

COLABORACIONES

- El derecho a la salud y la nueva Constitución Política Colombiana
- Reflexiones sobre el proceso salud-enfermedad

EL DERECHO A LA SALUD Y LA NUEVA CONSTITUCION POLITICA COLOMBIANA.

Mario Hernández Alvarez**

INTRODUCCION

Aunque el título es bastante sugestivo y algo pretencioso, lo que se presenta a continuación no es más que un intento de análisis que no pretende, en absoluto, dar luces sobre el asunto, ni ofrecer respuesta alguna, ni presentar la visión de un experto; se trata simplemente de una mirada desde una perspectiva que no es sí misma verdadera, sobre un problema que atañe a todos en tanto que ciudadanos colombianos, pero también, en tanto que profesionales de la salud. Esta mirada, como cualquiera otra, será sólo una disculpa para el debate permanente en todos los espacios posibles, con la legítima intención de lograr una construcción democrática de nuestra realidad social, política, económica y, claro está, personal.

Este artículo resulta de la revisión de cuatro grandes espacios en los que, a mi modo de ver, se podrían explorar las relaciones entre el derecho a la salud y la Constitución Política del país: en primer lugar, la Constitución de 1886 y sus múltiples reformas, intentando identificar las diferentes concepciones de "derecho" y de "salud" que aparecen en este marco constitucional; en segundo lugar, algunas de las muchas propues-

* Una primera versión de este trabajo fue expuesta en el Foro "El Derecho a la Salud y a la Seguridad Social", Centro de Estudios de Medicina Social (CEMES), Bogotá, junio 22 de 1991.

** Médico, Docente del Seminario de Filosofía e Historia de las Ciencias de la Escuela Colombiana de Medicina.

tas sobre salud que llegaron a las diferentes comisiones de la Asamblea Nacional Constituyente (ANC); en tercer lugar, las propuestas finales presentadas a la segunda plenaria por las cinco comisiones de la ANC; y, finalmente, la nueva Constitución Política de 1991, pensando en que es posible identificar tendencias y sugerir preguntas en un sentido prospectivo, desde las cuales profundizar en un proceso de debate permanente. Sin más preámbulos, intentemos cumplir con estos propósitos.

1. LA SALUD EN LA CONSTITUCION DE 1886

A pesar de la insistente afirmación de que la Constitución de 1886 duró más de 100 años, es posible observar cómo en los 73 actos reformativos que padeció, sí hubo cambios de gran envergadura, por lo menos en lo que se refiere al derecho a la salud.

Dentro del marco histórico en el que se produce la Constitución Política de 1886, en medio del triunfo conservador y con la intención de constituir literalmente una Nación ordenada y centralizada, el Estado colombiano no se plantea la salud como derecho inalienable de los individuos, sino que asume, como su responsabilidad, aquellos problemas catalogados como "Higiene Pública" y algunos de los de la "Higiene Privada". En el primer campo se ubicaban las acciones relacionadas con la salubridad de los puertos, el manejo de aguas servidas, el control de algunos alimentos, el control de establecimientos públicos y el seguimiento de las medidas preventivas diseñadas para el control de algunas enfermedades epidémicas. En el segundo, se incluían las acciones en el campo de la instrucción pública, con el fin de inculcar en el pueblo los preceptos de la urbanidad (1).

La atención de las enfermedades de los individuos no era algo que pudiera plantearse en alguna relación con el papel del Estado, puesto que ese era un terreno perteneciente a la vida privada y cada quien por sus propios medios debería resolver estos problemas; aquel que no contaba con los recursos económicos necesarios, podría acudir a la caridad de los buenos cristianos pudientes, a través de las beneficencias y los voluntariados, o bien, a los servicios caritativos de las comunidades religiosas (2). La misma Constitución del 86, en contra de su predecesora liberal y atea de 1863, fortalece la idea del papel de la caridad cristiana erigiendo a la religión católica "como esencial elemento del orden social" (3).

Para esta época el concepto de Higiene se fundamenta en los grandes autores europeos del siglo XVIII, en especial de Thomas Sydenham y Herman Boerhaave, ampliamente difundidos a partir de los esfuerzos de José Celestino Mutis, quienes hicieron la relectura moderna de los textos hipocráticos (4), la atención de los enfermos se fundamentaba especialmente en la mentalidad anatómico-clínica francesa, traída a

nuestro país bajo el liderazgo de Antonio Vargas Reyes; aún, claro está, no se pensaba en la posibilidad de agentes causales biológicos manipulables, por lo menos a nivel de las decisiones estatales (5).

Lo que sí era muy claro para finales de siglo, era el arrollador crecimiento económico de las potencias industriales, como Inglaterra, Francia y los cada vez más fuertes Estados Unidos, con las cuales era ineludible mantener relaciones comerciales en medio de una economía agro-exportadora, y con base en lo cual, imponían condiciones sanitarias cada vez más estrictas a los puertos, a través de sus Convenciones Sanitarias Internacionales (6).

Ya desde mediados del siglo pasado, las ideas liberales acerca de los derechos humanos, los principios de la Revolución Francesa, los planteamientos sobre el papel del Estado y la mano invisible de Adam Smith, eran suficientemente conocidos por los pensadores y grupos políticos, e incluso comenzaban a hacer parte de la representación popular (7). Sin embargo, los excesos y desmanes del liberalismo radical, reconocidos por el mismo John S. Mill, habían generado también la aceptación de límites muy claros que quedarían expresados en la reforma conservadora de Núñez y Caro (8); tal vez por esto, el artículo 19 de la Constitución del 86 decía:

“Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia en sus vidas, honra y bienes y asegurar el respeto recíproco de los derechos naturales, previniendo y castigando los delitos“ (9).

Obsérvese que se habla de vida, honra, bienes, respeto recíproco y finalmente, derechos naturales y delito; en últimas, un Estado que “protege” y “asegura”, como un buen padre: de manera autoritaria, aplicando restricciones a algunos de esos derechos que, en exceso o en ciertas situaciones, pueden generar desorden y anarquía; por ejemplo, la libertad de prensa en tiempos de guerra, el derecho a la vida frente a “delitos graves”, etc. (10).

Sólo hasta la reforma de 1936, en medio de un abrupto cambio económico, social y político relacionado con el proceso de urbanización y de industrialización que en sólo dos décadas consolida sus bases, el Estado colombiano se enuncia con deberes sociales. Esta intención se expresa en el artículo 9o. del Acto Legislativo No. 1 de ese año, el cual dice:

“Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en sus vidas, honra y bienes, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares” (11).

Sobre esta base constitucional se crea en 1938 el Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social, en el que se conjugan una serie de

acciones enmarcadas en lo que llamamos políticas sociales, encaminadas a solucionar en lo posible los problemas de la creciente clase obrera*, recuperar su capacidad productiva y disminuir los conflictos que su inconformidad implicaban (12).

Sobre este tipo de apreciaciones, no es raro entonces, que la reforma del 36 incorpore el concepto de asistencia pública como norma, en los siguientes términos:

“La asistencia pública es función del Estado. Se deberá prestar a quienes careciendo de medios de subsistencia y de derecho para exigirla a otras personas, estén físicamente incapacitados para trabajar. La ley determinará la forma como se preste la asistencia y los casos en que deba darla directamente el Estado” (13).

Nótese que aparecen aquí tres condiciones muy claras: carecer de medios de subsistencia, de derecho para exigirla a otros y estar físicamente incapacitado para trabajar. Aplicada la norma estrictamente, serían muy pocos los incluidos en esta triple fatalidad y sería muy barato para cualquier Estado, dar esta asistencia. Sin embargo, desde esta aceptación de deberes sociales del Estado, incluyendo la posibilidad de prestación directa de servicios de asistencia pública, se evidencia un cambio de dirección importante en el campo del papel del Estado frente a la salud de los ciudadanos.

Aunque la prestación de servicios de asistencia pública continúe en manos de entidades privadas, a través de instituciones de beneficencia y utilidad común, dos componentes más de la reforma del 36 muestran las bases de la intervención del Estado, a través de las autoridades: por un lado, la posibilidad de fiscalización del manejo de donaciones para “fines de interés social” (artículo 12, A. L. No. 1/36), y por otro, la afirmación de que “la propiedad es una función social que implica obligaciones” (artículo 10, A. L. No. 1/36). Por esta vía se pasará, no sin contradicciones, de un Estado guardián a uno de carácter interventor, sobre la base de la función social, si bien nunca se logra el llamado “Estado Benefactor” (14).

Cabe resaltar que el proceso de cambio hacia este tipo de intervención del Estado es muy complejo, constitucionalmente sólo logra consolidarse en la reforma de 1968 y se entrelazan en él una gran cantidad de fenómenos de todo tipo y múltiple duración; pero lo que más nos interesa para los propósitos de este artículo es la fundamentación técnico-política de estas decisiones.

* Recuérdese el artículo 17 de dicha reforma: “El trabajo es una obligación social y gozará de la especial protección del Estado”.

Desde el punto de vista de la concepción de salud dentro de los derechos humanos, aparentemente estos cambios en los deberes del Estado implicaban la aceptación tácita de derechos del ciudadano del orden económico y social y no estrictamente civil o político.

En este sentido, las transformaciones de los años 30 y 40 en el terreno de la concepción del cambio en las teorías económicas, así como del papel del Estado en la economía y, en últimas, en el terreno de la justicia social o distributiva, también respaldan estas modificaciones en la Constitución. Probablemente es Keynes la figura más trascendental en este sentido, y más que este autor, sus discípulos, los Keynesianos, quienes lideran las propuestas de la política económica de muchos países y no sólo en Latinoamérica (15).

Oponiéndose a la tesis de Say, en la cual se afirma que “toda oferta crea su propia demanda”, Keynes plantea que el motor del empleo y la economía es la demanda; si se estimula el consumo, intentando asegurar el ingreso de la mayoría por medio de inversiones estatales, incluso en proyectos inmediatamente inútiles y deficitarios, se incrementa la actividad económica útil. Los Keynesianos ven también en términos de demanda, sólo que a largo plazo, los sistemas de seguridad social que pueda implantar el Estado (invalidez, vejez, enfermedad, desempleo), en tanto que estos sistemas asegurarían un ingreso al no trabajador que sería reinvertido a través del consumo, además de generar empleos; de esta forma, estimularía el crecimiento económico global (16).

Un Estado fuerte, planificador, centralizado, capaz de manejar la economía con sus intervenciones precisas y acertadas, se hace necesario ante propuestas de este estilo, de tal forma que es este el tipo de Estado que se pretende instaurar en la década del 60, y que queda consignado así en la reforma constitucional de 1968 (artículo 60., A. L. No. 1/68, art. 32 de la CN):

“Se garantiza la libertad de empresa y la iniciativa privada dentro de los límites del bien común, pero la dirección general de la economía estará a cargo del Estado. Este intervendrá, por mandato de la ley, en la producción, distribución, utilización y consumo de los bienes y en los servicios públicos y privados, para racionalizar y planificar la economía a fin de lograr el desarrollo integral...” (17).

La gran utopía, compartida por casi todos los países latinoamericanos en la década del 60 y fortalecida por la “Alianza para el Progreso” de la Administración Kennedy (18), se fundamenta también en las concepciones del desarrollo de la corriente difusionista (19), con W. W. Rostow a la cabeza (20). Se suponía que a través de la intervención del aparato estatal en todos los espacios sociales y económicos, con la colaboración de las sociedades desarrolladas, se ascendería fácilmente de la etapa primitiva a la madurez del “alto consumo masivo”.

Las relaciones entre salud, desarrollo y bienestar se hacen perfectamente claras en este contexto, pero su expresión a nivel internacional ocurre previamente, con la Declaración Universal de los Derechos Humanos en la Constitución de la ONU en 1948 (21), y son aún más explícitas en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, firmada en Bogotá en 1948; el artículo 11 afirma:

“Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad” (22).

Si bien se extiende el derecho a terrenos más allá de los servicios de atención de enfermedades, obsérvese el límite impuesto por la disponibilidad de recursos, problema al que volveremos más adelante. Por ahora recuérdese la definición de salud adoptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Acta de Constitución:

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (23).

No es raro entonces que las ideas de Keynes sobre el bienestar y el papel del Estado empaten ahora con el compromiso del sector salud en los planes de desarrollo. A pesar de este planteamiento, no parece haber una verdadera introyección de estos conceptos en la formación y en la práctica de los profesionales de la salud, incluso hoy, cuando se pretende el desmonte del Estado Benefactor que nunca hemos tenido.

En la Constitución colombiana, estas relaciones entre salud, desarrollo y bienestar ocurren sólo hasta la década del 60, pero con una serie de particularidades. A este respecto puede verse cómo el artículo 1o. del Decreto Extraordinario No. 3.224 de 1963 entiende la asistencia pública:

“La asistencia pública, como función del Estado, consiste en la ayuda que éste debe prestar para procurar el bienestar individual, familiar y colectivo, mediante la prevención de la enfermedad, la promoción y recuperación de la salud de quienes careciendo de medios de subsistencia y de derecho para exigirla a otras, personas, estén incapacitadas para trabajar” (24).

Se trata pues, de la Asistencia pública limitada que vemos desde el 36, pero ahora injertada en una concepción de salud que pretende asimilarla al bienestar. Así las cosas, el sector salud, por lo menos en el terreno de lo político-técnico, no sólo comienza a jugar un papel trascendental en el desarrollo del país, sino que debe ser manejado desde la racionalidad económica de la planificación del “uso racional de recursos” y desde una dirección técnicamente capacitada para tales efectos: el Ministerio de Salud (25).

Por esta vía, se afianza, de manera progresiva, la concepción utilitarista del principio de justicia: lo justo es lo útil y lo útil es aquello que produce la mayor felicidad (satisfacción) al mayor número, como lo plantea Bentham desde el siglo pasado (26). Desde una posición estrictamente científicista, no es posible decir cuándo algo es útil mientras no se mida exactamente los beneficios, por lo tanto, desde el siglo pasado la racionalidad económica viene tratando de construir indicadores (27) que han sido derivados al campo social y específicamente a los de salud, en los diferentes tipos de indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad desarrollados especialmente a partir de la década del 60 (28).

Desde este momento, la racionalidad económica se impone con los análisis de riesgo (costo)-beneficio en las decisiones políticas en salud, al punto de llegar a asumir el mejor balance económico como el más justo, cosa que no siempre es así (29).

Es en este marco que se crea en 1975, en medio del más claro optimismo, el Sistema Nacional de Salud que hoy intenta reformarse; así que, si bien estos derechos no se habían hecho explícitos en la Constitución, no es difícil estar de acuerdo con el Dr. Copete Lizarralde cuando afirmaba:

“Aunque en la Constitución de Colombia no existen normas directas que reconozcan como primordial deber del Estado el cuidado de la salud de sus habitantes, sus cláusulas generales han permitido estructurar una legislación moderna en materia de Derecho Sanitario, en la que cabe destacar la organización de los servicios de salud como un sistema, recogiendo las recomendaciones de la OPS formuladas en 1969”(30).

Otra cosa es que no se haya hecho efectivo este, ni ninguno de los derechos llamados económicos, sociales y culturales (31), para toda la población, de manera que sigue siendo una discusión vigente ante procesos de transformación como los que vivimos hoy.

2. COMENTARIOS SOBRE ALGUNAS PROPUETAS A LA ANC

Después de cerrado el plazo para la entrega de propuestas de articulados a la ANC, se contabilizaron 116 documentos relacionados con salud en el sistema de información de la Corporación, aunque puede afirmarse con certeza, que cada Comisión recogió otro tanto, que no fueron incluidas en la sistematización y que seguramente fueron más influyentes en las decisiones finales. Además, muchas discusiones se dieron al margen del registro documental de la Asamblea. A pesar de la aclaración anterior, el análisis de estas 116 propuestas sugiere algunas preguntas y problemas a tener en cuenta para el debate sobre el derecho a la salud.

Con la información disponible se construyó una pequeña matriz de análisis, intentando hacerle tres preguntas básicas a cada propuesta: ¿Quién la presenta?, ¿qué tipo de presentación tiene? ¿y qué entiende por salud? Los resultados fueron realmente sugestivos.

2.1. ¿Quiénes proponen?

De las 116 propuestas analizadas, puede observarse que 95 fueron enviadas por ciudadanos aislados, a título personal, con su nombre e identificación (Cuadro No. 1); sólo seis provenían de instituciones (tres públicas y tres privadas) y 12 fueron enviadas a nombre de organizaciones comunitarias o pequeños movimientos sociales organizados (Cuadro No. 2).

CUADRO No. 1		
Propuestas a la ANC Sobre Salud según Tipo de Autor		
Bogotá, Junio de 1991		
Tipo de Autor	No.	%
1. Individual	95	81.9
2. Organización Comunitaria o Mov. Social Organizado	12	10.4
3. Institución Pública	3	2.6
4. Institución Privada	3	2.6
5. Anónimo	2	1.7
6. Movimiento Político	1	0.9
Total	116	100.0

CUADRO No. 2		
Propuestas A La ANC sobre Salud		
según Tipo de Grupo Comunitario		
Bogotá, Junio De 1991		
Tipo de grupo	No.	%
1. Junta de Acción Comunal	4	33.4
2. Grupo Cívico	4	33.4
3. Asociación de Usuarios Camp.	2	16.7
4. Maestros	1	8.3
5. Consejo de Rehabilitación	1	8.3
Total	12	100.0

El predominio de las propuestas individuales podría sugerir que existe en los firmantes una cierta dificultad de identificar colectivamente lo que podría considerarse justo en cuanto a qué debe hacer el Estado con la salud de los ciudadanos. Es decir, parece más fácil presentar y responder por una propuesta individual, con pertenencia y bajo la responsabilidad del sujeto, que como posición colectiva.

En este sentido, podría pensarse que está detrás de esta actitud un cierto individualismo optimista, en tanto que el sujeto supone que la opinión individual, respaldada simplemente por el hecho de ser ciudadano participante en una “democracia”, asegura que será oído. Probablemente –y esto sería para discutirlo con los actores sociales (los constituyentes) directamente implicados en el proceso– las propuestas y comentarios más influyentes no fueron las de estos ciudadanos, que aunque no lo quisieran, pasaron por anónimos, sino los de aquellos sujetos con poder de negociación, con posibilidad de exponer ampliamente sus ideas, con respaldo político, con historia de vinculación con el poder del Estado y que no figuraron en el sistema de información de la Asamblea porque intervinieron por vías muy diferentes a las reglamentadas para el funcionamiento de la Corporación.

A nivel institucional, llama la atención la ausencia de las universidades, probablemente porque sus agentes tampoco actuaron como representantes institucionales o simplemente porque su participación también quedó fuera del registro del sistema. Igualmente ausentes, por lo menos en las propuestas revisadas, las instituciones prestadoras de servicios de salud de cualquier nivel y de cualquier subsector. En todo caso, su participación se dio muy seguramente a niveles más personales.

Los pequeños grupos o movimientos comunitarios provenían de zonas rurales apartadas o grupos marginales, como los de ancianos, de maestros rurales, campesinos, etc., los cuales utilizaron el mecanismo reglamentado y menos efectivo para su expresión, respondiendo seguramente a la confianza en los canales legítimos que aparece desde la marginalidad del poder.

2.2 El tipo de presentación de la propuesta

Acerca de este aspecto, las propuestas fueron clasificadas en tres grandes tipos: articulado para la nueva Constitución, idea global o petición general, idea fundamentada (Cuadro No. 3).

En correspondencia con el predominio de ciudadanos aislados, aquí se observa la mayor frecuencia de peticiones o ideas globales del tipo “que la salud sea gratuita...”, “que se atienda a todos los niños...”, o “sugiero que el Estado dé atención gratuita a los más necesitados”, etc.;

el 85% de las propuestas individuales y el 92% de las que provenían de grupos comunitarios fueron de este tipo.

Tipo de Presentación	No.	%
1. Idea global o petición	95	81.9
2. Articulado	19	16.4
3. Idea fundamentada	2	1.7
Total	116	100.0

Las propuestas de articulados concretos son relativamente escasas; probablemente se trate de la dificultad para el lego de utilizar cierto lenguaje jurídico, en ocasiones esotérico o, simplemente, el uso de lenguaje cotidiano para expresar una demanda, con la seguridad de estar diciendo lo que se piensa.

Ante la casi ausencia de ideas fundamentadas, probablemente se pueda pensar que no era esta la vía predominante para expresar fundamentaciones teóricas y, sobre todo, sustentarlas. En un caso muy concreto no incluido en este grupo, la propuesta, que provenía de una discusión colectiva ocurrida en un Seminario- Taller, no quedó registrada y no se logró conocer exactamente su destino en el interior de la Asamblea. Nuevamente parece haber aquí la permanente dificultad de lograr una comunicación efectiva, orgánica y bien definida, entre los espacios académicos y los espacios políticos o decisorios; pero también, la presencia de otros mecanismos de incidencia, poco claros, poco conocidos por las grandes mayorías y en medio de historias muy particulares: el amigo que dejó entrar al otro, la secretaria que ayudó a uno pero no a otro, el conocido del amigo cercano al agente influyente, etc.

2.3 El concepto de salud en las propuestas

Tratando de hacer un esfuerzo interpretativo o si se quiere semiológico, se hizo la siguiente clasificación de las distintas concepciones de salud identificadas en las propuestas:

- Servicios de atención de enfermedades.
- Servicio Público, explícitamente enunciado y relacionado con la aceptación anterior.

- Derecho inalienable de todo ciudadano.
- Asistencia Pública, del tipo que aparece en la Constitución, presentado anteriormente.
- Relacionada con Seguridad Social.
- Mercancía, es decir, sometida únicamente a las leyes del mercado.

Cabe hacer aquí dos aclaraciones antes de discutir los resultados: las acepciones presentadas no son mutuamente excluyentes, de tal forma que en una propuesta podía haber dos o más; la última se incluyó, aunque no apareció en ninguna propuesta, por las razones que se verán adelante.

Es importante resaltar que cuando se interpretó como servicios de salud, en las propuestas se mencionaba explícitamente "atención de la salud" o "servicios de salud" o bien, implícitamente se encontraba el concepto de salud como la ausencia de enfermedad, por lo tanto, atención de la salud como curación de enfermedades. Esta tendencia es más frecuente que lo que estaríamos dispuestos a aceptar entre los profesionales de la salud.

En ningún caso se presentó la salud como bienestar y esto merece un comentario: muy a pesar del pensamiento epidemiológico predominantes (32), aún no aparece muy claramente la relación entre salud y bienestar, más allá de la ausencia de enfermedad; esto es más contundente cuando se observa que todas las acciones (promoción, protección, recuperación y rehabilitación) tienen como punto de referencia a la "historia

CUADRO No. 4
Propuestas a la ANC sobre Salud
según el Tipo de Conceptualización de la Salud
Bogotá, Junio de 1991

Tipo de Concepto	No.*	%*
1. Servicios de salud	94	81.0
2. Derecho inalienable	67	57.7
3. Asistencia Pública	40	34.5
4. Seguridad Social	9	7.8
5. Servicio Público	3	2.6
6. Mercancía	0	0.0

* En las propuestas, pero valdría la pena preguntarse si ocurre lo mismo en la conceptualización de los médicos, los políticos, los salubristas o los mismos epidemiólogos.

natural" de las enfermedades específicas (33); es decir, se trata de una atención, preventiva o curativa, pero siempre de enfermedades.

Como derecho inalienable se relacionó mucho con servicio público, accesible para todos, aunque no se expresara explícitamente más que en tres propuestas. Como elemento complementario importante, 58 de las 116 propuestas (50%) hablaban directamente de gratuidad de los servicios, no necesariamente entendida como ausencia de costo, sino como eliminación de los obstáculos económicos para el acceso a cualquier tipo de servicio de atención y, en estos términos, muy vinculado a la concepción de derecho para todo ciudadano. Considero de especial interés esta situación a la hora de discutir sobre lo que entendemos por el derecho a la salud y los principios de universalidad, equidad y justicia distributiva.

Por otro lado, no sólo no apareció la concepción de salud como mercancía, sino que tres propuestas expresaron abiertamente la inconveniencia de este tipo de concepción, en tanto que implica mayor beneficio para unos cuantos, en la medida de la capacidad de pago por tal mercancía. Ante este asunto, no creo que sean pocas las personas que aceptemos que de hecho se comercia con los servicios de salud como con cualquier otro, pero una cosa es el "ser" y otra el "deber ser", aunque en ocasiones se nos confundan. Al parecer, en ninguno de los autores de estas propuestas se dio esa confusión: todos le apuntaron a lo que a su juicio "debería ser".

Finalmente, en cuanto a las concepciones de Asistencia Pública y Seguridad Social, sólo dos comentarios: casi todas las propuestas que incluían Asistencia Pública, ampliaban el cubrimiento de este concepto -frente a lo que define la Constitución- bien sea incluyendo grupos vulnerables (niños, ancianos, etc.), desempleados, grupos de menor ingreso, etc., pero siempre en calidad de menesterosos y sustentada en cierta actitud paternalista del Estado guardián. De las relacionadas con la Seguridad Social, sólo una expresó una concepción amplia de este término en la que se incluía vivienda, recreación, educación, etc.; las demás se referían a ampliar la atención de la salud a la familia del asegurado, dentro de un esquema tradicional.

3. EL DERECHO A LA SALUD EN LAS COMISIONES DE LA ANC Y EN LA NUEVA CONSTITUCION POLITICA (nCP)

A finales de mayo de 1991, las cinco comisiones presentaron a la opinión pública los artículos aprobados por la primera vuelta de discusión de la Asamblea; sobre el material publicado por la Gaceta Constitucional (34) se realizó un primer análisis, que valdría para la nueva Constitución Política (35) en tanto que sus variaciones fueron mínimas después de este punto.

Todas las comisiones plantearon artículos relacionados con el derecho a la salud, aunque sólo la Comisión V presentó explícitamente la aceptación de la salud como derecho, en el siguiente artículo:

“La salud es un derecho de los ciudadanos. Se garantiza el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud” (36).

En la nCP no aparece ya este artículo, pero se ubica a la salud en el Título II Capítulo 2, sobre los Derechos Sociales, Económicos y Culturales. Revisemos entonces cuáles fueron, en términos generales, estos artículos y sobre qué se fundamentan.

3.1 Equidad y Derecho social justo

Desde el preámbulo propuesto por la Comisión I se plantea la intención de constituir un

“Nuevo ordenamiento jurídico, democrático y participativo garante de los derechos y deberes de la comunidad nacional, en condiciones de equidad creadoras de un derecho social justo” (37).

Los criterios son entonces la equidad y el derecho social justo; lo complicado está en que no todos entendemos lo mismo por estos dos términos; precisamente, dependiendo de lo que se considere justo y equitativo se tomarán las decisiones relacionadas con la salud de los ciudadanos, el papel de los sujetos, la responsabilidad del Estado, etc. (38). Por otra parte, el simple ordenamiento jurídico no asegura que se logre la equidad y la justicia social; por esto no es inútil reflexionar sobre lo que entendemos por justicia y equidad en estos momentos (39).

A mi manera de ver, tanto en esta Comisión, como en toda la Asamblea, se evidencia una cierta coincidencia sobre la aceptación y proclamación de la mayoría de los derechos humanos civiles, políticos, sociales, económicos y culturales definidos a nivel internacional. Esto implica —y evidentemente ocurre— la adjudicación de los deberes correspondientes al Estado, matizados ahora con un énfasis en los deberes del ciudadano.

Sobre el papel del Estado la Comisión I aprobó el siguiente artículo:

“Los poderes del Estado tienen como finalidad esencial servir a la comunidad; promover la prosperidad general y las condiciones de efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; facilitar la participación de todos en las instancias de decisión que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación; defender la independencia nacional y mantener la integridad territorial; asegurar la pacífica convivencia y la vigencia de un orden justo” (40).

La Comisión V presentó un artículo sobre la finalidad social del Estado, un poco más específico, en los siguientes términos:

“Es finalidad social del Estado procurar el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población atendiendo a principios de universalidad, continuidad y solidaridad. Será objetivo fundamental la solución de las necesidades insatisfechas de salud, educación y saneamiento ambiental. Para tales efectos, en los planes y presupuestos de las entidades territoriales la inversión social tendrá prioridad sobre cualquier otra asignación” (41).

Las dos propuestas fueron recogidas en los artículos 3 y 13 de la nCP. En cierta forma se parecen al artículo 32, mencionado anteriormente, sobre el papel del Estado incluido en la reforma del 68, sólo que ahora se hace énfasis en la inversión social (arts. 350, 365 y 366 de la nCP), preservándose el control de todos los espacios de la economía (art. 334 de la nCP). En cambio, aparece más explícita ahora la necesidad de compartir la responsabilidad con los ciudadanos, quienes tienen deberes mucho más detallados que en la antigua Constitución (Cap. 5 de la nCP).

Una de las implicaciones de esta posición en el terreno de la salud es que, efectivamente, todos los ciudadanos colombianos estamos autorizados a reclamar que nuestra organización político-técnica y financiera, en el terreno de la salud, intente superar las enormes inequidades que existen hoy en día en cuanto a la prestación de estos servicios, si queremos tener todos por lo menos, igualdad de oportunidades (arts. 13, 333 y 334-nCP).

Implica también, que puede generarse una tendencia en rigor legítima, por la vía de los deberes del ciudadano, de fortalecer cada vez más la responsabilidad de los sujetos en la atención de su salud, de la educación, de la vivienda, etc. Es aquí donde aparecen visos de minimización de la responsabilidad del Estado frente a los ciudadanos, como quisieran Nozick (42) o Friedman (43) para una sociedad moderna, neo-liberal. En este mismo sentido, cuando la Constitución se refiere a la Salud en el artículo 49, termina con una corta frase: “Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad”.

Llevando al extremo ese sencillo planteamiento, puede conducirnos fácilmente a la negación de cualquier responsabilidad del Estado o colectiva ante los problemas de salud y por tanto, a aceptar con Engelhardt, que

“un derecho humano fundamental a propiciar asistencia sanitaria, aún a proporcionar un mínimo docente de asistencia sanitaria, no existe” (44).

Con base en esta situación podría afirmarse que no existe una sola visión del derecho a la salud en la nueva Constitución, e incluso, se vislumbra una tendencia fuerte que intenta disminuir progresivamente la responsabilidad ética del Estado frente a estos problemas. Claro está

que la tendencia actual predominante en nuestro país sigue siendo la que considera que existen los derechos sociales, económicos y culturales, por lo menos como derechos positivos, es decir, aceptados y garantizados por el Estado (incluso económicamente, art. 350 nCP), si bien no aparecen entre los derechos fundamentales (Cap. 1-nCP).

Ahora bien, recordemos que en la declaración de los derechos humanos figura claramente la limitación del derecho a la salud de acuerdo con la disponibilidad de "recursos públicos y los de la comunidad"; si pensamos que el presupuesto para el sector salud en Colombia se ha reducido progresivamente en la última década (45), confirmado aún por las interpretaciones más optimistas (46), y que el empobrecimiento de la población continúa —por tanto la gente podrá gastar cada vez menos en servicios de salud—, ¿no aparece aquí una tendencia a restringir progresivamente estos derechos positivos? No olvidemos que nos encontramos en una crisis fiscal que implica reducción del gasto público, en la cual, la mejor opción parece ser, a la luz de la fuerza de los modelos neoliberales en economía, minimizar los gastos denominados "sociales", en los que figura obviamente salud (47). Cabe anotar que esto también es relativo, pero hablaremos más adelante de este problema.

3.2 Participación, Democracia y Salud

En el artículo 10. Colombia se declara un Estado social de derecho, democrático, participativo y pluralista. Estos tres adjetivos se intentan resolver en los distintos títulos de la Constitución, pero en el campo de la salud, las implicaciones son mayúsculas, porque definitivamente la estructura misma de las relaciones entre el paciente y el profesional de la salud sigue siendo poco democrática, poco participativa y casi nada pluralista.

El ejercicio de la autonomía del paciente se ve permanentemente limitado por un fuerte principio de beneficencia que sustenta la práctica del médico (48), sobre la base del "saber del experto", de tal forma que es todavía muy poco lo que el sector salud ha avanzado en este sentido. No se quiere negar con esto la división del trabajo y la necesidad de asumir campos de especialización, pero las implicaciones éticas de la enorme imbricación saber y poder en la modernidad, ofrece problemas serios para la participación ciudadana y la democratización de las decisiones en el campo de la salud.

Si bien los Comités de Participación Comunitaria en Salud han sido un espacio legal importante para el desarrollo y la incorporación de criterios de participación y democracia, corren el riesgo de ser sometidos a la racionalidad planificadora extremista, en la que se cree que el profesional de la salud enseña a los miembros de la comunidad a participar y a decidir, o lo que es peor, los utiliza para recaudar fondos que el Estado

no ofrecerá, recurriendo a veces a la responsabilidad de las personas por la salud de la comunidad. En todo caso, el espacio político está creado y es exigible la participación de los ciudadanos, individual o colectivamente, en las decisiones relacionadas con la salud.

El respeto por el otro y la pluralidad no significan necesariamente un acuerdo superficial estratégico, sino un proceso de conocimiento mutuo que implica necesariamente transformación, construcción y cambio (49). Por otra parte, un esfuerzo de esta naturaleza sería necesario para cumplir con el gran propósito de la consagración constitucional de la multiétnia; de otra forma sería un supuesto respeto manipulador y un constante ejercicio soterrado del poder por parte de quien lo detente en un momento dado.

En este sentido, la historia de las representaciones sociales sobre salud, justicia, equidad y participación, en nuestras localidades concretas probablemente aporte más elementos que la una discusión en abstracto, aséptica, finamente preparada en el nivel de las instancias decisorias (50).

3.3 Salud como Servicio Público

La Ley 10 de enero de 1990 comienza aceptando la salud como derecho y luego la define como servicio público (51), lo cual cambia ligeramente en la nCP. Aunque existen varios artículos que tienen incidencia en el sector salud (52), el texto constitucional (artículo 49) asume explícitamente la salud en los siguientes términos:

“La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. // La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. // Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad” (53).

Aparentemente este artículo es un resumen de la Ley 10 de 1990, pero no podía ser otra cosa, si se tiene en cuenta que se trata de un proceso de mediano-largo plazo y no simplemente de un fenómeno de

corta duración. En todo caso, podrían puntualizarse los siguientes comentarios:

- Al parecer, tal como se observó en las propuestas a la ANC, aquí predomina una visión de la salud como la atención de las enfermedades, aunque se insista en todos los ámbitos académicos y técnico-políticos que debe ser vista como bienestar y no solamente como la ausencia de enfermedad. Se podría pensar que cuando se habla de promoción de la salud o de atención al ambiente se está afirmando la relación con otros sectores más allá de la concepción de enfermedad; pero si miramos a fondo este problema, desde la década del 60 se viene hablando en los mismos términos, pero la relación salud y desarrollo se sigue viendo de una manera bastante mecánica, desde una epidemiología multicausal, o simplemente como una caja negra (54).
- En tanto que servicio público (concepto ampliado en el Título XII, Capítulo 5-nCP), de carácter universal, sometido a los principios de universalidad y solidaridad, la atención de la salud adquiere una dimensión de derecho.
- A pesar de la anterior acepción, por esta vía también se incluye la salud en el terreno de lo que los economistas llamarían “bienes y servicios” y así, la prestación puede estar a cargo del Estado o de particulares.
- En el terreno de lo privado, los servicios de salud ingresan a las leyes de oferta y demanda y comienzan a aparecer las inequidades relacionadas con el complejo necesidad-capacidad de pago-accesibilidad.
- Se espera, entonces, que el Estado sirva de regulador, vigilante y controlador de estas inequidades inherentes al espacio del mercado, para lo cual se requeriría un Estado fuerte, no un “Estado mínimo” como el que se propone desde algunas vertientes radicales del neoliberalismo (55).
- Ante los costos de la atención, es claro que el Estado no podría asumir la prestación de servicios, por lo cual se toma la vía del “mínimo decente” (o atención básica), no sin dificultades relacionadas con quién y desde dónde determina el umbral (56). Lo más probable es que se fije simplemente por la capacidad de financiación del sector oficial, que tiende a disminuir cada vez más, como señalamos anteriormente. Aquí reaparecería la vieja discusión de los economistas del siglo XVIII (57) sobre bien público y bien privado, para establecer los límites de responsabilidad del Estado y del individuo en el campo de la salud.

En otros artículos de la constitución se observan visos de asistencia pública, al especificar grupos de atención gratuita en condiciones de

absoluta desprotección, como los niños menores de un año que no estén cubiertos por algún tipo de protección o seguridad social (art. 50), los ancianos en caso de indigencia (art. 46), etc. Pero también por esta vía y por la de la aceptación de grupos prioritarios, es muy probable que se den ahora los programas de asisencia social, tendientes a disminuir los efectos del empobrecimiento generado por medidas económicas neoliberales inevitables (58). En este sentido, se trata de políticas y programas paliativos que nada tienen que ver con una concepción amplia del derecho a la salud.

La seguridad social se enuncia como derecho irrenunciable y como servicio público, pero aún en el marco restringido de la concepción tradicional. Aunque en la Comisión V de la ANC apareció claramente la idea de un gran sistema de seguridad social como finalidad del Estado, en el que se incluían todos los sectores de las políticas sociales (vivienda, educación, salud, recreación, etc.), esta concepción se descartó por su poca viabilidad político-técnica, en un momento de tendencia hacia la minimización del Estado. Sin embargo, este podría ser un interesante norte al que podríamos mirar en un país en el que el 45% de la población continúa con lo que se ha llamado "necesidades insatisfechas". Se abre, en todo caso la posibilidad que la ley determine los servicios que incluiría la seguridad social (art. 48) para lo cual se plantea la creación de una Comisión Especial (art. transitorio 57). Aunque esta Comisión no legislará, podrá ofrecer alternativas viables para lograr, por lo menos, lo que la Constitución ha señalado.

4. A MANERA DE CONCLUSION

Podría decirse que, tal como aparecen aquí las cosas, no sería fácil pensar que existe claridad frente a lo que podamos defender como derecho a la salud en tanto que ciudadanos o como trabajadores de la salud. Se trata pues, de un fenómeno complejo, enmarcado en un proceso histórico que, si bien es de larga duración, nos compromete diaria y cotidianamente y exige de nosotros un compromiso de gran profundidad.

Este compromiso no consistiría únicamente en expresiones de solidaridad o en enfrentamientos infundados de víctimas y agresores; se trataría más bien de ampliar el camino de la construcción de alternativas, enfrentando retos de carácter teórico y metodológico a partir de investigaciones concretas de nuestra realidad, y en terrenos como el de la conceptualización de la salud y la enfermedad, el de la relación Estado y salud, el de la reflexión y la fundamentación éticas de las decisiones en salud, el de la participación y la democracia en salud, etc. (59). Por esa razón, esta reflexión no es más que un grano de arena.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Quevedo, E., Hernández, M., Miranda, N., Mariño, H. y Wiesner, C. *La Salud en Colombia: Análisis Socio- Histórico*. Bogotá: Estudio Sectorial de Salud, Ministerio de Salud, Departamento Nacional de Planeación, 1990: 24-27. En especial, véase la versión ampliada de este documento con el título "Análisis socio-histórico de la toma de decisiones en salud en los últimos 100 años en Colombia". Bogotá, Febrero de 1990 (inédito): 14-25.
2. Restrepo, G. Villa, A. *Desarrollo de la Salud Pública Colombiana*. Medellín: Universidad de Antioquia, Escuela Nacional de Salud Pública, 1980: 15-22.
3. Melo, J. O. La Constitución de 1886. En: Tirado Mejía, A. (Dir.) *Nueva Historia de Colombia*. T. I, Bogotá: Planeta Ed., 1989: 43-64. Cf.: 50.
4. Quevedo, E., Vergara, A. El proceso de institucionalización de la educación médica en Colombia. *Revista ECM*, 1 (1), ene-jun. 1988: 41-66.
5. Miranda, N. La medicina colombiana: de la Regeneración a los años de la Segunda Guerra Mundial. En: Tirado Mejía, A. (Dir.) *Nueva Historia...* Op. Cit.: T. IV, 257- 284.
6. Howard-Jones, N. *Antecedentes Científicos de las Conferencias Sanitarias Internacionales, 1851-1938*. Ginebra: OMS, 1975; _____. Problemas de organización de la salud pública internacional entre las dos guerras mundiales. *Crónica de la OMS*, 31, 1977: 435-448. Osorio, N. Informe a la Junta Central de Higiene de Bogotá, sobre las Cuarentenas. *Revista de Higiene*, 1 (7), Sept. 1988: 147.
7. Melo, J. O. Del Federalismo a la Constitución de 1886. En: Tirado Mejía, A. (Dir.) *Nueva...* Op. Cit.: 17-42. Cf.: 25-26.
8. Jaramillo Uribel, J.; Rafael Núñez: Del Liberalismo clásico al Neoliberalismo. *ECO: Revista de la Cultura de Occidente* No. 31 [IV, (1)] Nov. 1962: 83-107.
9. Uribe Vargas, D. *Las Constituciones de Colombia*, T. III, 2a. Ed. Madrid: Ed. Cultura Hispánica, Instituto de Coopereación Iberoamericana, 1985: 1095.
10. Melo, J. O. La Constitución... Op. Cit.: 48-52.
11. Uribe Vargas, D. *Las Constituciones...* Op. Cit.: 1225.
12. Jaramillo Sánchez, A. Explicación del Sr. Ministro de Trabajo, Higiene y Previsión Sopcial, sobre el Decreto 2392 de 1938 que organiza el Ministerio. *Revista de Higiene*. Bogotá, 20 (1), Ene. 1939: 1-11
13. Uribe Vargas, D. *Las Constituciones...* Op. Cit.: 1227.
14. Pérez Sainz, S. y otros. *El Estado del Capitalismo Periférico*. Bogotá: CINEP, Col. Teoría y Sociedad No. 6, 1982.
15. Acerca de las diferencias entre Keynes y los Keynesianos, véase: Hutchinson, T. W. *Keynes vs. los Keynesianos*. Madrid: Espasa-Calpe: 1980.
16. Gracia, D. La tradición política y el criterio de justicia: el bien de terceros. En: _____. *Fundamentos de Bioética*. Madrid: Eudemal, 1989: 199-311, en especial: 262-64.
17. *Constitución Política de la República de Colombia*. 18a. Ed., Bogotá: Voluntad, Col. Codex Brevis, 1970: 22-23.
18. Carta de Punta del Este. Reunión Extraordinaria del Consejo Interamericano Económico y Social a nivel ministerial, celebrada en Punta del Este, Uruguay, del 15 al 17 de agosto de 1961. *Revista de la República*. 34 (406), Ago. 1961: 991- 1012.
19. Haven, S. Aspectos metodológicos en el estudio del desarrollo. En: Havens, E., Parra, R., Flinn, W. *Metodología y Desarrollo en las Ciencias Sociales: efectos del crecimiento*

- dependiente sobre la estructura social colombiana.* Bogotá: CEDE-Universidad de los Andes, 1977: 33-72.
20. Rostow, W. W. *The stages of economic growth.* Cambridge: Cambridge University Press, 1960. Véase la traducción de los dos primeros capítulos de este texto en: _____. *Las etapas del crecimiento económico.* ECO, Revista de la Cultura de Occidente, 2 (5), Marzo 1961: 437-460.
 21. *Declaración Universal de Derechos Humanos*, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, Resolución 217 A (III) 10 de diciembre de 1948. Ginebra: ONU, BOAG, Resoluciones, A/810: 71-77.
 22. *Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre*, adoptada por la Novena Conferencia Internacional Americana, Bogotá, Colombia, 1948. Washington, D.C.: Unión Panamericana, Acta Final de la Novena Conferencia Internacional Americana, 1948: 38-45.
 23. *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 22 de julio de 1946. Washington, D. C.: OPS/OMS Documento Oficial No. 188, 1983: 23-24.
 24. Diario Oficial No. 31.265.
 25. Quevedo, E. y otros. *La Salud...* Op. Cit.: 46-71.
 26. Bentham, J. *Fragmentos Sobre el Gobierno.* Madrid, Sarpe: 1985.
 27. Como por ejemplo, la Ley de los rendimientos decrecientes de Ricardo, el Optimo de Pareto, etc.
 28. Rosser, R. "Historia del desarrollo de los indicadores de salud". *Jano. Serie Monográfica H. M. No. 2.* 30 (712), 11-16 Feb. 1966: 514-527; Artells, J. ed. "La medición del nivel de salud". *Jano.* 30 (712), 11-16 Feb. 1988: 511-576.
 29. Varios Autores. *Economía de la Salud (número especial).* *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 103 (6), 1987.
 30. Copete Lizarralde, A. "Colombia". En: Fuenzálida Puelma, H. y Scholle Connor, S. (Eds.) *El Derecho a la Salud en las Américas. Estudio Constitucional Comparado.* Washington: OPS/OMS, Pub. Cient. No. 509, 1989: 153-162, Cf. 161.
 31. *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General de Naciones Unidas, Resolución 2200 (XXI), del 16 de diciembre de 1966. Ginebra: ONU, ROAG XXI, Supl. No. 16 (A/63316): 49-52.
 32. Blun, H. L. *Planning of Health*, Berkeley: University of California, 1971.
 33. Leavell, H. R., Clark, E. G. *Textbook of Preventive Medicine for the doctor and his community.* New York, Toronto, London: McGraw-Hill, 1965.
 34. Asamblea Nacional Constituyente. Articulado de las Cinco Comisiones. Relatoría. *Gaceta Constitucional*, No. 83, Bogotá, D. E., lunes 27 de mayo de 1991: 44 p.
 35. En adelante se citará la siguiente edición: *Constitución Política de la República de Colombia.* 1a. Ed., s.c.: La Prensa, Fundación Simón Bolívar, 1991: 112 p.
 36. ANC, Op. Cit.: 37.
 37. ANC, Op. Cit.: 2; véase el preámbulo de la nCP, en el que llama la atención el cambio de la palabra "orden jurídico", por la de "marco jurídico".
 38. Drane, J. Cuestiones de justicia en la prestación de servicios de salud. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 108 (5-6), 1990: 586-598. Igualmente véase: Gracia, D. *La tradición política...* Op. Cdit.

39. Sobre las múltiples interpretaciones de la justicia véase Gracia, D. La tradición política Op. Cit. Igualmente: Hernández, M. *El principio de Justicia y las Políticas de Salud en Colombia en los Últimos 30 años*. Ponencia presentada en las VII Jornadas de Humanidades Médicas de la Cátedra de Postgrado de Humanidades Médicas, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de La Plata, La Plata, noviembre de 1990. (En prensa).
40. ANC, Op. Cit.: 3.
41. ANC, Op. Cit.: 37.
42. Nozick, R. *Anarchy, State and Utopia*, New York: Basic Books, 1974. Cit. por Gracia, D. ¿Qué es un sistema justo de servicios de salud? Principios para la asignación de recursos escasos. Bol. Of. Sanit. Panam. 108 (5-6), 1990: 570-585.
43. Friedman, M. y L. *Libertad de Elegir: hacia un nuevo liberalismo económico*. Barcelona: Grijalbo, 1980.
44. Engelhardt, T. *The Foundations of Bioethics*. New York: Oxford University Press, 1986: 336. Cit. por Gracia, D. La tradición política... Op. Cit.: 233.
45. Vasco Uribe, A. Estado y salud en Colombia. En: _____. *Estado y Enfermedad en Colombia*. Medellín: Universidad de Antioquia, 1988: 125-156.
46. Velandia, F., Corral, L. C. Talero, R., Valencia, A., Serna, E. Financiamiento. En: Yepes, F. (Dir.) *La Salud: en Colombia. Estudio Sectorial de Salud*. T. II, Bogotá: Ministerio de Salud Pública, Departamento Nacional de Planeación, 1990: 81-253.
47. Campos, P. M. Políticas Neoliberales en Salud. En: Centro Brasileiro de Estudios de Salud (CEBES). VI Congreso Mundial de Medicina Social. *Divulgacao en Saúde para Debate No. 2, Marzo 1990: 29-32*.
48. Szasz, T. *Tecnología de la Medicina*. Barcelona: Tusquets, 1980. Véase también: Mainetti, J. A. *Bioética Fundamental, la crisis bioética*. La Plata: Ed. Quirón, 1990.
49. Guariglia, O. *El universalismo en la Etica contemporánea*. s.f. (inédito, fotocopia del original). Habermas, J. Acerca del uso ético, pragmático y moral de la razón práctica. *Filosofía (Revista del postgrado de Filosofía de la Universidad de los Andes)*, Mérida, No. 1, abr. 1990: 7-24.
50. Hernández, M. *Participación Comunitaria e Historia Local*. Ponencia presentada al Seminario-Taller "Reforma del Estado Descentralización y Salud en América Latina", Bogotá, Febrero 1991 (inédito).
51. Ley 10 de enero 10 de 1990 "por la cual se reforma el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones". Bogotá: Ministerio de Salud Pública, 1990.
52. Jaramillo, I. (Comp.) *Artículos de la Constitución que mencionan temas que inciden sobre el sector salud*. s.c., s.f. (inédito, fotocopia del original).
53. nCP, Ed. Cit.: 17.
54. Quevedo, E. y otros. *La Salud...* Op. Cit.: 46-101.
55. Poper, K. El Estado Mínimo. *La Nación*, Buenos Aires, Sept. 30 de 1990.
56. A este respecto véase por ejemplo: Daniels, N. Health-Care Needs and Distributive Justice. *Philosophy & Public Affairs*, 10 (2), 1981: 146-179; Fried, C. Rights and Health care: beyond equity and efficiency. *New England Journal of Medicine*, 293: 241-245, 1975; Callahan, D. Allocating Health Resources. *Hastings Center Report*, 18 (2), apr-may 1988; 14-20; Buchanan, A. Principal/agent theory and decision making in health care. *Bioethics*, 2 (4), oct. 1988: 317-333. _____. The right to a decent minimum of health care. *Philosophy and Public Affairs*, 13 (1), 1984: 55-78.

57. Gracia, D. La tradición política... Op. Cit.: 220- 231.
58. Al respecto véanse los artículos sobre políticas de salud en América Latina con intención comparativa, presentados al encuentro sobre este tema organizado por el *Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde (NUPES) de la Fundação Oswaldo Cruz de Brasil* y publicados en: *Cuadernos Médico Sociales* (Rosario), No. 55, Marzo, 1990.
59. Belmartino, S. Políticas Neoliberales en Salud: la discusión de una alternativa. En: CEBES. VI Congreso... Op. Cit.: 33-37.