



Revista Colombiana de Bioética

ISSN: 1900-6896

ISSN: 2590-9452

revistacolombianadebioetica@unbosque.edu.co

Universidad El Bosque

Colombia

Ortega Bolaños, Jesús; González, Jorge Iván
Concepciones de justicia en el sistema de salud colombiano
Revista Colombiana de Bioética, vol. 12, núm. 2, 2017, Julio-Diciembre, pp. 8-22
Universidad El Bosque
Colombia

DOI: <https://doi.org/10.18270/rcb.v12i2.2089>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=189253851002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UNEM
redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Concepciones de justicia en el sistema de salud colombiano

Conceptions of Justice in the Colombian Health System

*As concepções de justiça no sistema colombiano de saúde**

Jesús Ortega Bolaños**

Fundación de Manizales, Fundación Cinde, Colombia

Jorge Iván González***

Instituto de Estudios Urbanos, Universidad Nacional de Colombia, Colombia

Resumen

Después de 24 años, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) presenta resultados positivos pero insuficientes. Este artículo presenta un análisis crítico de la Salud en Colombia, desde un marco bioético y de filosofía política, sobre la tensión entre una teoría perfecta de justicia, como la de Rawls, y un enfoque comparativo de justicia, basada en realizaciones, como propone Sen. Se realizó un análisis mixto de política pública en salud que implementó técnicas cuantitativas de series de tiempo para medir y analizar comportamientos de los componentes de financiamiento, aseguramiento y prestación del SGSSS; en segundo término, se realizó un análisis cualitativo interpretativo con el fin de entender y comprender las concepciones de justicia que lo guían. Entre los hallazgos se determinó que se ha mejorado en cobertura universal, persisten problemas de financiamiento y acceso real a servicios, y el Sistema ha privilegiado una concepción de justicia utilitarista y de prioridad en detrimento de la imparcialidad, equidad e igualdad sanitaria para toda la población colombiana.

Palabras clave: Justicia, moral, equidad en salud, sistemas de salud colombiano.

* Este es un artículo de investigación científica o tecnológica, donde se presenta una síntesis del trabajo denominado "Concepciones de justicia en el sistema de salud colombiano", presentada por Ortega para optar al título de Doctor en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, Universidad de Manizales-Fundación Cinde, 2014. Área de Políticas Públicas.

** PhD en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, Universidad de Manizales-Fundación Cinde; Magister en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia; Especialista en Epidemiología, Universidad del Rosario; Médico Cirujano, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. jesaortegab@unal.edu.co

*** PhD en Economía, Universidad de Lovaina, Bélgica; Magíster en Economía de la Universidad de los Andes; Filósofo, Universidad Javeriana, Bogotá. Artículo recibido: 28.09.15; aceptado: 21.08.17

Abstract

After 24 years, the General Health and Social Security System (SGSSS) shows positive but insufficient results. This article presents a critical analysis of the Health System in Colombia, from a bioethical and a political philosophy framework concerning the tension between a perfect justice theory, such as Rawls', and a justice comparative approach based on achievements such as those proposed by Sen. A mixed analysis of public policy in health was first conducted, where quantitative techniques of time series were implemented in order to measure and analyze the behavior of the components of financing, assurance and provision of services by the SGSSS. Then a qualitative interpretive analysis was conducted with the aim to understand and appreciate the guiding conceptions of justice. It was determined, among the findings, that its universal coverage has been improved, although there are still problems concerning financing and real access to services. It was also determined that the System has privileged a conception of utilitarian and priority justice to the detriment of health impartiality, equity and equality for all the Colombian population.

Key words: Justice, moral, health equity, Colombian health systems.

Resumo

Depois de 24 anos, o Sistema Geral de Segurança Social em Saúde na Colômbia (SGSSS) apresenta resultados positivos mas ineficientes. Este artigo apresenta uma análise crítica da Saúde na Colômbia, a partir de um marco bioético e de uma filosofia política, sobre a tensão entre uma teoria perfeita de justiça, como a de Rawls, e uma abordagem comparativa de justiça, baseada em realizações, como propõe Sen. Foi efetuada uma análise mista de política pública em saúde que implementou técnicas quantitativas de séries de tempo para medir e analisar os comportamentos dos componentes de financiamento, segurança e prestação de serviços pelo SGSSS; em segundo lugar, foi efetuada uma análise qualitativa interpretativa a fim de entender e compreender as concepções de justiça que a orientam. Foi determinado entre as descobertas que a cobertura universal melhorou, que existem problemas de financiamento e de acesso real aos serviços e que o Sistema tem privilegiado uma concepção de justiça utilitarista e de prioridade em detrimento da imparcialidade, equidade e igualdade em matéria de saúde para toda a população colombiana.

Palavras-chave: Justiça, moral, equidade em saúde, sistemas de saúde colombianos.

INTRODUCCIÓN

Los más optimistas, como la Organización Mundial de la Salud, consideran que el SGSSS de Colombia es universal e igualitario en sus componentes de financiamiento, aseguramiento y atención. Lo observado en 24 años de operación del sistema es que no ha respondido a una concepción de imparcialidad; de hecho, a través de la operación del aseguramiento, financiamiento y prestación se legitiman injusticias sociales.

La salud es condición necesaria para desarrollar proyectos de vida, presentando en el país resul-

tados positivos pero insuficientes. Los estados de salud vistos desde los sistemas sociales y sanitarios son positivos para la población que logra acceder a servicios sanitarios, pero interroga sobre cuál es el estado de salud de las personas que no logran ser atendidas. En esta investigación surge la pregunta ¿cuál es la concepción de justicia del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia? Se parte de reconocer avances en sus distintos componentes de operación y como han mejorado indicadores sanitarios considerados trazadores de política pública.



La hipótesis de trabajo propuesta es que el modelo de atención es insuficiente para responder a las necesidades sociales en salud de la población afiliada o no al SGSSS; que las condiciones de operación entre distintos actores del sistema no permiten ofertar una atención integral a todos los usuarios, y en este sentido, el sistema adoptó una concepción de justicia de conveniencia que privilegia como resultado la atención a unos pocos.

El objetivo fue comprender la concepción de justicia que orienta el SGSSS; con los siguientes objetivos específicos: 1. Caracterizar los comportamientos de financiación, aseguramiento y prestación del SGSSS durante el periodo 1993-2016, 2. Interpretar estos comportamientos con relación a las Corrientes de pensamiento de justicia desde Rawls y Sen. Los resultados del análisis permitieron proponer recomendaciones de reforma estructural y sectorial al SGSSS.

1. LA IDEA DE JUSTICIA EN SALUD

1.1 TEORÍA PERFECCIONISTA DE JUSTICIA

Ya desde Aristóteles “Parece que la justicia consiste en igualdad, y así es, pero no para todos, sino para los iguales; y la desigualdad parece ser justa, y lo es, en efecto, pero no para todos, sino para los desiguales” (Aristóteles, 1994).

La filosofía moral vuelve, una y otra vez, sobre el significado y las implicaciones de justicia e igualdad; los principios deontológicos que fundamentan las teorías perfeccionistas de justicia riñen con los postulados utilitaristas. Rawls (1999) lleva a un nivel mayor de abstracción la *teoría del contrato social* que plantearon Locke, Rousseau y Kant.

En la *Teoría de la Justicia* (2002), Rawls critica el utilitarismo, y desde su posición contractualista destaca la relevancia de una teoría perfecta de justicia como imparcialidad. En las declaraciones de Rawls a favor del contractualismo kantiano (véase, por ejemplo, *Justicia distributiva*, 1999), defiende y prioriza la libertad según el imperativo práctico kantiano: “la persona es un fin en sí mismo, no un medio”; es el reino de los fines.

Con este enfoque perfeccionista, la justicia se concibe como una noción moral primitiva entre agentes mutuamente interesados y en circunstancias similares, con lo cual está imbuida del principio fundamental de imparcialidad = *fairness* (Rawls, 1999).

En su enfoque trascendental de la justicia, Rawls pone las instituciones justas en el primer plano de una sociedad bien ordenada. En esta perspectiva, el sujeto pierde relevancia, y el énfasis se traslada hacia el ordenamiento institucional. La “estructura básica de la edad” está anclada en instituciones justas que dan solidez al orden social y no depende de las personas honestas.

Rawls enfoca su debate contra la filosofía analítica, el marxismo y, especialmente, contra el *principio de utilidad*. El temor de Rawls frente al utilitarismo radica en la relevancia excesiva que se les atribuye a las consecuencias. Por el afán de realizar lo bueno, se deja de lado lo correcto. Cuando las consecuencias se valoran como absolutas, los medios pierden relevancia. Lo correcto queda subsumido en lo bueno, existiendo el peligro que los fines ahoguen los medios. La mirada teleológica del utilitarismo termina desconociendo los imperativos morales.

La visión utilitarista ha sido despreciada por Rawls al considerarlo un enfoque intrínsecamente estrecho. Esta aseveración debe ser considerada de forma relativa frente a la temporalidad (siglos XIX-XX) de las ideas construidas por

estos pensadores y su proceso de evolución que históricamente muestra una realidad diferente entre ambos autores.

El utilitarismo como doctrina propone que la utilidad o el principio de la mayor felicidad posible, considera que las acciones son correctas en la medida de la posibilidad de proveer una mayor felicidad, e incorrectas cuando producen lo contrario (Mill, 2007, p. 50). También plantea la posibilidad de una evolución y progreso del principio de la utilidad, al vincularlo con el desarrollo de la mente humana; y una vez que el “principio de felicidad” sea reconocido como un criterio ético, constituirá la fuerza y el elemento fundamental de la moralidad utilitarista, que se vincularía con un poderoso principio de la naturaleza humana, que es el deseo de estar unidos con los semejantes (Mill, 2007, p. 88).

Entonces, se debe tener en cuenta que el principio de utilidad no tiene como referencia última el ingreso, sino que es factible que el punto de llegada de la visión utilitarista sea la felicidad, y desde esta perspectiva, no habría una relación directa entre el utilitarismo y la sostenibilidad financiera. En otras palabras, el principio de utilidad no se reduce a los temas financieros.

Desde los principios rawlsianos, en el espacio de la salud se asume el imperativo categórico kantiano: actúa de tal forma que tu norma moral pueda ser propuesta como ley universal, o, como lo enuncia el propio Kant, “el imperativo categórico es, pues, único, y es como sigue: obra sólo según una máxima tal que puedas querer al mismo tiempo que se torne ley universal” (Kant, 1785, p. 39). En la práctica sanitaria, ello significa que cualquier decisión que se tome a favor de una persona debe ser aplicable de manera universal.

La aplicación del principio kantiano en el campo de la salud obliga a que la cobertura sea igual para todos. Este postulado es necesario, pero no

suficiente. Como las personas son diferentes, el principio de igualdad no resuelve todos los problemas. Se requiere, además, un principio de diferencia, expresado a través de una *lógica maximin*, donde la sociedad tiene que maximizar la situación de las personas que están en la peor condición.

La discusión sobre justicia en salud pone en evidencia las diferentes teorías de la filosofía moral. El juicio que se haga sobre la gestión de la salud depende de la teoría moral subyacente. En la visión consecuencialista, propia del utilitarismo, los resultados sanitarios serían más importantes que los procedimientos. Desde el *principio de utilidad*, la eficiencia adquiere especial relevancia y en su versión más estrecha, se busca reducir los costos de los insumos con el fin de maximizar los efectos sanitarios.

Desde la mirada de Sen (2005), cuando se le otorga espacio al sentimiento moral, el principio de utilidad podría ser visto desde un ángulo más amplio y el sentimiento moral podría ser compatible con miradas utilitaristas. En determinadas situaciones, el sentimiento moral puede llevar a tomar decisiones de corte utilitario, mientras las teorías perfeccionistas ponen el énfasis en la perspectiva deontológica. Entre la deontología (categorial) y el consecuencialismo se mueven corrientes distintas (comunitaristas, liberales, republicanas, etc.).

Frente a los dilemas éticos actuales en el campo de la salud, se proponen dos caminos. Uno, guiado por los principios trascendentales y perfeccionistas de Rawls; otro, animado por el sentimiento, por ideas aproximadas de justicia, tal y como propone Sen.

Si se opta por el primer camino, se debe tratar de conjugar los dos principios rawlsianos: el de igualdad y el de diferencia. Pero, advierte Sen (2005), estos postulados trascendentales de

justicia no resuelven los problemas, y pueden llevar a un callejón sin salida. En opinión de Sen, las teorías perfeccionistas se quedan cortas, y por ello se tiene que recurrir a la justicia comparativa guiada por el sentimiento moral. De manera enfática, Sen afirma que las teorías perfectas de justicia no son necesarias ni suficientes para dirimir los conflictos morales.

Si se dice “la imparcialidad es la idea fundamental de la concepción de justicia” (Rawls, 1999, p. 68), principio que surge de un acuerdo entre personas libres e iguales; se debe tratar de crear las condiciones que garanticen negociaciones imparciales, *fair bargains*; la competencia imparcial, *fair competition*, o el juego limpio, *fairplay*. La *justicia como imparcialidad* es la transparencia llevada al grado superlativo: *fairness*.

La concepción de justicia como imparcialidad aplicada a la salud, podría llevar a la siguiente reformulación de los principios de justicia de Rawls (1999):

Primero, cada persona que participa en una práctica sanitaria, o que se ve afectada por ella, tiene derecho a ser atendida y tratada en condiciones similares a las de las demás personas, y segundo, las desigualdades en salud únicamente son aceptables si se puede esperar, de manera razonable, que redundarán en provecho de todos, especialmente de los menos favorecidos. (p. 78)

En esta lógica, la reformulación regularía aspectos distributivos de instituciones sociales en salud, permitiendo salud para todos. Si las personas actúan de manera justa e imparcial (Rawls, 1999, p. 98), siguiendo las reglas del juego limpio (*fairplay*), se evitarían los procedimientos inadecuados del sistema de salud.

En *The sense of justice*, Rawls (1999) incorpora al análisis de la justicia la incidencia de factores

psicológicos. Reconoce la importancia de sentimientos como *culpabilidad* y *resentimiento*, *amistad* y *compasión*. Rawls, como Kant, termina aceptando que la razón no es suficiente para resolver dilemas morales y que, de alguna manera, se tiene que recurrir al sentimiento. Sin decirlo de manera tan enfática, Rawls reconoce las limitaciones intrínsecas del constructivismo racional.

Rawls (1999) plantea dos inquietudes en relación con el concepto de justicia. Primera, “¿a quién debe uno la obligación de la justicia?” Todos los que sean capaces de un sentido de justicia estarían obligados. Respecto a la segunda, “¿qué explica que los hombres hagan lo que exige la justicia?” El autor considera que es el sentido de justicia lo que hace experimentar resentimiento e indignación frente a la realidad.

Los anteriores supuestos en relación con el sentido de la justicia son ratificados por Rawls (1999) al decir que

una persona que carece de sentido de justicia y que nunca actuaría tal como la justicia exige, excepto en la forma y modo como le mueven el autointerés y la conveniencia, no sólo carece de lazos de amistad, afecto y mutua confianza, sino que es capaz de experimentar resentimientos e indignación. (p. 118).

La consecuencia natural de esta construcción es que “la capacidad para el sentido de la justicia es el aspecto fundamental de la personalidad moral en la teoría de justicia” (Rawls, 1999, p. 122).

La justicia distributiva en salud, según Rawls (1967), tiene que cumplir el *principio maximin* en un contexto de *velo de ignorancia*, tratando de responder a diferentes necesidades vitales de sujetos en diferentes posiciones, libertades y oportunidades. Indagar dentro de la estructura básica de la sociedad colombiana sobre

desigualdades en salud presupone la conjunción de las exigencias de los dos principios. Por un lado, “iguales libertades (derechos políticos, civiles-derecho a la salud) y oportunidades-acceso a la salud” y, por el otro, la “distribución desigual de estructuras políticas y económicas, la renta y la riqueza en la medida que produzcan beneficios compensadores para todos-igual salud para todos” (Rawls, 1999, p. 133).

Aplicar estos dos principios al SGSSS permite afirmar que las desigualdades en salud se justifican en la medida en que maximicen expectativas sanitarias de los menos favorecidos. Y, además, que las posiciones o cargos dentro de instituciones sanitarias serán aceptadas si buscan alcanzar igualdad de oportunidades y de acceso para toda la población.

Lo injusto del SGSSS es una problemática relacionada con dotación de actitudes naturales, lo cual también tiene que ver con distribución de recursos, de acuerdo con la concepción de justicia rawlsiana, “conjunto de principios para elegir entre los arreglos sociales que determinan ese reparto y para suscribir un consenso en cuanto a las cuotas distributivas apropiadas” (Rawls, 1999, p. 123).

La concepción perfeccionista de justicia aplicada al escenario de las prácticas en salud recoge postulados como brindar salud a cada uno según su capacidad y necesidad. Desde esta lógica, la justicia en salud dependería de la libertad de todas las personas que integran la estructura social, para elegir acuerdos sobre lo justo en salud.

1.2 LA IDEA DE JUSTICIA DE SEN

Sen (2010) rechaza una teoría perfeccionista de justicia porque considera que no es necesaria ni suficiente para tomar decisiones morales relevantes. Sen reconoce el principio rawlsiano de imparcialidad de la justicia. El problema, dice

Sen, radica en que la definición de la imparcialidad se tiene que hacer desde una teoría acabada de la justicia. Cuando el punto de partida son las ideas aproximadas de justicia, no hay una noción de imparcialidad que sea válida en todas las circunstancias.

El autor rescata de Smith (1976, p. 50) la pertinencia de considerar el sentimiento en las decisiones sobre lo justo. Así, en lugar de una teoría perfecta de la justicia, Sen (2010) pone en primer plano la necesidad de reconocer la importancia de las vidas, las experiencias y las realizaciones humanas.

Sen (2010) acoge la propuesta sobre la conducta de Smith (1976), según la cual *las acciones responden a una serie de motivaciones*. En este sentido, la prudencia, la benevolencia y la justicia generarían efectos en las acciones humanas, partiendo que, como lo afirma Smith en su *Teoría de los sentimientos morales* [1776], *el interés propio es lo que modula nuestro interés para actuar*. Los fundamentos y su pensamiento sobre justicia están relacionados con los sentimientos morales al decir que “la justicia es considerada una de las virtudes del espectador imparcial, para juzgar desde adentro de las situaciones al ponerse en el lugar del otro” (Smith, 1976, p. 50).

Para examinar la conducta de un sujeto se requiere de la imparcialidad representada por la figura del espectador imparcial, la cual permite desdoblarse en dos personas: *la primera*, el examinador o juez que encarna el espectador imparcial; *la segunda*, aquella cuya conducta se examina y juzga. El espectador imparcial trata de ponerse en los zapatos del otro. Con estos elementos se puede proponer las siguientes aplicaciones de estos principios al escenario sanitario:

- El ordenamiento de la sociedad y sus procesos de acceso sanitario, responden más a la mirada real de Sen que la de Rawls, con

mayores escenarios de exclusión a pesar de contar con iguales condiciones para decidir en su proceso de atención sanitaria (Sen, 2010).

- Mientras Rawls se ocupa de la justicia en instituciones justas inmersas en sociedades ideales, el sistema de salud con actores e instituciones con intereses particulares requiere avanzar de manera progresiva a partir de ideas consecuencialistas de justicia desde Sen.
- Rawls propende por un contrato social imparcial que pueda ser aceptado por todas las personas en la *posición original*; lo cual no es posible de observar en el sistema sanitario, orientado por posiciones jerárquicas en las negociaciones de aseguramiento, financiamiento y prestación de servicios. Por lo cual, si se recupera el principio del espectador imparcial y el sentimiento moral, sería posible ponerse en los zapatos de los otros (Sen, 2010), y se podría generar condiciones más equitativas para una atención basada en las necesidades sanitarias de toda la población.
- Para Rawls, la salud es considerada un bien primario; mientras, para Sen es una capacidad y una posibilidad de ejercicio autónomo para alcanzar la libertad.

Como se puede observar, el escenario sanitario es susceptible de aplicación de los principios de justicia presentados, teniendo en cuenta que mientras Rawls insiste en los aspectos deontológicos, Sen es más consecuencialista e invita a diferenciar entre *simpatía* y *compromiso*. Cuando el interés por la salud de los otros afecta el propio bienestar la *simpatía* emerge; así que, “cuando el sentido de bienestar de una persona es psicológicamente dependiente del bienestar de alguna otra, es un caso de simpatía”; cuando

la afinidad moral inclina a la acción sanitaria sin compromiso moral ni sentimiento, se podría decir que esta intervención sanitaria sería un compromiso (Sen, 1977, pp. 326-327).

Entonces, se podría decir que “*la justicia social*” aplicada a la salud propone un modelo de comportamiento individual y colectivo que incorpore libertad, simpatía y compromiso. Así las cosas, al hacer énfasis en las capacidades y la equidad sanitaria se amplía la visión del bien-estar individual hacia la salud como un bien común.

2. ANÁLISIS DE POLÍTICA PÚBLICA DEL SGSSS

El análisis de una política pública, según Walt (1994), debe centrarse en “la manera como los gobiernos la definen, la aplican y en la forma como el poder se ejerce al interior del grupo” (p. 170). Las políticas públicas en salud son justas si permiten el pluralismo en su construcción y aplicación, de tal forma que el estado de salud permita que los ciudadanos puedan llevar a cabo proyectos que mejoren su calidad de vida y bienestar.

El proyecto de investigación privilegió un método mixto de análisis de política pública (Roth, 2009), que permitió la elaboración argumentada de juicios de valor a partir de las evidencias descriptivas y de medición de la información secundaria recolectada de fuentes oficiales del SGSSS.

En primera instancia se construyeron series de tiempo con información oficial de los componentes de financiamiento, aseguramiento y prestación del periodo 1993-2016; en segundo término, las tendencias de las series en contexto permitieron un análisis cualitativo interpretativo aplicado al SGSSS y en relación con los postulados de justicia propuestos por Sen y Rawls.

2.1 EL SGSSS: UN PROBLEMA DE JUSTICIA

De acuerdo con las premisas del actual SGSSS la hipótesis de trabajo fue, “la salud no solo depende de respuestas a necesidades y prácticas sociales en salud de toda la población colombiana, sino que en las decisiones también juegan un papel determinante los intereses e interpretaciones que tienen los diferentes actores sobre el significado de la justicia en salud”.

La inequidad en salud se presenta cuando *las desigualdades en los resultados en salud* se originan en diferencias sociales evitables, o en asimetrías injustas en la atención y en la oferta de servicios. Estas diferencias, consideradas innecesarias, evitables e injustas, requieren ser intervenidas desde el modelo de prestación del SGSSS, de manera que pueda garantizarse el acceso a servicios oportunos y de calidad para toda la población colombiana.

2.1.1 Magnitud del problema

Durante 1993, la reforma sanitaria aplicada en Colombia se inspiró en el universalismo básico y el modelo de pluralismo estructurado de Julio Frenk y Juan Luis Londoño¹. El modelo colombiano se planteó como un punto medio entre dos pretensiones polares: un *modelo público unificado*, donde el Estado financia y suministra directamente servicios a través de un sistema único integrado verticalmente, y un *modelo privado atomizado*, financiado principalmente con gasto de bolsillo de los consumidores o con múltiples seguros de salud que reembolsan a las instituciones prestadoras de servicios de salud. Este esquema segmentado, que no permite una integración vertical, genera asimetría de información entre el usuario y el prestador.

1 De los autores, véase *Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*, 1997.

Después de 24 años de su puesta en marcha, el modelo de salud colombiano muestra algún impacto en cuanto a incremento de la esperanza de vida, disminución de la mortalidad infantil y aumento en los datos de cobertura. No obstante, los indicadores en que se basan estos resultados corresponden sólo a los grupos poblacionales que logran acceder a la atención.

Así las cosas, el país requiere un cambio de modelo sanitario que permita una cobertura universal efectiva, reduciendo barreras para el acceso real a servicios de salud de calidad.

3. RESULTADOS

Al analizar el comportamiento de los tres componentes principales del SGSSS –financiamiento, aseguramiento y prestación del servicio de salud–, se pudo evidenciar que la concepción de justicia en Colombia tiende a privilegiar la utilidad y la prioridad, del modo que se muestra en las siguientes series de tendencias.

3.1 EN EL COMPONENTE DE FINANCIAMIENTO

La serie 1993-2011 muestra que, no obstante el aumento del gasto en salud, los resultados no son satisfactorios. Esto se presenta, entre otras razones, porque la intermediación y administración de la atención no está interesada en el bienestar y mejoramiento de la calidad de vida de las personas.

La tendencia del gasto evidencia un crecimiento geométrico de los recursos en salud de 6,89 veces en los primeros 16 años, y de 11,61 veces en los últimos seis años.

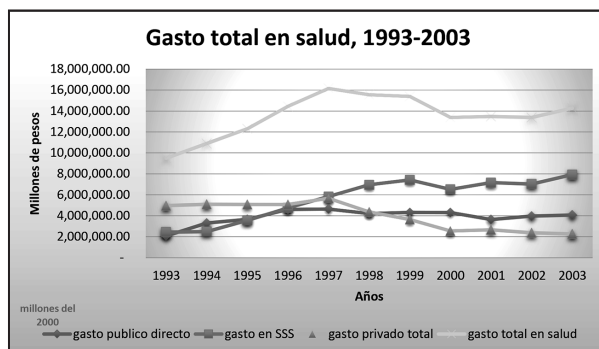


Figura 1. Gasto total en salud, Serie 1993-2003

Figura elaborada por los autores. Fuente de los datos: Bodega datos SISPRO, Ministerio de Salud y Protección Social.

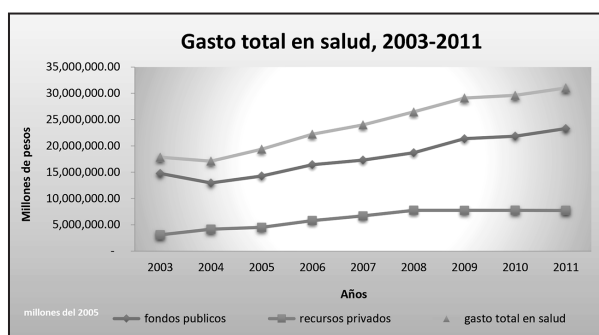


Figura 2. Distribución del gasto total según fondo, Serie 2003-2011

Figura elaborada por los autores. Fuente de los datos: Bodega datos SISPRO, Ministerio de Salud y Protección Social.

Desde el punto de vista de la justicia, la tendencia ascendente del gasto en salud como porcentaje del PIB muestra que actualmente cerca del 7,5% del producto interno bruto (PIB) se destina a la salud. Es necesario que los recursos se distribuyan de manera equitativa entre toda la población.

3.2 EN RELACIÓN CON EL ASEGURAMIENTO

No se puede asumir que carnetización equivale a cobertura universal efectiva. La ampliación in-

tegral de la capacidad del sistema implica poder acceder a servicios a través de tres dimensiones relacionadas con:

1. La proporción de población cubierta, lo cual se refiere a la *amplitud* o *cobertura horizontal*.
2. La composición de los servicios de salud que integran los paquetes, que permitiría determinar la *profundidad de la cobertura* y caracterizar los servicios a los cuales la población logra ingresar.
3. La proporción de costos directos de atención que cubre el seguro, con lo cual se podría determinar cuál es el *nivel de cobertura*.

Para alcanzar la cobertura universal efectiva se requiere avanzar de manera progresiva. El primer paso es la *cobertura legal* para todas las personas. El segundo paso es el *acceso regular a un paquete de servicios para todos*. El tercer nivel es la *cobertura universal efectiva*, que garantiza calidad y equidad en la atención integral sin un mayor gasto de bolsillo.

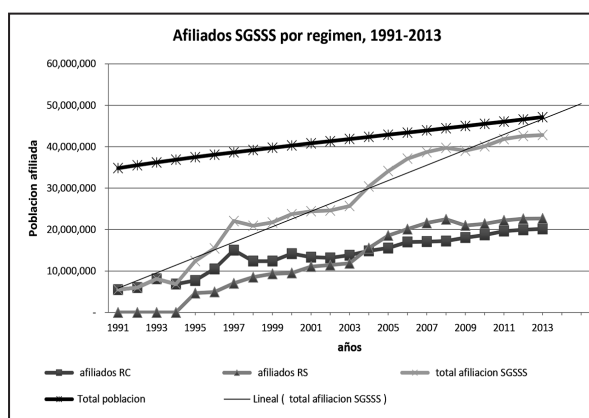


Figura 3. Comportamiento de la cobertura universal por régimen, 1990-2013

Figura elaborada por los autores. Fuente de los datos: BDUA y SISPRO, Minprotección Social. Fedesalud. DANE.

Desde una mirada de justicia, la tendencia presentada evidencia un aumento sostenido del aseguramiento durante los últimos 24 años, pero también se observa que la cobertura no adopta el *principio de equidad*². La universalidad se aplicaría a toda la población colombiana, independientemente de su condición de pobre no asegurado o de afiliado al SGSSS.

3.3 EN RELACIÓN CON LA PRESTACIÓN

La asimetría entre la oferta de servicios del sistema de seguridad social y la demanda pone en evidencia las barreras de acceso para la atención. Durante el periodo 2011-2012, se evidenció que de diez colombianos que solicitan el servicio, únicamente se atiende a cuatro.

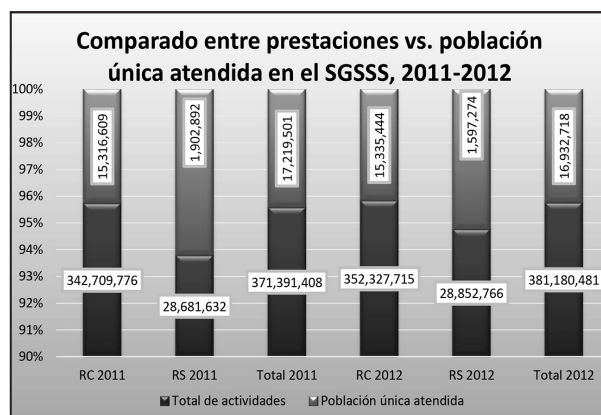


Figura 4. Caracterización de prestaciones y población atendida por régimen de afiliación, 2011-2012

² En el artículo 153 de la Ley 100 se define el principio de equidad: "El Sistema General de Seguridad Social en Salud proveerá gradualmente servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes de Colombia, independientemente de su capacidad de pago" [Colombia, Congreso de la República, Ley 100 de 1993].

Figura elaborada por los autores. Fuente de los datos: SISPRO, Base Única de Afiliados del Fosyga, base de suficiencia, Ministerio de Salud y Protección Social.

Al analizar el comportamiento de los servicios prestados a los afiliados activos de los regímenes contributivo y subsidiado durante el análisis puntual 2011-2012, el cual correspondió a la unificación del plan de beneficios, se observa que la atención realizada en los distintos ámbitos de prestación (ambulatorio, hospitalario, de urgencias y domiciliario) es insuficiente para resolver las necesidades de salud de esta población.

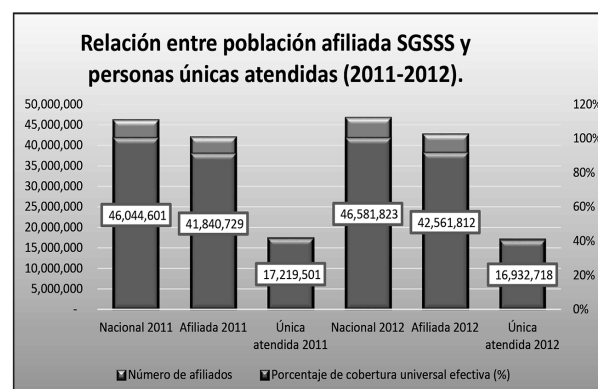


Figura 5. Relación entre población afiliada al SGSSS y población única atendida, 2011-2012

Figura elaborada por los autores. Fuente de los datos: BDUA y base suficiencia, Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO.

Los resultados del comportamiento actual -comparando atenciones únicas a usuarios únicos afiliados durante los años 2011 y 2012- muestran que solamente fue atendido el 41% de la población afiliada durante el 2011, porcentaje que disminuye al 40% en el 2012.

El problema del sistema de salud se ahonda, no solo por deficiencias de financiación y aseguramiento, sino porque el actual comportamiento

de la atención efectiva ratifica la fragilidad del modelo de prestación y atención, al cual se suman las barreras geográficas, económicas y sociales ya existentes; en suma, se contradicen los postulados de justicia e inclusión.

4. DISCUSIÓN

La discusión sobre la cobertura universal se mantiene, y si bien los resultados muestran que el Sistema de aseguramiento estimula la afiliación, lo cual es concordante con los resultados de Martínez (2001), es evidente que persiste limitación en el acceso efectivo para solucionar los problemas de salud de los afiliados.

El Análisis del Sistema de Salud basado en aseguramiento individual, mostró que, si bien logra cumplir con requisitos de cobertura universal, principios como Justicia, Equidad, Integralidad, Igualdad en el acceso y calidad de atención no llegan a toda la población; hallazgos que están en sintonía con los análisis comparados de Sistemas de Salud de América Latina y el Caribe realizados por Gómez (2005).

El análisis del gasto total y el gasto público en salud, muestra un crecimiento sostenido que se mantuvo para el periodo 2000-2014 entre 5,91% y 7,20% del PIB, impresión que es compartida por Clavijo (2008), quien plantea que este gasto no alcanzó a cubrir el 100% de la población con el POS, lo cual es concordante con los resultados identificando que hasta el 2013, el gasto del régimen subsidiado era aproximadamente del 62% del régimen contributivo, siendo una clara muestra de ineficiencia del sistema.

Desde el acuerdo 04 del 2009 y hasta el acuerdo 32 del 2012 (MSPS), se ha visto una unificación gradual de servicios por grupos de población, lo cual dice que desde el 1 de julio del 2012, 22 millones de Colombianos afiliados al régimen subsidiado podían acceder a los mismos servi-

cios de salud que tenían los afiliados al régimen contributivo –proceso de unificación del plan de beneficios que se trata de confirmar en el Análisis puntual del periodo 2011-2012– encontrando que este supuesto no se está cumpliendo.

En la Circular 0006 emitida por el MSPS el 30 enero 2017, se observa que se siguen presentando diferentes orientaciones en la modalidad de prestación de servicios y valor de UPC para las distintas poblaciones afiliadas al Régimen Contributivo y Subsidiado. En este análisis, se lograron ratificar diferencias en el acceso a las diferentes poblaciones por régimen que solicitan servicios, lo cual ratifica la persistencia de inequidad en el acceso (Ortega, Agudelo, Cardona & Robledo, 2011).

Los resultados, también indican que el sistema de salud sigue sin ser comprendido por sus usuarios, lo cual concuerda con lo expresado por Giraldo (2012). Esta complejidad del SGSSS durante el 2012, profundizó la crisis al no reconocerse esfuerzos normativos que proponían cambios estructurales, lo cual requiere una intervención urgente, según lo expresado por Posada (2012).

El análisis de los distintos intentos de reformas sanitarias, como la propuesta en la ley 1122 del 2007 no produjo cambios estructurales; resultado que concuerda con lo planteado por Gómez (2010). Avanzar en disminuir la injusticia y la inequidad del SGSSS requiere de ajustes sectoriales y de operación del modelo de prestación y atención sanitaria, lo cual también se confirma con los hallazgos realizados por Valencia (2009).

Los resultados muestran que ha predominado una lógica de ganancia, que privilegia actores y entidades encargadas del aseguramiento, las prestaciones, y el uso de las tecnologías en salud, con énfasis en beneficio económico antes que la calidad de sus prestaciones y bienestar para las personas que logran acceder a estos servicios.

Este resultado está en sintonía con lo encontrado por Restrepo (2007), quien encontró que la integración vertical entre EPS y IPS limitan el acceso y limitan la libre elección de los usuarios creando riesgos éticos para el personal de salud responsable de su atención; comportamiento que no fue encontrado por Merlano (2011).

El acceso a servicios ha mejorado; durante el año 2014, la extensión de uso del servicio fue de 78,06%, distribuido en 85,76% RC y 61,81% RS (MSPS, 2016, p. 63), pero en el periodo 2011-2012, las atenciones individuales y colectivas que se realizaron solo alcanzaron al 41% de población afiliada al SGSSS. Estos resultados ratifican lo planteado por Gorvanev (2013), frente a la complejidad de analizar el sistema de salud colombiano y proponer un cambio estructural que permita avanzar en un modelo de prestación más coherente para el país.

Dentro de los resultados, se observó que si bien se ha mejorado en la equidad en el acceso, persisten las inequidades en la atención con relación a la cobertura universal que presenta el sistema para ciertas poblaciones, lo cual es concordante con los resultados obtenidos tanto por Céspedes (2002) quien encontró una mejora en la equidad en el acceso; o por Eslava (2008), quien en sus resultados muestra una relación inversa entre el gasto y la inequidad en salud; en este escenario es también relevante comparar los resultados, con los obtenidos por Guarnizo & Agudelo (2008), quienes también encontraron una mejora en la equidad de género en el acceso a servicios de salud.

Los resultados no solo precisaron el nivel de la problemática identificada, sino que ratificaron la necesidad de cambios en la estructura sectorial del sistema sanitario, como es la adopción de la filosofía de Atención Primaria en Salud en todo el sistema y no considerarla únicamente como estrategia del modelo de atención. En este sentido,

los resultados confirman la apreciación de Ruiz (2011), quien encontró problemas estructurales en el modelo de prestación y sugirió cambios administrativos para las IPS. Los hallazgos también corroboran lo encontrado por Chicaiza & García (2008), quienes evaluaron la costo efectividad de APS en Suba y encontraron que se podría replicar en otras regiones del país.

Con base en los resultados presentados, es innegable que el sistema de salud requiere un ajuste estructural profundo que afecte los pilares fundamentales sobre los que se estructura el SGSSS, como es el fortalecimiento de la regulación y el modelo de prestación de servicios. Las fallas administrativas en el componente de aseguramiento, principalmente en el régimen subsidiado y el retraso de 17 años en la unificación del plan de beneficios también requieren ser subsanadas, recomendación que está en sintonía con lo planteado por Barrientos (2012).

Los resultados, permitieron corroborar que las propuestas de justicia imparcial desde el pensamiento Rawlsiano deben permear sociedades reales como la colombiana en la búsqueda de ejercer su Derecho Humano Fundamental en Salud, lo cual también debe armonizarse desde una justicia social basada en realizaciones, que permita ver la salud como una capacidad para alcanzar libertad. En esta construcción de justicia sanitaria es fundamental contar con un sistema sanitario que permita acceder a una atención integral sobre principios de igualdad de acuerdo a la necesidad, siendo privilegiado el principio de equidad sobre la sostenibilidad financiera de un sistema que requiere una mayor regulación y ajuste en su propuesta de atención de acuerdo a las necesidades sociales en salud de todas las personas.

El reto de superar las inequidades y exclusiones crónicas del sistema colombiano, en sus componentes de financiamiento, aseguramiento y

prestación de país, requiere acoger un enfoque de justicia imparcial en salud. Las declaraciones institucionales a favor de la universalidad no se reflejan en un acceso real al uso de servicios o remoción de barreras económicas.

La problemática identificada precisa de una respuesta estructural y sectorial, que considere modelos hermenéuticos sobre el ejercicio de la justicia en salud, para reformular el modelo de salud reconociendo, en primera instancia, la naturaleza particular del bien salud.

La estructura del modelo de atención, limita las decisiones de los usuarios, fomenta incentivos que reducen la equidad sanitaria, por lo que se requiere un modelo de salud preventivo con enfoque promocional que permita un balance más justo en las relaciones de poder entre actores (prestadores-usuarios), privilegiando la equidad en salud y el bienestar de todos los ciudadanos.

5. CONCLUSIONES

Las teorías de justicia desde corrientes liberales, comunitarias, utilitaristas presentan tensiones en su aplicación sanitaria de acuerdo con el interés de los diversos actores. El diálogo entre teorías perfeccionistas y consecuencialistas de justicia permitirían equilibrar el conflicto entre libertad individual e igualdad material. Esta perspectiva respeta los proyectos de vida y concede un cierto grado de igualdad material que permite acercarse a una libertad real.

Si las teorías perfeccionistas de la justicia no son suficientes ni necesarias para actuar en la vida corriente, las respuestas sociales en salud deben estar en función de las vidas, capacidades y libertades de las personas involucradas en su autocuidado; aquí las decisiones en salud que tomen los individuos y los colectivos estarán profundamente marcadas por el sentimiento moral.

En el sistema de salud colombiano, ha predominado el afán de lucro sobre otras consideraciones de justicia. Se está lejos, entonces, de una sociedad que construya justicia social en salud a partir de acuerdos entre los distintos actores del SGSSS sobre aspectos fundamentales del bien salud que permitan una relación justa frente a las necesidades sanitarias de toda la población.

La concepción de justicia imparcial en salud debe reconocer en el principio de equidad una forma de distribución de medios y fines de acuerdo con las necesidades diferenciales de toda la población. Con el principio de igualdad, la sociedad podría ejercer abogacía para igualar el mayor número de personas en relación con las necesidades de salud. No se trata de distribuir a todos lo mismo y por igual, sino de darle a *cada cual según su necesidad*. La salud es un bien público que tiene que financiarse con la riqueza de la sociedad.

REFERENCIAS

1. ARISTÓTELES. (1994). *La Política*. México: Editorial Porrúa.
2. BARÓN, G. (2007). *Cuentas de salud de Colombia 1993-2003: El gasto nacional en salud y su financiamiento*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social.
3. CLAVIJO, S. y TORRENTE, C. (2008). El déficit fiscal de la Salud en Colombia: un análisis comparativo internacional. *Carta Financiera*, 143, 7-15.
4. CÉSPEDES LONDOÑO, J. E.; JARAMILLO PÉREZ, I. & CASTAÑO YEPES, R. A. (2002). Impacto de la reforma del sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia. *Cad. Saúde Pública*, 18(4), 1003-1024.
5. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. *Ley 100, Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y*

- se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá. 23, diciembre de 1993.
6. CHICAÍZA, L.; BECERRA, A. & GARCÍA MOLINA, M. (2008). Evaluación económica y sostenibilidad financiera del Modelo de Atención Primaria en Salud (APS) en la localidad de Suba de Bogotá-Colombia. *Revista Gerencia Políticas de Salud*, 7(14), 110-124.
 7. DANIELS, N. (1985). *Just Health Care*. Cambridge: Cambridge University Press.
 8. EL COLOMBIANO. (2012). El ajuste al sistema de salud. Recuperado de: http://www.elcolombiano.com/historico/el_ajuste_al_sistema_de_salud-IFEC_202318
 9. EL UNIVERSAL. (2012). Bancadas impulsarán reforma estructural al sistema de salud en Colombia. (27 jul 2012). Recuperado de: <http://www.eluniversal.com.co/cartagena/politica/bancadas-impulsaran-reforma-estructural-al-sistema-de-salud-en-colombia-85603>.
 10. EL HOSPITAL. (2012). La propuesta de transformación de los hospitales y clínicas colombianos. Recuperado de: <http://www.elhospital.com/temas/La-propuesta-de-transformacion-de-los-hospitales-y-clinicas-colombianos+8088038>
 11. ESLAVA SCHMALBACH, J. (2008). Estudio de análisis económico, comparando los costos y la equidad en salud en Colombia, entre 1998 y 2005. *Revista Salud Pública*, 10(1), 3-17.
 12. GRACIA, D. (1989). *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema Universidad.
 13. GUARNIZO HERREÑO, C. C.; AGUDELO, C. (2008). Equidad de género en el acceso a los servicios de salud en Colombia. *Revista Salud Pública*, (10), 44-57.
 14. GÓMEZ URIBE, L. F. (2010). Reflexiones suspicaces a raíz de las nuevas propuestas de "reforma a la salud". *Iatreia*, 23(4), 405-412.
 15. GÓMEZ CAMELO, D. (2005). Análisis comparado de los sistemas de salud de la región Andina y el Caribe. *Revista Salud Pública*. 7(3), 305-316.
 16. HABERMAS, J.; RAWLS, J. (1998). *Debate sobre el liberalismo político=Political Liberalism Debate*. Barcelona: Paidós.
 17. KANT, I. (1973). *Cimentación para la Metafísica de las Costumbres*. Epub: ISBN: mkt0003564786.
 18. LA TARDE. (2012). Tutelas por salud cuestan \$4.5 billones anuales. Recuperado de www.latarde.com.
 19. LONDOÑO, J. L.; FRENK, J. (1997). *Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*. Documento de trabajo No. 353. Banco Interamericano de Desarrollo, Oficina del Economista Jefe. [32 p. Sin signatura ISSN]. Recuperado de: <http://www.iadb.org/res/publications/pubfiles/pubwp-353.pdf>.
 20. MERLANO-PORRAS, C.A. y GORBANEV, I. Sistema de salud en Colombia: una revisión sistemática de literatura. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 12(24), 74-86.
 21. MARTÍNEZ, P., RODRÍGUEZ, L. A. y AGUDELO, C. (2001). Equidad en la política de reforma del sistema de salud. *Revista Salud Pública*, 3(1), 13-39.
 22. MERLANO PORRAS, C. A. y GORBANEV, I. (2001). ¿Por qué se limita la integración vertical en el sector salud en Colombia? *Revista Gerencia Políticas de Salud*, 10(20), 170-180.
 23. MILL, J. S. (2007). *El utilitarismo*. Madrid: Alianza Editorial.
 24. MSPS. (2016). Estudio de suficiencia UPC.
 25. MSPS. Acuerdo 04 del 2009 y acuerdo 32 del 2012. Unificación del POS.
 26. MSPS. Circular 006 del 30 enero 2017.

27. ORTEGA, J., AGUDELO, C. A., CARDONA, J. y ROBLEDO MARTÍNEZ, R. (2011). Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 16(6), 2817-2828.
28. RAWLS, J. (1999). *Justicia como equidad=Justice as Equity*. M. A. Rodilla González (coord.) Madrid: Tecnos.
29. RAWLS, J. (1995). *Liberalismo Político=Political Liberalism*. México: Fondo de Cultura Económica, UNAM.
30. RAWLS, J. (2002). *Teoría de la justicia*. México: Fondo de Cultura Económica.
31. RESTREPO, J. H.; LOPERA, J. F. & RODRÍGUEZ, S. M. (2007). La integración vertical en el Sistema de Salud Colombiano. *Revista Economía Institucional*, 9(17), 279-308.
32. ROTH DEUBEL, A. N. (2009). *Análisis y evaluación de políticas públicas. Debates y experiencias en Colombia*. Bogotá: Editorial Guadalupe, Universidad Nacional de Colombia.
33. RUIZ RODRÍGUEZ, M.; ACOSTA RAMÍREZ, N.; RODRÍGUEZ VILLAMIZAR, L. A.; URIBE, L. M. & LEÓN FRANCO, M. (2011). Experiencia de implementación de un modelo de atención primaria. *Revista Salud Pública*, 13(6), 885-896.
34. SEN, A. (2005). Rational fools: A Critique of the Behavioral Foundations of Economic Theory. *Philosophy and public affairs*, 6(4). Recuperado de: http://www.ibiblio.org/philecon/General%20Information_files/rationalfools.pdf
35. SEN, A. (2010). *La idea de la justicia*. Madrid: Taurus.
36. SEN, A. (1977). Rational fools: A Critique of the Behavioral Foundations of Economic Theory. *Philosophy and public affairs*, 6(4), 317-344.
37. SMITH, A. (1976). *The Theory of Moral Sentiments*. Londres: Oxford University Press.
38. TANAHASHI, N. (1998). Health service coverage and its evaluation. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* 56(2), 295-303.
39. VALENCIA, M.; BORRERO, Y. E.; PÉREZ, E. M.; MUÑOZ, N. E. & CÁCERES, F. (2009). Modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud a la luz de una sentencia de la Corte Constitucional de Colombia: una propuesta. *Revista Facultad Nacional de Salud*, 27(3), 356-363.
40. WALT, G. (1994). *Health policy: An introduction to process and power*. Johannesburg, Londres, New Jersey: Witwatersrand University Press- Zed Books.