

# Presentación

## ¿POR QUÉ PREGUNTAR AL DERECHO?

Hace varios años, en Bogotá, una amiga me pidió que le ayudara: su hijo de siete años llevaba tres días con fiebre y había tratado de obtener ayuda en el hospital más cercano a su casa, pero el médico se la negó por que le faltaba capacidad de pago.

Le sugerí regresar al hospital, pero ya no como quien clamaba por una obra de caridad, sino como alguien que exigía un derecho. También le dije que amenazara con una acción de tutela<sup>1</sup>. Así lo hizo y el niño fue atendido. A los seis días me llamó nuevamente para decirme que su niño, aún hospitalizado, había mejorado (según el médico el estado de salud del niño al ingresar era realmente grave) pero que no se lo entregarían hasta tanto pagara una suma de dinero, por demás astronómica, por la atención y ella no tenía dinero. Le propuse que regresara nuevamente al hospital y les dijera a sus directivas que si no le devolvían al niño las iba a demandar por secuestro extorsivo<sup>2</sup>. Ante tal advertencia, el niño fue entregado finalmente a la madre.

---

<sup>1</sup> Reclamo preferente y sumario presentado por las personas ante el juez constitucional para proteger derechos fundamentales cuando quiera que estos resulten vulnerados o en amenaza de serlo, por la acción u omisión de cualquier autoridad pública y, también, contra particulares encargados de prestar servicios públicos. Este novedoso mecanismo fue creado por el artículo 86 de la Constitución Política de Colombia de 1991. El mecanismo establece ciertas medidas coercitivas, como la prisión.

<sup>2</sup> Según la ley colombiana, se considera secuestro extorsivo “el que arrebate, sustraiga, retenga u oculte a una persona con el propósito de exigir por su libertad un provecho o cualquier utilidad, para que se haga u omita algo [...]” [artículo 268 del Código Penal, ley 40 de 1992].

De esta historia se pueden deducir varias cosas: que la condición de salud reclamada no era un problema de ocio o vanidad, ni se trataba una cirugía estética para embellecerse; que tampoco giraba en torno a un debate sobre el aborto o la eutanasia; que la atención no requirió trasplantes de médula ósea, tomografías computarizadas, ni una unidad de cuidados intensivos hasta la vejez y más allá, sino acceso a antibióticos genéricos y a un tratamiento digno; que hay una nueva lógica, cada vez más extendida, en el trabajador de hospital: hacer suya la 'empresa' y velar por sus intereses.

Años después, en Madrid, un respetado profesor latinoamericanista consideró que hablar de la salud como un derecho era 'un chiste', casi un acto de ingenuidad, porque se trataba de un asunto de políticas públicas y no de derecho. Según él, las políticas se construyen sobre realidades y el derecho, sobre principios abstractos<sup>3</sup>. A esto podríamos oponer las palabras de Habermas:

Normas como los derechos fundamentales, la garantía del procedimiento jurídico [...], etcétera, están formuladas inevitablemente en un alto escalón de abstracción. Estos principios tendrían que tener una vigencia universal, esto es, valer en todo momento y espacio, para todo y para todos y también para otras normas que enjuicamos según estas medidas<sup>4</sup>

También nos ayudan las ideas de Muñoz Machado sobre el caso español: [En la Ley de Sanidad] se observa una insistencia especial en el sometimiento de la acción sanitaria a principios jurídicos sólidos. Se trata de someter ésta a los postulados de la Constitución<sup>5</sup>. Es sabido que, para otros, en el caso de la salud, no estamos ante un derecho sino ante una 'necesidad, aunque para Galtung son las necesidades las causas últimas de los derechos<sup>6</sup>.

De la historia contada se podría criticar el uso instrumental que hice de la norma, casi su abuso, para forzar la atención al niño; pero de la noción del profesor se podría criticar su convicción de que las cosas que valen dinero están por fuera de la norma o de que la política se hace por encima y por fuera de las constituciones. Como dijo Fernando Savater, la Constitución no es *una* forma de hacer política sino *la* forma de hacer la política, cualquiera que sea su adjetivo (se incluye, claro, la política pública). Y como precisa Rubio, es cierto que las categorías jurídicas son maleables, pero "la maleabilidad de estas formas, su variedad, depende, sin embargo, del nivel de abs-

<sup>3</sup> En ese mismo sentido, pero sin usar el calificativo de chiste ni mostrar argumentos contundentes y más bien evadiendo el debate, véase Brody [1991, 113-131].

<sup>4</sup> Habermas [1998, 83, 84].

<sup>5</sup> Se refiere a la Ley General de Sanidad del 25 de abril de 1986. Véase Muñoz Machado [1995, 90].

<sup>6</sup> Galtung [1994].

tracción en el que nos situemos<sup>7</sup> y en el caso de los derechos humanos, el nivel de abstracción no es tangencial a la noción misma: es parte integral de ella. De nuevo en Colombia, es interesante observar cómo algunos pacientes alegan ante el médico su Derecho (con mayúsculas), así no sea claro para ellos lo que eso significa.

Cuando se busca el tema 'salud' en las bibliotecas, aparece cada día más asociado a la palabra economía. Ya abundan los textos de economía de la salud y se han sumado, a la clásica lista de especialidades médicas, la gerencia en salud, la administración hospitalaria, los círculos de calidad y un largo etcétera. Al superávit que muestre un hospital se puede anteponer el estado de salud ganado por el niño de nuestra historia: ¿por qué ha de ser mejor el superávit que el niño sano? (Pregunta no ingenua, sino peligrosa).

En 2001, la empresa tabacalera Philip Morris publicó un informe en el que se destaca el "efecto positivo" de las muertes prematuras derivadas del consumo de tabaco, ya que tales muertes contribuyen a "reducir el gasto sanitario" que se dispararía por la sobrevivencia de estas personas. "Es un estudio económico, ni más ni menos", dijo un portavoz de la empresa<sup>8</sup> (¿podría ser la salud un asunto "económico" ni más ni menos?) Un artículo sobre el costo de ciertos medicamentos comenzaba diciendo que "no se trata de un problema moral. Es mucho más serio: es un asunto pecuniario"<sup>9</sup>: otra forma de ver el mismo problema. También podemos usar en la selección de pacientes la fórmula de Hayek, cuyas ideas inspiraron parte de la reforma en salud de Chile: "beneficiaría al conjunto del género humano [que] los seres de mayor capacidad productiva fueran atendidos con preferencia, dejándose de lado a los ancianos e incurables"<sup>10</sup>. Por supuesto que hay un debate de recursos frente al que no somos ciegos, pero tampoco ingenuos. Al debate moral casi siempre se le pregunta aludiendo a los recursos: ¿y la cifras? Pero al debate económico hace sólo muy poco tiempo se le empieza a preguntar: ¿y el derecho?

¿Por qué preguntarle al derecho lo que se le debía preguntar a la ciencia política? ¿Por qué preguntarle al derecho lo que es materia de la economía?<sup>11</sup> Primero, porque es lícito preguntarle al derecho, pues estamos ante un asunto (la salud) sobre el que hay normas (justas o injustas, pero normas) en todas las partes del mundo y porque

<sup>7</sup> Rubio [1993, 667].

<sup>8</sup> "Un estudio de Philip Morris dice que la muerte por tabaco ahorra gasto sanitario", *El País*, Madrid, 17 de julio de 2001.

<sup>9</sup> "Recetas ruinosas", *El País*, Madrid 14 de octubre de 2002.

<sup>10</sup> Hayek [1975, 238].

<sup>11</sup> Es curioso que, en el caso colombiano, las noticias sobre salud y belleza aparezcan en la sección "salud", pero los problemas de la crisis hospitalaria y la regulación de los hospitales se muestran casi siempre en la sección 'economía'.

el marco de hoy es el llamado Estado de derecho. Segundo, porque la economía y la ciencia política (por lo menos una tendencia importante en esas disciplinas) parecen no dar la respuesta adecuada a la "necesidad" del niño en cuestión, sino a la preocupación del médico o, mejor, del dueño de la clínica (preocupación también válida y que no desconocemos). Tercero, porque en esta dinámica, tarde o temprano, esta señora que llama a la puerta de la economía sin hallar una respuesta satisfactoria y luego a la puerta de la ciencia política, con el mismo resultado, termina por acudir al recinto del derecho y el derecho tendría que responder. Creemos, con Rubio, en "la necesidad, inexcusable en un Estado de derecho, de dar solución jurídica a todos los conflictos imaginables"<sup>12</sup>.

## **CONTENIDO DEL DOCUMENTO**

El debate entre derechos humanos y salud es, por lo menos en Colombia, muy dinámico. Es además fruto, por una parte, de los debates sobre derechos humanos, sobre la salud, por otra, y sobre la conjunción de unos y otros. Por tanto, no puede haber pretensiones exhaustivas y definitivas en esta revisión, aunque sí se pretende contribuir a organizar el análisis. En Colombia proliferan documentos e interpretaciones, algunas muy parciales en reflejo de los muchos intereses que hay en el debate. Abunda literatura no necesariamente fiable, con cifras contradictorias (incluso dentro de las mismas fuentes oficiales, por ejemplo en materia de cobertura); Se observan nuevas interpretaciones de las viejas y las recientes normas y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) sigue produciendo un gran volumen de resoluciones que no alcanzan a ser conocidas cuando ya se derogan. En otras palabras, hay un mar de materiales sobre el tema con pocos puntos de profundidad.

### **Por capítulos**

El presente trabajo consta de ocho capítulos. El primero precisa los alcances de la investigación y su marco conceptual. Una de las preguntas que surgió con mayor preocupación cuando el estudio estaba en ciernes fue si existía o no el derecho a la salud y en caso de existir, cuáles eran sus límites. No era solo una falencia nuestra: en las primeras aproximaciones nos encontramos con una infinidad de definiciones de salud, más de cincuenta, y de imprecisiones sobre la exigibilidad de la salud como derecho humano.

Recurrimos entonces al estudio de ese debate sobre el derecho a la salud y construimos un marco de requisitos y de limitaciones del debate de la salud como derecho humano, una definición de salud como tal y citamos los que serían los elementos constitutivos de la salud susceptibles de exigibilidad jurídica. Los requerimientos se presentan en tres grupos: de contexto, de definición y de materialización.

---

<sup>12</sup>

Rubio [2002].

Creemos que la definición es útil no sólo para los efectos particulares de este estudio, sino porque permite el análisis de otras reformas en salud desde la óptica de los derechos humanos.

El segundo capítulo ubica el contexto en el que se produce el debate sobre la reforma de la salud en Colombia. En primer lugar, se habla de los antecedentes inmediatos de las reformas previas en salud determinadas en parte por la crisis de la deuda externa que afectó la región latinoamericana. Así pues, revisamos en conjunto las reformas a los sistemas nacionales de salud de América Latina, lo que permite afirmar que el modelo de salud colombiano se enmarca en procesos regionales que lo determinan.

Revisamos los estudios oficiales sobre la historia de la salud en Colombia hasta 1990. De allí se desprende el contexto social en el que se produce la reforma de comienzos de la década del 90. Se hace una descripción de los antecedentes del sistema de salud colombiano (historia, debates previos), su estructura actual (instituciones, organización del servicio) y sus planes de servicios.

Revisamos el grado de reconocimiento de la salud como derecho constitucional antes de 1991, que era casi nulo, y luego presentamos el salto dado en la Constitución de 1991 que reconoce la salud como derecho humano. Para esta afirmación nos servimos de numerosas sentencias de la Corte Constitucional y observamos con detalle los giros que la misma Corte ha tenido en la definición de la salud como derecho, unas veces con visión proteccionista, otras con mirada reduccionista pero, en todo, caso reconoce la existencia del derecho.

El tercer capítulo ilustra sobre el sistema de salud, materia de este estudio. Habla de sus instituciones y su estructura. Incluye además los planes de servicios y los criterios para su oferta, por parte del sector público o del sector privado y, por último, se refiere a los mecanismos previstos para su financiación.

La complejidad del sistema hace que su análisis sea difícil, por la proliferación de siglas, de instituciones y de niveles de decisión, y por la existencia de dos regímenes diferentes, lo que multiplica la dificultad. Esa complejidad preocupa, en mayor o menor grado, al director de un hospital rural, a un paciente que intenta acceder a los servicios e, irremediamente, a cualquier mirada académica que se haga del modelo de salud colombiano.

Para que se entienda, presentamos el modelo en forma sucinta, aunque sin renunciar a los matices que precisamente permiten entender los logros y/o fracasos del proceso de la salud como derecho en Colombia. Con ese propósito, revisamos casi todos los decretos emitidos entre 1994 y 2001 (sólo en el período 1994-1998 se emitieron 160 decretos<sup>13</sup>) y alrededor de 140 resoluciones del CNSSS.

---

<sup>13</sup> En 1994 se emitieron 56 decretos, en 1995, 49; 27 en 1996, 20 en 1997 y 8 en 1998. Véase Cardona y otros [1999, 38].

Los capítulos cuatro, cinco y seis se centran en las tensiones existentes entre los derechos humanos (usamos fuentes de la Corte Constitucional colombiana, algunas organizaciones no gubernamentales, ONG; académicos y trabajadores de la salud) y las nuevas normas y tendencias interpretativas por parte especialmente del Ministerio de Salud, las instituciones del sector y las entidades financieras con presencia en la oferta privada de servicios de salud. Estas tensiones se analizan a través del plan de servicios de salud (capítulo cuarto), de los problemas de acceso y cobertura (capítulo quinto) y de los debates de índole financiero (capítulo sexto).

Con respecto al plan de servicios revisamos los contenidos en los numerosos decretos gubernamentales y confrontamos los condicionamientos, limitaciones y exclusiones al plan de salud con las ampliaciones que hizo el juez constitucional por vía jurídica. La lista de condicionamientos afecta la salud mental, a los discapacitados, la práctica de transplantes, los medicamentos, las pruebas diagnósticas y la atención de las personas sin capacidad de pago.

Esa tensión entre la norma escrita por el legislador y la interpretación del derecho constitucional a la salud hecha por el juez constitucional se repite una y otra vez. Tanto ocurre, que no se puede insistir en que se trata de sentencias o de normas aisladas, sino que cada una tiene una tendencia propia, identificable, que resulta incompatible con la otra.

Podemos usar aquí las palabras de Foucault en relación con la articulación de nuestra crítica a la reforma en salud: "lo que tenemos que hacer con lo hechos banales es descubrir —o tratar de descubrir— cuál es el problema específico y tal vez original relacionado con ellos"<sup>14</sup>. Nuestro aporte al debate consiste en observar y recopilar diferentes elementos, como son las más de 115 sentencias de la Corte Constitucional citadas y los estudios técnicos hechos por instituciones como el propio Ministerio de Salud y tratar de articular los diversos hallazgos en un mapa integral. Si bien nos alimentamos también de fuentes periodísticas, no nos detenemos en ese nivel, sino que tratamos de articular esas informaciones cotidianas con las más duraderas normas emanadas por el Estado, para lograr una mirada académica, ordenada y sistemática que nos permita describir y analizar tendencias.

En el debate de la cobertura de los servicios de salud se presentan los argumentos estatales que afirman un avance en ese aspecto. Al mismo tiempo, se presentan datos que ilustran de manera contundente la crisis de los hospitales públicos y se explican las medidas adoptadas por el legislador y corregidas por la Corte Constitucional, en materia de cobertura a discapacitados, personas con VIH/sida, pacientes terminales, víctimas de las llamadas enfermedades catastróficas y personas desplazadas por la violencia.

14

Foucault [1988, 5].

En relación con el debate financiero, se presentan los mecanismos de financiación que contempla el modelo y los efectos que estos producen en el acceso de la población a los servicios de salud. Además, se recogen diferentes opiniones sobre el debate, cada vez más vigente, del límite adecuado para lograr el balance entre la equidad en los servicios y la sostenibilidad y viabilidad económica del sistema. Como se ve en las cifras citadas, el debate sobre la equidad no obedece a falta de recursos, sino al uso que se hace de ellos.

Resulta llamativo que los estudios y publicaciones sobre el tema desarrollan, casi siempre, una parte del debate, sin darle un tratamiento integral. Creemos que la contribución del presente estudio radica en la integración de diferentes estudios técnicos, opiniones calificadas (políticas o técnicas), cifras y datos consolidados, reclamaciones de los usuarios y sentencias de la Corte Constitucional.

El capítulo séptimo presenta elementos de aplicación de la ley 100 de 1993 (que reforma el sistema de salud) relacionados, agravados o surgidos con ocasión de su puesta en marcha. Son elementos que si bien no son un mandato legal, derivan de la aplicación de la norma o son posibles, precisamente, por vacíos de la norma, no siempre debidos a simples errores de proyección: algunos fueron objetivos perseguidos y sabidos desde la misma esencia de la ley 100.

Una herencia de los viejos modelos y las prácticas anteriores dentro del Sistema Nacional en Salud es que se agravaron o no se evitaron problemas como la corrupción y la evasión. Pero el nuevo modelo económico creó fenómenos que se deben mencionar: la flexibilización de las relaciones laborales en el sector salud y el paradigma de la administración. La reforma del sector salud ha producido una pérdida sensible en su autonomía (como lo demuestran varios estudios citados), la búsqueda de la rentabilidad financiera como fin y no como medio, la aparición de un intermediario entre el hospital y la persona que requiere los servicios de salud. Todas estas realidades afectan, aún más, la garantía del derecho a la salud y modifican la aplicación misma de la reforma en salud de 1993.

Cada uno de estos elementos se mira a través de investigaciones de la Federación Médica Colombiana, informes estatales, entrevistas y experiencias directas publicadas. Aquí, como en el capítulo cinco, el objetivo es explicar de una manera integral a las preguntas de un sinnúmero de personas (médicos, gerentes, pacientes, personal de salud en general) sobre el porqué de los fallos del sistema.

Nos preocupa que la falta de información organizada sobre el sistema de salud genere una sensación de ignorancia absoluta. En ese contexto, es comprensible que, en la cotidianidad de los consultorios y de los hospitales, se culpe por las fallas del sistema a las personas concretas (médicos, pacientes, etcétera), a su cara pública (el empleado hospitalario), al último eslabón de una serie de decisiones y nunca al propio sistema. Por eso resulta novedoso este estudio, en cuanto mirada

académica e integral para que se entiendan de otra manera las responsabilidades y el origen de los problemas.

En el octavo y último capítulo se presentan las conclusiones del trabajo. Se retoman algunos de los debates abiertos en los capítulos anteriores y se fija una posición en relación con aspectos como la instrumentalización de los principios de la reforma y el deber ser del Estado en la garantía del derecho a la salud.

En concreto, la contribución de este trabajo es: a) la formulación de un marco teórico que permite hablar del derecho a la salud, para analizar desde los derechos humanos las reformas en salud; b) la revisión de fuentes antes ignoradas o, mejor, no abordadas en conjunto, desde la óptica de los derechos humanos; esto se debió en parte a los prejuicios sobre la definición de salud y a la idea arraigada de que las políticas públicas no guardan relación con los derechos humanos; c) la configuración de un panorama más amplio gracias al enfoque del trabajo, que permite también explicar comportamientos, problemas y tensiones de los diferentes actores e instituciones del sistema. Una mirada más amplia permite trascender de la nota periodística o de la norma aislada, para presentarlas integradas en un proceso que ya cumple 10 años.

### **Descentralización y participación comunitaria**

Por último, hay dos temas recurrentes en el debate sobre salud en Colombia, que son tangenciales en el marco de este trabajo y por ello solo los abordaremos en seguida en forma breve: uno es el proceso de descentralización en salud, las experiencias locales<sup>15</sup> y las diferentes respuestas del orden departamental y municipal a la reforma<sup>16</sup>. La razón de dejarlo al margen es que tratándose del análisis de normas de orden nacional, más allá de particularidades de aplicación, la descentralización como fenómeno político poco aporta al debate sobre principios constitucionales, máxime cuando la jurisprudencia tampoco ha hecho énfasis especial en tal asunto. Como lo entiende Muñoz Machado, citando al Tribunal Constitucional español, lo que se pretende al fijar unas bases generales para los servicios de salud "es que tales bases tengan una regulación normativa uniforme y vigencia en toda la nación", más allá de las particularidades que luego se den en cada autonomía o en cada región<sup>17</sup>.

Solo precisaremos que, para el Estado, la descentralización es el mecanismo con el que se salvan los modelos centralistas, estatistas e ineficientes que acompañaron la administración pública hasta la Constitución de 1991. La descentralización

---

<sup>15</sup> Véase, por ejemplo, VV.AA [1996].

<sup>16</sup> Para el caso de salud y educación, véase Mascarreño [1996].

<sup>17</sup> Tribunal Constitucional, Sentencia 32/1983, Madrid, 1983. Citado en Muñoz Machado [1995, 104].

del sector salud se apoya en la elección popular de alcaldes y el aumento de la democratización de las instituciones en el país, las distribuciones del Situado Fiscal, y la reforma a la seguridad social. Pero estos procesos no son aislados sino que están incrustados en las megatendencias y los cambios que en este mismo sentido se dan en todo el aparato estatal.

La descentralización administrativa se entiende como el traslado total de las competencias y recursos de la Nación a las entidades territoriales para su administración autónoma y comporta la adecuación y modernización institucional, con el fin de mejorar los servicios públicos y la ampliación de las coberturas actuales<sup>18</sup>. Según la ley, “las Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud tendrán plazo hasta el 1o. de junio de 1997 para presentar al Ministerio de Salud el plan de ampliación de coberturas, mejoramiento de la calidad, de gestión y de descentralización”<sup>19</sup>.

Pero para las autoridades municipales, la descentralización, especialmente en los municipios pobres y pequeños, es sinónima de abandono de la salud. Es decir, descentralizar no es distribuir herramientas de poder sino desconcentrar problemas. Y esta última definición no es gratuita, sino fruto de la dinámica vivida desde que el municipio recibió todas las responsabilidades administrativas y financieras sin las herramientas necesarias para atender los requerimientos y desarrollar el sector de acuerdo con las necesidades de la población, sin capacidad administrativa y sin recursos financieros. Lo cierto es que en 1999 estaban descentralizados en salud 16 de los 32 departamentos y 361 de los 1084 municipios<sup>20</sup>.

El segundo tema recurrente en los debates es la participación comunitaria en salud, figura que ha tomado fuerza desde la década del 80, fortalecida con la noción de Atención Primaria en Salud y la descentralización. Según la norma, “las personas naturales y jurídicas participarán a nivel ciudadano, comunitario, social e institucional, con el fin de ejercer sus derechos y deberes en salud, gestionar planes y programas, planificar, evaluar y dirigir su propio desarrollo en salud”<sup>21</sup>. Con ese fin se establecen formas de participación<sup>22</sup> y mecanismos como los servicios de aten-

<sup>18</sup> Sobre las políticas del Ministerio de Salud y directrices de la OPS/OMS en materia de descentralización en salud, véanse, entre otros, Minsalud [1990, 1994a, 1994b] y OPS [1993].

<sup>19</sup> Artículo 20, ley 344 de 1996.

<sup>20</sup> Cardona y otros [1999, 42].

<sup>21</sup> Artículo 1, decreto 1757 de 1994, “por el cual se organizan y establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud”.

<sup>22</sup> “[...] Se definen las siguientes formas de Participación en Salud: 1. La Participación social, es el proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud respondiendo a intereses individuales y colectivos para la gestión y dirección de sus

ción de usuarios, los comités de participación, las asociaciones de usuarios y la co-participación en las instancias de dirección de las instituciones de salud.

Históricamente, la participación comunitaria en las políticas de salud ha sido nula. En algunos casos, se convirtió en instrumento de intervención estatal para vincular grupos sociales a diferentes tareas. Sobre esto, dos preguntas: ¿la participación comunitaria inducida desde el Estado es instrumento de integración vertical o puede ser puntal para ampliar el ejercicio de democracia por parte de las clases y grupos subordinados? ¿Hasta qué punto los programas de participación comunitaria son un mecanismo de traslado de funciones del Estado a las comunidades y hasta qué punto sirven a la actividad autogestora o al fortalecimiento de la organización social?

En el caso colombiano, estas figuras aparecen desde antes de la ley 100 e incluso antes de la Constitución de 1991<sup>23</sup> y luego se consolidan como principios de la reforma en salud. Además de ser un principio, en el desarrollo de servicios, aparecen las Empresas Solidarias en Salud, que son, como veremos más adelante, otra forma de participación comunitaria o, más exactamente, de articulación de las redes sociales en la oferta de servicios. Salvo el caso de estas últimas empresas a las que nos referiremos en detalle, las otras modalidades de la llamada participación comunitaria no aparecen en este trabajo por razones teóricas y prácticas.

Desde el punto de vista teórico, el *boom* de la sociedad civil ha llevado a llamar en Colombia participación y/o sociedad civil a un sinnúmero de instancias que no parecen susceptibles de alguna 'taxonomía académica' que desenrede la madeja. Se asume que todo es objeto de la participación y en espacios proclives a los conceptos porosos, como el de la salud, la participación ha significado más un comodín —para explicar problemas y ofrecer soluciones etéreas— que una realidad clara.

Por otro lado, la noción de participación en salud no es transparente. En forma contraria a la mayoría de gobiernos y de ONG de derechos humanos de la re-

---

procesos, basada en los principios constitucionales de solidaridad, equidad y universalidad en la búsqueda de bienestar humano y desarrollo social. La participación social comprende la participación ciudadana y comunitaria, así: a. La participación ciudadana, es el ejercicio de los deberes y derechos del individuo, para propender por la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria y aportar a la planeación, gestión, evaluación y veeduría en los servicios de salud. b. La participación comunitaria es el derecho que tienen las organizaciones comunitarias para participar en las decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría en salud. 2. La participación en las Instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, es la interacción de los usuarios con los servidores públicos y privados para la gestión, evaluación y mejoramiento en la prestación del servicio público de salud" [artículo 2, decreto 1757 de 1994].

23

Véase decreto 1416 de 1990, "Por la cual se reglamenta la participación comunitaria en los servicios de salud".

gión nos preguntamos por qué debe haber participación y por qué en salud<sup>24</sup>. Además, desde la noción de los derechos humanos, aceptar la existencia de grupos de presión (antes llamados grupos de interés o movimientos sociales y ahora sociedad civil) desdice de la misma noción de democracia: muchas veces en vez de favorecer la comunicación entre el Estado y el ciudadano, lo que hace es monopolizarla, al menos como sucede en Colombia. En este trabajo no reivindicamos el lícito ejercicio de las asociaciones de usuarios ni de sus exigencias corporativistas, sino el de la persona —como tal y sin más títulos— frente al Estado.

El aspecto práctico es que la participación en salud es de efímero resultado y su poder, prácticamente inexistente. En Colombia, los niveles presentados por la División de Atención a la Comunidad del Ministerio de Salud muestran que las comunidades no participan en los programas de administración de su salud<sup>25</sup>. Y sus funciones, en los casos en que participan, consisten más en asumir los deberes que corresponden al Estado, más que en contar con un lugar en los espacios de definición de las políticas o de distribución de los presupuestos. Los Comités de Participación Comunitaria, por ejemplo, no tienen asiento en el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud<sup>26</sup>.

La participación comunitaria en salud ha tenido varios tipos de accionar: a) la acción reivindicatoria (discrepancias entre la oferta y la demanda de los servicios de salud, críticas a la calidad de los servicios), b) acción tipo mutual (brigadas de aseo, quemas de basura, limpieza de pozos) y c) la formación de grupos de salud (comités de participación comunitaria, comités de salud, promotoras). Pero esas labores se han desarrollado más en la perspectiva de remendar que de exigir. Las acciones de tipo reivindicativo y la mentalidad asistencialista, también propia de las comunidades, hace que haya una tendencia a orientar la inversión hacia la construcción de infraestructura física y dotación de hospitales, puestos y centros de salud, en detrimento de programas de salud, prevención de enfermedades y control de los factores de riesgo.

Participar para reemplazar al Estado o para perpetuar prácticas clientelares no sería precisamente una opción perseguida desde los derechos humanos. Sin embargo, habría una posibilidad, si recordamos que los comités de participación comunitaria en salud tienen las siguientes funciones: intervenir en las actividades de planeación, asignar recursos y vigilar, controlar el gasto, participar en el proceso

---

<sup>24</sup> En América Latina, tanto las leyes nacionales como las posturas de las ONG coinciden en las ventajas de la participación comunitaria, pero falta claridad sobre qué significa exactamente para cada cual esa participación.

<sup>25</sup> Entrevista personal con Carolina Prada, jefe de la División de Atención a la Comunidad del Ministerio de Salud, 1999.

<sup>26</sup> Artículo 171, ley 100 de 1993.

de diagnóstico, programar, controlar y evaluar los servicios de salud, gestionando su inclusión en el plan de desarrollo del respectivo municipio, y participar de manera prioritaria en los programas de atención preventiva, familiar extrahospitalaria y de control del medio ambiente.

Así, la participación integral podría entenderse no sólo como intervención de las organizaciones sociales 'populares' en la esfera del consumo o de satisfacción de las necesidades inmediatas, sino también en los niveles de decisión económica y política y en la formación de ciudadanos antes que de consumidores. Pero esta noción está lejos de la del modelo dominante de participación. Una posibilidad es que esos comités desarrollen las veces de veedores del cumplimiento del derecho a la salud, lo que implica trabajar para que las comunidades no vean más el derecho a la salud como una obra de caridad o una dádiva del Estado, un fin ajeno a este estudio.