La constitución es pues un sistema de normas"[569]. Es el fruto de una "racionalización del acaecer político", donde la constitución es la soberana, gobierna el imperio de la ley, supedita otras normas a la constitución creando así una jerarquía, produce seguridad jurídica, cuyo contenido jurídico debe ser coherente con la racionalidad, dando un puesto destacado a la división de poderes y al respeto por los derechos fundamentales.

El segundo concepto parte de la polémica deliberada contra lo racional, "como ideología del conservatismo frente al liberalismo", reivindicando las banderas del historicismo, de un pasado alimentado en la costumbre y de una costumbre generadora de normas "correctas", pues apelan a "su" cultura" y a "sus" valores y así la constitución "no es creación de un acto único y total, sino de actos parciales reflejos (…) de usos y costumbre formados lentamente"[570].

Por último, el tercer concepto considera que es posible (y hasta necesario) la relativización de la política y el derecho, acorde con las situaciones sociales. En tal sentido, "la constitución es una forma de ser, y no de debe ser". La constitución es una forma (más) de vivir de un Estado o de una sociedad, siendo simplemente una "sistematización jurídica de los poderes fácticos", fruto de tensiones (pero no de principios)[571].

La constitución es, en los tres modelos, un acuerdo social en torno al establecimiento de unas normas que determinan y delimitan el que hacer de las personas dentro de ese espacio político de convivencia; pero, retomando a Rousseau, no nos basta que sea un acuerdo mayoritario (incluso, no bastaría un hipotético acuerdo unánime de todas las personas) para hablar de voluntad general, voluntad que se vuelve tal en cuanto guiada por unos valores reconocidos como centrales y previos al contrato social mismo.

Nosotros (no sólo por razones de coincidencia discursiva entre nuestra noción de salud, sino por convicción) consideramos que, a pesar de las críticas y la crisis

569 GARCIA-PELAYO, *Op. cit., Derecho…* pp. 34-41
570 *Op. cit.*, pp. 41-45
571 *Op. cit.*, pp. 46-53

del primer modelo[572], es éste el llamado a dar mayor garantía de los derechos fundamentales, seguridad jurídica y democracia a los países. La segunda tesis no sólo no nos es útil sino que es contraria a nuestra postura: no es en la tradición, por sólo dar un ejemplo, de dividir los derechos humanos en individuales y sociales, donde queremos apoyar el presente trabajo. Frente al último concepto, basta decir que la supeditación de valores que consideramos inalienables a aspectos sociales, ora por la coyuntura, ora por la cultura, no es compatible con nuestro planteamiento de la salud como asunto objetivo.

Ahora, creemos que la Constitución debe, en su dimensión jurídica (que no reemplaza ni niega otras dimensiones como la política y lo social) dar respuestas (o posibilitar que la ley las dé) frente a necesidades fundamentales que se han reconocido como derechos humanos, no sólo en términos de libertades sino también de bienes primarios indispensables, dentro de los cuales la salud es central.

Terminando con Habermas podemos decir que "nuestro ordenamiento jurídico descansa sobre principios fundamentales de contenido universal y la realización de tales principios puede entenderse como el agotamiento de ese contenido. Normas como los derechos fundamentales, la garantía del procedimiento jurídico, el principio de la soberanía popular, la separación de poderes, el principio del Estado social, etc., están formuladas inevitablemente en un alto escalón de abstracción. Estos principios tendrían que tener una vigencia universal, esto es, valer en todo momento y espacio, para todo y para todos y también para otras normas que enjuiciamos según estas medidas"[573].

[572] Críticas que se centran en el cuestionamiento del postivismo jurídico, la dudosa posibilidad de planear en la norma todas los posibles hechos humanos, la reducción de la legitimidad al cumplimiento de la forma jurídica, la deificación del derecho positivo, la exclusión en la jurisprudencia de toda otra consideración no jurídica, aunque tal alud de críticas es, por supuesto, discutible en sus alcances y en sus razones. Ver, *Op. cit*.., pp. 55-78

[573] HABERMAS, Ensayos… Op. cit., pp. 83-84

Bibliografía

AHUMADA, Consuelo: "Política social y reforma de salud en Colombia". *Papel Político, núm. 7*, Bogotá, 1998, pp. 9-35

AKIN, J.: *Financing Health Services in Developing Countries. An agenda for reform*. World Bank, Washington, D. C., 1987

ANDREA CORNIA, Giovanni (comp.): *Ajuste con rostro humano.* Siglo XXI, Madrid, 1987

ARRIZABALO MONTORO, Xavier: *Milagro o quimera. La economía chilena durante la dictadura*. Los libros de La Catarata, Madrid, 1995

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO: *Progreso económico y social en América Latina*, 1991

BANCO MUNDIAL y FONDO MONETARIO INTERNACIONAL:*Revista Finanzas y Desarrollo*, septiembre de 1993

BANCO MUNDIAL: "El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma", en: *Economía de la Salud. Perspectivas para América Latina*. OPS, Publicación Científica núm. 517, Washington, 1989, pp. 145-191

BANCO MUNDIAL: *Informe sobre el desarrollo mundial. Invertir en salud*. Banco Mundial, Washington, D. C., 1993

BAUER, Carl: "Chile: derecho y economía en la Constitución de 1980", en: *El otro derecho, núm. 24*, Bogotá, agosto de 2000

BERTELSEN REPETTO, Raúl: "Chile", en: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD /ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: *El derecho a la salud en las Américas. Estudio constitucional comparado*, Washington, 1989, pp. 187-205

BIERSTEKER, Thomas: "The triumph of liberal economic ideas in developing world", en: STALLINGS, Bárbara (ed): *Global Change, regional response*, Cambridge University Press, 1995, pp. 174-196

BOBBIO, Norberto: *El problema de la guerra y las vías de la paz*. Gedisa, Barcelona, 1992

BOBBIO, Norberto: *Stato, governo, società. Per una teoria generale della Politica*. Giulio Einaudi editore, Turín, 1985. Edición consultada: *Estado, Gobierno y Sociedad. Por una teoría general de la política*. Fondo de Cultura Económica, México, 1989. Traducción de José F. Fernández Santillán.

BOLÍVAR, Ligia: *Derechos económicos, sociales y culturales: derribar mitos, enfrentar retos, tender puentes.* Provea, Caracas, 1996

BORZUTZKI, Silvia: C*hilean Politics and social security policies.* University of Pittsburgh, 1983

BRASSEUL, Jacques: "El resurgimiento del liberalismo económico en la América Latina (1973-1981)", en: MENDEZ, Sofía (comp.): *La crisis internacional y la América Latina*, Fondo de Cultura Económica, México, 1984, pp. 178-212.

BURGOS, Germán: "¿De qué Estado de derecho nos habla el Banco Mundial? 1992-1998" *En: El Otro derecho, núm. 24* (Bogotá, agosto de 2000), pp. 47-95

CARIKËO MONTOYA, Jorge: "El análisis de la reforma del sistema de abastecimiento del sector salud en Chile" Texto en DPF disponible en:http://wbln0018.worldbank.org/external/lac/lac.nsf (fecha de consulta: febrero de 2002)

CASTAÑEDA, Tarcisio: "El sistema de salud chileno: organización, funcionamiento y financiamiento", en: VV.AA.: *Economía de la salud. Perspectiva para América Latina*, OPS/OMS, Washington, 1989, pp. 3-27

CEPAL, Panorama Social en América Latina, 1996, Santiago de Chile, 1997

CEPAL: Panorama Social en América Latina. 1994. Santiago de Chile, 1995

CEPAL: Panorama Social en América Latina. 1995, Santiago de Chile, 1996

CEPAL: El gasto social en América Latina: un examen cuantitativo y cualitativo. Naciones Unidas, Santiago de Chile, 1994

CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-271, junio 23 de 1995. MP: Alejandro Martínez

CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-387, septiembre 5 de 1995, MP: Hernando Herrera

CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia: T-102 de 1998, MP: Antonio Barrera Carbonell

CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia: T-179 de 2000, MP: Alejandro Martínez Caballero

CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia: T-443, julio 6 de 1992, MP: José Gregorio Hernández

CORTE CONSTITUCIONAL: .Sentencia T-540, septiembre 24 de 1992. MP: Eduardo Cifuentes

CORTE CONSTITUCIONAL: Sentencia C-542 de 1998, MP: Hernando Herrera Vergara

CORTE CONSTITUCIONAL: Sentencia C-587, nov. 12 de 1992. MP: Ciro Angarita Barón

CORTE CONSTITUCIONAL: Sentencia T-060, febrero 10 de 1997. MP: Alejandro Martínez

CORTE CONSTITUCIONAL: Sentencia T-116 de marzo de 1993. MP: Hernando Herrera

CORTE CONSTITUCIONAL: Sentencia T-1204, septiembre 14, 2000, MP: Alejandro Martínez

CORTE CONSTITUCIONAL: Sentencia T-159 de abril de 1995. MP: Hernando Herrera Vergara

CORTE CONSTITUCIONAL: Sentencia T-236, mayo 21 de 1998, MP: Fabio Morón Díaz

CORTE CONSTITUCIONAL: Sentencia T-248 de 1998. MP: José Gregorio Hernández

CORTE CONSTITUCIONAL: Sentencia T-283 de 1998, MP: Fabio Morón Díaz

CORTE CONSTITUCIONAL: Sentencia T-401, junio 3 de 1992. MP: Eduardo Cifuentes Muñoz

CORTE CONSTITUCIONAL: Sentencia T-606, octubre 27, 1998. MP: José G. Hernández

CORTE CONSTITUCIONAL: Sentencia: C-089 de 1998, MP: José Gregorio Hernández

CORTE CONSTITUCIONAL: Sentencia: T-597 de 1993, MP: Eduardo Cifuentes Muñoz

CORTE CONSTITUCIONAL: Sentencia: T-640 de 1997, MP: Antonio Barrera Carbonell

CORTE CONSTITUCIONAL: Sentencia: T-645 de 1998, MP: Fabio Morón Díaz

COTARELO, Ramón: *En torno a la teoría de la democracia*. Centro de Estudios Constitucionales, Madrid, 1990

COTARELO, Ramón: *Del estado de bienestar al estado de malestar.* Centro de Estudios Constitucionales, Madrid, 1990

DE CURREA-LUGO, Víctor: "La encrucijada del derecho a la salud en América Latina" en: Yamin, Alicia (ed.): *Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales en América Latina: del invento a la herramienta*, Plaza y Valdés, México, 2006 pp. 215-234

DE CURREA-LUGO, Víctor: *El derecho a la salud en Colombia: diez años de frustraciones*, Bogotá, ILSA, 2003

DE CURREA-LUGO, Víctor: *La salud como derecho humano,* Universidad de Deusto, Bilbao, 2003

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS: *Encuesta de Calidad de Vida*, Bogotá. 1997

DÍAZ, Elías: *Estado de Derecho y sociedad democrática*. Primera edición: 1966, Novena edición: Taurus, Madrid, 1998

"El ladrillo" *Bases de la política económica del gobierno militar chileno*. Centro de Estudios Políticos, Santiago, 1992

ESGUERRA, María del Pilar; ACOSTA, Olga Lucía; NIGRINIS, Mario: "Señales de alerta en el sector salud". *Debates de Coyuntura Social, núm 14*, (Bogotá, febrero de 2001), pp. 7-18

ESPADA, Joao Carlos: *Derechos sociales del ciudadano,* Acento, Madrid, 1996

FANELLI, José María; FRENKEL, Roberto; ROZENWURCEL, Guillermo: "Crecimiento y reforma estructural en América Latina. La situación actual", en: VIAL, Joaquín (Comp.) *¿A dónde va América Latina? Balance de las Reformas Económicas.* CIEPLAN, Santiago de Chile, 1992

FEINBERG, Richard: "El Fondo Monetario Internacional y las relaciones de los Estados Unidos con la América Latina", en: MÉNDEZ, Sofía: *La crisis internacional y la América Latina*, Fondo de Cultura Económica, México, 1984

FLEURY, Sonia: "¿Universal, dual o plural? Modelos y dilemas de atención de la salud en América Latina". Multicopiado, Fundación Getulio Vargas, Rio de Janiero, (sin fecha)

FONTAINE ALDUNATE, Arturo: *Los Economistas y el Presidente Pinochet*, Zig-Zag, 1988

FOUCAULT, Michel: "El sujeto y el poder". *Revista Mexicana de Sociología, núm. 3/88* (México, DF, 1988) pp. 3-20

FOUCAULT, Michel: *Microfísica del poder.* Ediciones La Piqueta, Madrid, 1979

FRANCO, Rolando: "Reforma del Estado y nuevas orientaciones de las políticas sociales en los noventa" en: COLOMER, Antonio (coord.): *Economía, Sociedad y Estado en América Latina Contemporánea*, Fondo de Cultura Económica, Madrid, 1995

FRANCO, Rolando: "Los paradigmas de la política social en América Latina",*Revista de la Cepal 58* (Santiago de Chile, abril de 1996), pp. 9-22

FRENCH-DAVIS, Ricardo; DEVLIN, Robert: "Diez años de la crisis de la deuda latinoamericana", *Comercio Exterior,* (México, enero de 1993), pp. 13-16

FUNDACION PRESENCIA: "Las condiciones laborales de los médicos en Colombia 1996-1998", *Vía Salud, núm. 8* (Bogotá, 1999), pp. 5-13

FURTADO, Celso: "Trasnacionalización y monetarismo", en MENDEZ Sofía: *La crisis internacional y la América Latina*, Fondo de Cultura Económica, México, 1984, pp. 111-141

GARAY, Luis Jorge: *Globalización y crisis*, Tercer Mundo, Bogotá, 1999

GARCÍA CANCLINI, Néstor: *Culturas híbridas. Estrategias para entrar y salir de la modernidad*. Grijalbo, México, 1990

GARCÍA, Alvaro: "Concertación social para superar la crisis: una perspectiva económica", en: VV.AA.: *Políticas de ajuste y grupos más vulnerables en América Latina*. Fondo de Cultura Económica, Bogotá, 1987, pp. 81-85

GARCÍA, Álvaro: "las políticas sociales en Chile: logros y perspectivas", en VV.AA.: *Ajustes, políticas sociales y Fondos de inversión en América Latina*, CEPES, Lima, 1993

GARCÍA-PELAYO, Manuel: *Derecho Constitucional Comparado*, Alianza, Madrid, 1984

GARCÍA-PELAYO, Manuel: *Las Transformaciones del Estado contemporáneo*, Alianza, Madrid, 1995

GAYNOR, M; ANDERSON, G. F; "Ucertain Demand, the Structure of the Hospital Cost, and the Cost of Empty Hospital Beds" *Journal of Health Economic, 14*, 1995, pp. 219-317.

GAZMURI, Cristian: "El lugar de Pinochet en la historia. Una interpretación política de la experiencia autoritaria. 1973 - 1990". *La Tercera*, Santiago de Chile, 12 de septiembre de 1999

GIEDION, Úrsula; WÜLLNER, Andrea: *La Unidad de Pago por Capitación y el equilibrio financiero del sistema de salud*, Fedesarrollo, Bogotá, 1996.

GOBIERNO DE CHILE: *Algunos fundamentos de la intervención militar en Chile, septiembre de 1973*. Editora Nacional Gabriela Mistral, Santiago, 1974

GÓMEZ, Olga Lucía; CARRASQUILLA, Gabriel: "Factores asociados a cesárea no justificada en cuatro hospitales de Cali, Colombia" *Vía Salud, núm. 12* (Bogotá, 2000), pp. 24-29

GONZÁLEZ, Camilo: "Subsidios para el trabajador de la economía informal urbana" En: VV.AA: *Universalidad de la salud. Otro reto de fin de siglo.* Corporación salud y desarrollo. Bogotá, 1994, pp. 9-30

GONZÁLEZ-TORRE, Angel Pelayo: *La intervención jurídica de la Actividad Médica*, Dykinson, Madrid, 1997

GUZMÁN, Fernando; REDONDO, Herman: *La reforma de la salud y la seguridad social en Colombia*. Biblioteca Jurídica, Federación Médica Colombiana, Bogotá, 1999

HABERMAS, Jürgen: *Ensayos Políticos,* Península, Barcelona, 1988. Traducción de Ramón García Cotarelo

HANSON, Kara: *La medición del estado de la salud*. Organización Panamericana de la Salud, Washington, 2000.

HAYEK, Friedrich: *Law, legislation and liberty.* Vol. II, Routledge, Londres, 1976

HAYEK, Friedrich: *The Constitution of Liberty,* University of Chicago Press, 1959. Edición consultada: *Los fundamentos de la libertad.* Unión, Madrid, 1975

HERNÁNDEZ, Mario: El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización". en; DE CURREA-LUGO, Víctor y otros: *La salud está grave. Una visión desde los derechos humanos*, Bogotá, Antropos, 2000, pp. 133-164.

HIDALGO, Paulo:"La transición a la democracia: aspectos teóricos y análisis de la situación chilena" en: *Revista del Centro de Estudios Constitucionales, núm. 11*, Madrid, ene-abr. 1999

HSIAO, William: "Qué pueden aprender todos los países de la experiencia de los países desarrollados en la financiación de la atención sanitaria", en: *Anthropos, núm. 118-119* (Barcelona, mar-abr. 1991), pp. 99-111

IGLESIAS, Enrique: "La transición económica latinoamericana. Perspectiva para los noventa", *El surgimiento de la economía iberoamericana*. Instituto de Estudios Fiscales, Madrid, 1992

IMMERGUT, Ellen: "Sanidad: la política de la elección colectiva", en: *Estudios. Working Paper 1990/5*. Instituto Juan March de Estudios e Investigaciones, June 2000

INSTITUTO DE RELACIONES EUROPEO-LATINOAMERICANAS, IRELA: "Las reformas estructurales en América Latina: una agenda inacabada" en: *Dossier núm. 62* (Madrid, 1997)

ISUANI, Ernesto: "Seguridad social y asistencia pública", en: MESA-LAGO, Carmelo (comp.): *La crisis de la seguridad social y la atención a la salud*, Fondo de Cultura Económica, México, 1986, pp. 113-128.

JARAMILLO, Iván: "La puesta en marcha de la ley 100". *Salutad, núm 1*, Bogotá, 1997

JARAMILLO, Iván: "La seguridad social en salud: análisis comparativo" *Salutad, núm. 3*, Bogotá, 1998

LALONDE, M: *A new Perspective on the Health of Canadians Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare,* 1974

LECHNER, Norbert: "La (problemática) invocación de la sociedad civil" *Espacios, núm 4*, (San José de Costa Rica ,1995). p. 4-13,

LOCKE, John: *The second Treatise of Civil Government. An essay Concerning the True Original, Extent and End of Civil Government* (1960). Edición consultada: *Segundo Tratado sobre el Gobierno Civil*, Alianza, Madrid, 1990. Traducción de Carlos Mellizo

LUHMANN, Niklas: *Politische theorie im Wohlfahrtsstaat*. Edición consultada:*Teoría Política en el Estado de Bienestar.* Alianza, Madrid, 1997. Traducción e introducción de Fernando Vallespín.

MADRID-MALO, Mario: *Derechos fundamentales: conózcalos, ejérzalos, defiéndalos.* 3R, Bogotá, 1997

MAIHOLD, Gunter: "Gobernabilidad y sociedad civil" *Espacios, núm. 4* (San José de Costa Rica, 1995), p. 67-77

MARINI, Ruy Mauro: "La América Latina ante la crisis mundial", en: MÉNDEZ Sofía (comp.): *La crisis internacional y la América Latina*, Fondo de Cultura Económica, México, 1984

MARX, Karl: *Manuscritos. Economía y filosofía*. Alianza, Primera Edición: 1968. Quinta Edición, Madrid, 1974. Introducción y traducción de Francisco Rubio Llorente.

MÉNDEZ Sofía: *La crisis internacional y la América Latina*, Fondo de Cultura Económica, México, 1984

MESA-LAGO, Carmelo: "Desafíos actuales de la seguridad social en América Latina", *en: Contribuciones, núm.1* (1997), pp. 32-34.

MESA-LAGO, Carmelo: "Diversas estrategias frente a la crisis de la seguridad social: enfoques socialista, de mercado y mixto" en: MESA-LAGO, Carmelo (comp.): *La crisis de la seguridad social y la atención a la salud*, Fondo de Cultura Económica, México, 1986, pp. 368-427

MINISTERIO DE SALUD (Colombia): *La carga de la enfermedad en Colombia*. Bogotá. 1994

MINISTERIO DE SALUD (Colombia): *Mortalidad y Años de Vida Ajustados por Discapacidad como medidas de la Carga de Enfermedad* 1985-1995, Bogotá, 1999

MINISTERIO DE SALUD / ACOMSAP: *Reorganización del Sistema Nacional de Salud. Una respuesta al cambio social. Memoria analítica de la Ley 10 de 1990*. Tomo I y II. Tercer Mundo, Bogotá, 1990.

MINISTERIO DE SALUD y MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL (Colombia): Sistema General de Seguridad Social en Salud, (Ley 100 de1993).

MINISTERIO DE SALUD (Colombia) *La Salud en Colombia. Análisis socio-histórico*, Bogotá, 1990.

MINISTERIO DE SALUD (Colombia): *La Salud en Colombia. Hallazgos y Recomendaciones*, Bogotá, 1990

MINISTERIO DE SALUD (Chile): 1990-1999: *10 años mejorando la salud de los chilenos*. Santiago de Chile, 1999

MINISTERIO DE SALUD (Colombia): *Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancia Psicoactivas.* Bogotá, 1994

MISHIRA, Ramesh: *El Estado de bienestar en la sociedad capitalista*. Ministerio de Asuntos sociales, Madrid, 1993

MONTESQUIEU: *De L´esprit des lois* (1748, Geneve). Edición consultada: *Del espíritu de las leyes.* Madrid, Sarpe, 1984. Dos tomos. Traducción de Mercedes Blázquez y Pedro de Vega

MORO, Tomás (1518): DE OPTIMO REIP. STATU, DEQUE NOUA INSULA UTOPIA… Edición Consultada: *Utopía*, Alianza, Madrid, 1984. Traducción de Pedro Rodríguez Santidrián,

MSP: *Access to healthcare in Burundi. Results of three epidemiological surveys,* May 2004

MSP: *Access to healthcare, mortality and violence in Democratic Republic of the Congo,* 2005

MUÑOZ MACHADO, Santiago: *La formación y la crisis de los servicios sanitarios,* Alianza, Madrid, 1995

MUSGROVE, Philip: "El efecto de la seguridad social y la atención en salud en la distribución del ingreso" en: MESA-LAGO, Carmelo (comp.): *La crisis de la seguridad social y la atención a la salud*, Fondo de Cultura Económica, México, 1986, pp. 224-254.

NAVARRO, Vicens: "El estado de bienestar y sus efectos distributivos: parte del problema o parte de la solución", en: VV.AA.: *Crisis económica y estado de bienestar.* Instituto de Estudios Fiscales, Madrid, 1989

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO, OIT: *Programa de Seguridad Social de Ottawa para las Américas"* Ginebra, 1966

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD / ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: *El derecho a la salud en las Américas. Estudio constitucional comparado.* Washington, 1989

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate.* Publicación científica núm. 540, Washington, 1992

OYANEDER, Roberto; RIVEROS, Luis: "El sistema nacional chileno", en: *Salutad núm. 2* (Bogotá, agosto de 1997), pp. 38-39

PARAMIO, Ludolfo: "Tiempos del golpismo latinoamericano" Unidad de Políticas Comparadas (CSIC). Documento de Trabajo 01-02. En: http://www.iesam.csic.es/doctrab2/dt-0102.htm, (Fecha de consulta: junio de 2001)

PATIÑO, José Felix (ed.): *Ley 100 de 1993: reforma y crisis de la salud*. Academia Colombiana de Medicina, Bogotá, 1999

PEREZ LEDESMA, Manuel (comp.): *Ciudadanía y democracia*, Ed. Pablo Iglesias, Madrid, 2000

POLASKY Sandra: *Labour and social dimensions of privatization and restructuring*, International Labour Office, en: wws.ilo.org/public/english/dialogue/sector/papers/healthca/health 1.html. (Fecha de consulta: junio de 2001)

PREBISCH, Raúl: "Centro y periferia en el origen y la maduración de la crisis", en: MÉNDEZ, Sofía: *La crisis internacional y la América Latina*, Fondo de Cultura Económica, México, 1984, pp. 19-34

PROFAMILIA: *Salud sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Profamila, Bogotá, 2000

RAMOS, Joseph: "Un balance de las reformas estructurales neoliberales en América Latina" *Revista de la Cepal, núm. 62*, (Santiago de Chile, agosto de 1997), pp. 15-38.

RAWLS, John: *Political liberalism*, Columbia University Press, New York, 1993. Edición consultada: *El liberalismo político*. Crítica, Barcelona, 1996. Traducción de Antoni Domènech.

REQUENA-BIQUET, Mariano: Análisis preliminar sobre la política social en Chile, 1979 (Background paper for the Workshop: "Six Years of the Military Rule in Chile", Smithsonian Institution, Washington DC, May 15-17, 1980).

RODRIK, Dani: "Understanding economic policy reform" *Journal of Economic Literature, Vol. XXXIV* (March, 1996), pp. 9-41

ROMERO SEPÚLVEDA, María Inés; BEDREGAL GARCÍA, Paula; BASTÍAS SILVA, Gabriel: "Situacion de la Salud Materno Infantil en Chile", en: Boletín Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile 1994; 23:10-14, versión consultada en internet en: http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/Boletin/html/Salud Publica/1_3.html (Fecha de consulta: junio de 2002)

ROUSSEAU, Jean-Jacques: *Discours sur l´origine et les fondements de l´inégalité parmi les hommes.* (Chambéry, 1754). Edición consultada: *Discurso sobre el origen de la desigualdad entre los hombres. El contrato social*, Orbis, Barcelona, 1984. Traducción de: José López y López.

RUBIO LARA, María Josefa: *La formación del estado social*. Colección Tesis doctorales, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Madrid, 1991

RUBIO LLORENTE, Francisco: *La forma del poder. Estudios sobre la Constitución*, Centro de Estudios Constitucionales, Madrid, 1993

RUBIO LLORENTE, Francisco: "Los derechos fundamentales". *Claves, num. 75* (Madrid, sept. 1997), pp. 2-11

SAINZ, Pedro: "Crisis y desarrollo: presente y futuro de América Latina y el Caribe", en: VV.AA.: *Políticas de ajuste y grupos más vulnerables en América Latina*. Fondo de Cultura Económica, Bogotá, 1987, pp. 25-78

SÁNCHEZ BAYLE, Marciano: *Hacia el Estado de malestar. Neoliberalismo y política sanitaria en España*. Libros de La Catarata, Madrid, 1998

SÁNCHEZ, Hector: "La reforma al sistema de salud en Chile: una evaluación", en: *Salutad núm. 2*, Bogotá, agosto de 1997

SALLERAS SANMARTIN, L: «La salud y sus determinantes» *Anthropos, núm. 118-119* (Barcelona, mar-abr. 1991), pp. 32-39

SEN, Amartya: "La salud en el desarrollo". Discurso inaugural pronunciado ante al Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 18 de mayo de 1999

SEPÚLVEDA SALINAS, Jaime: "Seguridad social en Chile", en: *Memorias, XIII Congreso Medicina General y Social*, Medellín, 1997

SINDICATO NACIONAL DE LA SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL: *La privatización de la salud en Colombia*. SINDESS, Bogotá, 1996

SOJO, Ana: "Posibilidades y límites de la reforma de la gestión de la salud en Chile", en: *Revista de la Cepal 59*, (Santiago de Chile, 1996), pp. 129-145

SOJO, Ana: "Reforma de gestión en la salud pública de Chile" en: *Serie Políticas Sociales, núm. 13*, Santiago de Chile, Cepal, 1996

SOTO, Ángel; DE LA MAZA, Isabel: "El gobierno militar y el programa de recuperación económica", en: http://www.bicentenariochile.com (Fecha de consulta: julio de 2001)

STEWART, Frances; RANIS, Gustav: *Descentralization in Chile* (ocasional paper, núm. 14), UNDP, en Web page: http://www.undp.org/hdro/oc14b.htm, 1994, (Fecha de consulta: diciembre de 2000)

STHAL, Karin: "Política social en América Latina, la politización de la crisis" *Revista Nueva Sociedad, Núm. 131* (Caracas, 1994), pp. 48-71

STIGLITZ, Joseph: *El malestar en la globalización*, Taurus, Madrid, 2002. Traducción de Carlos Rodriguez Braun

SUNKEL, Osvaldo: "El marco histórico y las repercusiones sociales de la reforma económica en América Latina" *Situación, núm. 1* (Madrid, 1996)

SUNKEL, Osvaldo; TOMASSINI, Luciano: "La crisis del sistema trasnacional y el cambio en las relaciones internacionales de los países en desarrollo", en: MÉNDEZ Sofía (comp.): *La crisis internacional y la América Latina*, Fondo de Cultura Económica, México, 1984.

TAMBURI, Giovanni: "La seguridad social en la América Latina: tendencias y perspectivas", en: MESA-LAGO, Carmelo (comp.): *La crisis de la seguridad social y la atención a la salud*, Fondo de Cultura Económica, México, 1986, pp. 76-107

TIRONI, Eugenio: *Autoritarismo, modernización y marginalidad*. Sur, Santiago, 1990

UGALDE, Antonio: "La integración de programas de salud en un sistema nacional de salud", en: MESA-LAGO, Carmelo (comp.): *La crisis de la seguridad social y la atención a la salud*, Fondo de Cultura Económica, México, 1986, pp. 136-176.

VALDÉS, Juan Gabriel: *Pinochet´s economists,* Cambridge University Press, 1995

VALENZUELA, F: C*rítica del modelo neoliberal*. Facultad de Economía, UNAM, México, 1991

VÉLEZ, Carlos Eduardo: *Gasto social y desigualdad. Logros y extravíos.* Departamento Nacional de Planeación, Bogotá, 1996

VOLTAIRE: C*artas Filosóficas y otros escritos,* Sarpe, Madrid, 1983

VVAA: "Reforma a la seguridad social en salud en Colombia y efectos sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud", *Salutad, núm. 8* (Bogotá, 2001), p. 8-34

VV.AA.: *El modelo de liberación económica en Chile y la situación de trabajadoras y trabajadores 1990-1999*, Centro de Estudios Mujer y Trabajo,Santiago de Chile, 1999

WEINSTEIN, Marisa: *Participación social en salud. Acciones en curso.* Flacso, Santiago de Chile, 1997

WETTSEIN, Germán: "Los impunes, una minoría peligrosa" *Nueva Sociedad, núm. 111*, Caracas, 1991

WILLIAMSON, John (Ed.): *Latin American Adjustment. How much has happened?* Institute for International Economics, Washington, DC, 1990