

Publicado en la Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2002; 20(1): 117-133

La dimensión económica y política de los servicios de atención en salud: un aporte general para el derecho a la salud y la justicia sanitaria en Colombia*

The economic and political dimensions of health services: a general contribution for the right to health and to the sanitary equity in Colombia

*Juan Darío García L.¹
Beatriz Caicedo V.²*

Resumen

Este trabajo tiene como propósito analizar de una forma integral y sistemática las diversas dimensiones conceptuales de los servicios de atención en salud. La utilización de los conceptos básicos de la disciplina económica, la discusión de algunos planteamientos relacionados con el mundo de la política y el reconocimiento de la importancia y el valor moral de los derechos humanos tienen la finalidad no solo de describir la complejidad de un servicio económico que, en muchos casos, está directamente relacionado con la vida, sino también de contribuir con elementos de juicio más rigurosos en el actual debate sobre el derecho a la salud en Colombia, por ejemplo, las sutiles diferencias entre *bien público* y *servicio público* y sus implicaciones más destacables desde la perspectiva de la *justicia sanitaria*.

Palabras clave

Servicios de atención en salud, derecho social, bienes públicos, bienes privados, derecho a la salud, justicia sanitaria

* Ponencia presentada en el VIII Congreso Latinoamericano de Medicina Social, La Habana, Cuba, julio 2000.

¹ Economista, ex profesor Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. E-mail: jdgalo@hotmail.com.

² Estudiante, gerencia de sistemas de información en salud, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. E-mail: beatricaicedo@hotmail.com.

Recibido: 22 de junio de 2001. Aceptado: 14 de febrero de 2002

Abstract

This article has the purpose to identify wholly and systematically the different conceptual dimensions related to health services. Utilizing the basic concepts of the economic discipline, the discussion of some debates related to political issues, and the approach to the importance of the view of human rights point of and their moral values, this article has the intention not only to describe the complexity of a economic service that in many cases is directly related to life, but also to contribute with rigorous elements of discussion to the modern debate about health right —for instance, the differences between “public goods” and “public services”— and its implications from the perspective of “sanitary justice”.

Key words

Health services market, social right, public goods, private goods, health rights, sanitary justice

Introducción

Una de las mayores conquistas de la Constitución Política de Colombia de 1991 fue plasmar de manera explícita un conjunto importante de derechos económicos, sociales y culturales. Pero la creciente y legítima reivindicación de esos derechos, llamados convencionalmente de *segunda generación*, no necesariamente ha estado acompañada de un análisis claro y preciso sobre sus implicaciones y alcances. En efecto, existen no solo notables ambigüedades y confusiones conceptuales y prácticas para identificar la naturaleza y las características de un bien o servicio concreto elevado al “estatus de derecho”, sino que se pretende desconocer, primero, la realidad económica de la *escasez de recursos* que condiciona, en buena medida, la realización progresiva de los derechos económicos, sociales y culturales y, segundo, ignorar o evadir, la compleja discusión que necesariamente está presente cuando se trata de determinar el mecanismo social más idóneo que permita una *distribución justa* de los recursos económicos.

El derecho a la salud en Colombia no ha estado exento de esas omisiones y limitaciones. Desde la adopción de la Ley 100 de 1993, que reglamentó toda la base normativa y legal del nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud, se ha generado una cantidad importante de debates, uno de los cuales ha centrado su atención en los impactos del proceso de implementación de dicha ley sobre el derecho fundamental a la salud. Se argumenta que un derecho social tan íntimamente relacionado con la vida humana digna es muy valioso como para reducirlo a un mero objeto mercantil. Esta concepción tiene cierta validez, pero es necesario comprender, primero, que el derecho prestacional a unos *meritorios servicios asistenciales* de salud no necesariamente refleja toda la dimensión del derecho a la salud y, segundo, que su realización efectiva implica la utilización de recursos económicos que deben, en principio, ser asignados eficientemente.

El propósito de este trabajo es precisamente tratar de arrojar algunas luces conceptuales y prácticas sobre la discusión arriba planteada. Se parte de considerar que la defensa seria y objetiva de un derecho prestacional relacionado con la salud debe hacerse con todos los elementos de juicio que permitan entender las diversas dimensiones analíticas del bien o servicio que, en un momento determinado, se considere socialmente como responsable de la realización material y efectiva de ese derecho en cuestión. Por ello, la perspectiva explicativa del texto comienza por retomar los aspectos más elementales de la disciplina económica (dimensión económica), para ir develando gradualmente la dimensión compleja de los servicios de atención de salud. Posteriormente, la lógica argumental obliga al estudio de la dimensión política que adquieren algunos bienes o servicios que, por su aporte al desarrollo de una vida humana digna y saludable, se elevan al estatus de derechos sociales exigibles en justicia para todos los miembros de una sociedad.

El documento tiene como eje central los servicios de atención en salud y se divide en tres partes. La primera desarrolla la dimensión económica. Se inicia, entonces, con la identificación de los razonamientos conceptuales básicos que permitan aseverar por qué los servicios de atención en salud poseen una clara e incuestionable naturaleza económica. Posteriormente se analizan las condiciones generales que hacen que los bienes y servicios puedan ser objeto o no de intercambio mercantil. En este sentido, el desarrollo de la exposición exige abordar un asunto que está impregnado de cierta ignorancia o apasionamiento: negar el carácter principalmente de “bien privado” que tiene una importante gama de servicios de atención en salud.

Después de justificar esta última afirmación mediante un breve examen de la teoría de los bienes públicos, de los derechos de propiedad y del criterio técnico de las llamadas externalidades negativas y positivas, se continúa con la descripción más puntual de las características particulares que tiene ese bien privado, las cuales permiten deducir que la asignación más eficiente de los recursos para su producción no se pueda realizar plenamente por medio de un “mercado perfecto”. De esta manera se estaría pasando obligadamente a la exposición de las razones y fundamentos para que, con base en diferentes “arreglos institucionales”, el Estado intervenga en la garantía, financiamiento o provisión directa de un bien que por sus características generales no es público en estricto rigor.

La segunda parte del trabajo se ubica en la frontera entre el análisis económico y político del derecho prestacional a los servicios de atención en salud. Como derecho exigible y justiciable, es obligación del Estado actuar positivamente para garantizar el acceso universal de lo que se tipifica en la legislación como un “servicio público”. Y es aquí donde precisamente se hace necesario tener cuidado, porque no necesariamente es válido decir que un “servicio público” es igual a un “bien público”. Aparece, pues, la necesidad de concentrar la atención en la caracterización de los llamados “bienes meritorios”, de los cuales la teoría económica convencional no tiene elementos para una definición satisfactoria.

La tercera parte sólo se limita a hacer una exposición muy general sobre el aporte que hace la justicia sanitaria al debate sobre el derecho prestacional a unos servicios básicos de atención en salud en Colombia. De igual manera, y teniendo como referencia los bienes meritorios, se hace una alusión muy breve a lo que podría denominarse “justicia distributiva sanitaria”, tema que puede desencadenar interesantes estudios sobre la óptima combinación entre la eficiencia y la equidad en el sector sanitario y el justo papel interventor del Estado.

La dimensión económica

De la naturaleza económica

La pregunta inicial obligada es: ¿cuáles serían los argumentos básicos para poder definir la naturaleza económica de las cosas materiales o inmateriales que provee el mundo que habitamos? De entrada, es oportuno decir que no todas las cosas contienen naturaleza económica y que esta no necesariamente permanece inmutable a lo largo del tiempo.

Existen dos conceptos que, analizados de manera simultánea, permitirían determinar no solo la naturaleza económica sino el valor de intercambio de las cosas: la *finitud* y la *finalidad*. Primero que todo, las restricciones propias del espacio físico natural del mundo les otorgan, de hecho, el carácter indiscutible de *finito* a las cosas. Pero sólo cuando esa limitación (“escasez”) se asocia de manera directa con la posibilidad real que tienen esas cosas de cumplir con la *finalidad* de satisfacer necesidades, deseos o preferencias, es posible hablar, en rigor, de la naturaleza económica de las cosas del mundo natural.

Como podrá deducirse, la naturaleza económica de las cosas no es absoluta y, por ende, puede sufrir transformaciones en momentos históricos determinados (revoluciones científico-tecnológicas, cambios en la valoración individual y social de las cosas, etc.). Así, es claro que en un momento específico pueden existir, por ejemplo, cosas *finitas*, pero si no cumplen con la *finalidad* de ser importantes como “satisfactores” de necesidades o deseos, tanto su naturaleza económica como su valoración respectiva no tendrían lugar.*

Y es aquí precisamente donde la disciplina económica, llamada también la ciencia de la escasez y la elección, hace su aparición. El objeto de esta disciplina no solamente es analizar la forma como las personas en sociedad organizan la producción, la distribución y el consumo de bienes y servicios económicos, sino también proponer la mejor opción que permita resolver el clásico dilema entre la asignación eficiente de unos bienes y servicios finitos (o económicos) y la satisfacción de necesidades humanas y sociales juzgadas convencionalmente como infinitas.*

* En el contexto de una reflexión similar, Diego Gracia afirma que “... El valor económico sólo aparece cuando el ser humano es capaz de convertir los recursos naturales en posibilidades de vida (...) Y eso es lo que constituye la riqueza, el conjunto de posibilidades positivas de vida que posee un individuo o una sociedad”.

* En la literatura económica este dilema es utilizado con frecuencia como un “dogma de fe”. No obstante, cada vez más es necesario establecer la diferencia que puede haber entre unas necesidades básicas (no

En el marco de esta elemental argumentación, ¿poseen los servicios de atención en salud naturaleza económica y es posible fijarles un precio? Sin ninguna duda. Esto, por el simple hecho, primero, de que para su producción es necesario utilizar recursos finitos (insumos, personal humano capacitado, infraestructura física y tecnológica, financiación, etc.); y segundo, porque la finalidad es satisfacer una necesidad relacionada, en parte, con la salud y esta, a su vez, conexas con las posibilidades de una vida digna y durable.

De los bienes y servicios mercantiles (tangibles) y no mercantiles (intangibles)

De la naturaleza económica de los bienes y servicios económicos se desprende una serie de implicaciones importantes. En efecto, la producción de cualquier bien o servicio escaso significa un costo social de oportunidad,^{**} que puede reflejarse, por ejemplo, por medio de su valor de cambio. Pero al mismo tiempo, cuando el valor de un bien o servicio pueda ser determinado por el mecanismo general de los intercambios, es posible hablar de bienes y servicios *mercantiles tangibles*.

Si se retoma la reflexión sobre la finitud y finalidad de las cosas del mundo natural, es obvio que no todas las necesidades humanas y sociales son susceptibles de ser satisfechas con bienes y servicios mercantiles tangibles. Por ejemplo, la libertad, la justicia, la autonomía, la protección, el sentido de pertenencia social, la salud, la educación, etc., son un tipo de bienes o servicios que, ya sea por su grado de intangibilidad o por sus implicaciones morales o éticas, no es factible adquirirlos en el mundo del intercambio económico. A esta clase particular de bienes y servicios se le llama precisamente *no mercantiles intangibles*.^{***} No obstante, ellos pueden ser indirectamente bienes y servicios económicos, puesto que no es posible soslayar el hecho de que para “producir”, por ejemplo, justicia sea imprescindible utilizar recursos, bienes y servicios escasos que implican indiscutiblemente unos costos sociales de oportunidad.

De esta manera, entonces, ¿es posible afirmar que la naturaleza económica de los servicios de atención en salud pueda estar clasificada dentro de los servicios mercantiles tangibles?

propiamente ilimitadas) y los deseos y/o preferencias que, de acuerdo con el comportamiento humano, son muy susceptibles de ser infinitas.

^{**} Esto quiere decir que dado el carácter limitado de los recursos económicos, la sociedad tendrá que tener en cuenta que la producción adicional de unos bienes y servicios siempre implicará manteniendo constante otras variables, el “sacrificio” de producir otros bienes y servicios.

^{***} Esta particular clasificación de bienes y servicios mercantiles y no mercantiles es usualmente utilizada para identificar las “titularidades” y las “dotaciones iniciales” necesarias para que las personas puedan poner en acción sus capacidades y así elevar sus posibilidades de vida. En este sentido y tomando como eje los presupuestos teóricos y conceptuales de Amartya Sen, en Colombia se han hecho sugestivos análisis desde diferentes perspectivas problemáticas. Véase, por ejemplo, Corredor C. El problema de la pobreza: una reflexión conceptual. Bogotá: Universidad Nacional, Colciencias, Cinep; 1999. También, Bernal J. Propuesta sobre política económica y social para la equidad y la paz: la economía en la mesa de negociaciones. Bogotá: 1999.

En principio, y de acuerdo con el breve análisis hasta aquí realizado, no habría objeción alguna. En la misma condición estarían, por ejemplo, los servicios de enseñanza, el bien alimentos, la vivienda, etc. En este tipo de bienes o servicios, los derechos de propiedad respectivos podrían confrontarse en una relación de intercambio, de tal manera que tanto los productores como los consumidores se beneficiarían de manera exclusiva y personal. Además de que su producción implica un costo social de oportunidad, los servicios de atención en salud podrían ser intercambiados en un tipo de mercado que, a propósito, tiene unas características particulares que serán identificadas más adelante. Pero antes de avanzar con mayor rigor sobre este asunto, es necesario diferenciar, primero, el carácter público y privado (o mixto) que poseen los bienes y servicios económicos.

De los bienes públicos y privados

La teoría económica ha fijado ciertos criterios generales para clasificar claramente los bienes y servicios entre públicos y privados. Sin embargo, en la práctica no siempre es fácil hacer una diferencia categórica entre la gran heterogeneidad de los bienes y servicios existentes. Primero que todo, es necesario reconocer que no todos los servicios de atención en salud presentan un carácter unívoco y que, por el contrario, la frontera entre lo público y lo privado no siempre es clara.*

Son ampliamente utilizados, en efecto, dos criterios analíticos para identificar el carácter público y privado de los bienes y servicios: el principio de no exclusión y el consumo rival. Para J. Stiglitz,³ un “bien público puro” sería aquel donde técnicamente no es posible, o es infinitamente costoso, excluir a las personas que lo disfrutan, o, en otros términos, se podría decir que una vez producido un bien público puro, los beneficios se generalizan indivisiblemente y sin exclusividad a toda la sociedad. De otra parte, como los bienes públicos no presentan rivalidad en el consumo, no cuesta nada que otra persona más disfrute de sus beneficios.** Por oposición, “el carácter privado” de un bien o servicio se identificará, de un lado, por la casi absoluta posibilidad de excluir a los reales y/o potenciales beneficiarios (exclusión que se puede llevar a cabo por medio no sólo del mecanismo de los precios sino de criterios sociales o políticos de selección, etc.), y del otro, por la característica consustancial de cualquier bien o servicio privado: el consumo individual de un bien rivaliza o compite con el que pretenda hacer otra persona del mismo bien o servicio.

De otra parte, existe un criterio adicional que podría ayudar a definir con más precisión no sólo el carácter público y privado de los bienes y servicios, sino el mecanismo más racional

* Musgrove afirma: “El sector de la salud es complejo, y las condiciones de los países tan diferentes, que la teoría económica en sí misma constituye una guía inadecuada para establecer, por un lado, dónde debe trazarse la frontera entre la economía privada y la acción del Estado; y por el otro, cuáles son las intervenciones estatales que deben tomarse en cuenta y hasta qué punto”.

** El ejemplo clásico del bien público puro es la defensa nacional: una vez creados los dispositivos de seguridad territorial, no es posible excluir o discriminar a persona alguna de protección en caso de una agresión externa; además, el costo que implica la protección de una persona adicional es prácticamente nulo (el costo marginal es cero).

para su provisión social e individual: los *derechos de propiedad*. El principio de exclusión propio de los bienes privados garantiza la protección del derecho de propiedad, lo cual permitirá, en principio, que el intercambio de dichos bienes y servicios se pueda realizar de manera más eficiente mediante el mecanismo de los precios. Al contrario, los derechos de propiedad de los bienes públicos no son, por su naturaleza, exclusivos ni fáciles de identificar (no es muy factible, además, que las personas revelen sus preferencias por medio del precio). Todo esto implica que para su provisión se hace necesario la presencia de otros “arreglos institucionales” diferentes al mercado, ya que ninguna persona estaría dispuesta a producirlos.* En el campo general de la atención a la salud, es posible destacar como bienes o servicios públicos, entre otros, los siguientes: el control sanitario y epidemiológico, la protección ambiental y de alimentos, la información sobre acciones de promoción de la salud y protección de las enfermedades, la investigación científica, etc.

Hasta aquí debe ser claro que, técnicamente, los servicios asistenciales de atención en salud soportan el principio de exclusión (es posible discriminar a las personas, en función, por ejemplo, de la capacidad de pago), y también son susceptibles de rivalidad para su uso (las listas de espera tradicionales para obtener un turno: consultas, hospitalizaciones, ayudas diagnósticas, medicamentos, cirugías, etc.). Desde esta argumentación, es fácil clasificar dichos servicios en el campo analítico de los bienes y servicios privados (o con un carácter de beneficio exclusivo), donde además es posible identificar claramente los derechos de propiedad. Empero, no se puede pasar por alto que se hace referencia a un servicio privado que, por sus características particulares, emite o produce unos efectos externos juzgados como positivos para el conjunto de la sociedad (por ejemplo, las jornadas educativas en salud preventiva, las vacunas o el tratamiento de enfermedades contagiosas como el sida, la malaria o la tuberculosis). De ahí que sea necesario introducir, finalmente, otro de los criterios técnicos usualmente utilizado para definir, en parte, el carácter público o privado de los bienes y servicios económicos: las externalidades.

De las externalidades

Desde una concepción general, las externalidades podrían definirse como la expresión de un fenómeno natural y social producido por las interacciones propias del mundo que habitamos los seres vivos. Por ejemplo, se podría pensar en los efectos, positivos o negativos, que recibe un individuo o un sistema natural, pero que son ajenos o externos a su propia voluntad. Convencionalmente el análisis económico utiliza ese fenómeno de las externalidades para dirimir, en parte, el carácter público o privado de los bienes y servicios y, así mismo, poder determinar si es el mercado, el Estado u otros mecanismos sociales mixtos los que permitan una asignación más óptima. De un lado, se argumenta que los bienes y servicios privados puros se caracterizan por no tener *costos ni beneficios externos*.

* Es conveniente reiterar que la producción de los bienes y servicios públicos tiene un costo social, pero que una vez producidos no es fácil o posible representar o recuperar ese valor en un mercado, sea por un criterio técnico o moral. Véase un análisis sobre el particular en Julia Barragán. Eficacia y eficiencia en los servicios sociales. En: Uribe C. Políticas y servicios sociales para el siglo XXI. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 1999.

Y del otro, se asevera que los bienes públicos puros son considerados como un caso extremo de las externalidades.

El análisis para identificar el carácter público o privado de los bienes y servicios puede ser útil teóricamente. No obstante, poco sirve en la práctica para comprender, por ejemplo, la compleja mixtura que en la realidad encierran los servicios de atención en salud.** Sobre este interesante asunto, las reflexiones de P. Musgrove² permiten cuestionar, en gracia de discusión, dos afirmaciones que con mucha frecuencia se utilizan sobre este tema. La primera es que las externalidades son propiedad exclusiva de los bienes públicos. Esta afirmación no se compadece con ciertos casos donde, sin perder su carácter privado, algunos servicios de atención en salud emiten importantes externalidades positivas. Aunque existen algunas actividades médicas privadas con casi nulas externalidades (por ejemplo, una diálisis renal, una apendicitis, un trasplante de órganos, etc.), otras tantas exhiben, pese a su carácter privado, un grado relativamente importante de externalidades (por ejemplo, la erradicación de la hepatitis o la vacuna contra el sida, etc.) En ese orden de ideas, también se podría sugerir que no todas las intervenciones curativas se constituyen exclusivamente en bienes privados puros. La segunda afirmación se refiere al hecho de que una vez definido el carácter público o privado de los bienes y servicios, se infiere, casi automáticamente, que el tipo de intervención es pública y privada, respectivamente. Sobre esto último, el argumento de Philip Musgrove es contundente: “Si bien la distinción entre bienes públicos y privados es fundamental, no define por sí misma el límite apropiado entre acción privada o estatal. Más aún, la frontera entre los bienes públicos y los privados no está precisamente definida, porque algunas intervenciones proveen externalidades sustanciales”.²

En suma, entonces, el análisis de las externalidades no resulta ser del todo convincente cuando se trata de delimitar de manera absoluta el carácter privado o público de un conjunto de actividades relacionadas con los servicios de atención en salud. Empero, dicho análisis resulta parcialmente pertinente si el propósito es evaluar un mecanismo que, con base en una estructura particular de incentivos económicos, permita una más eficiente asignación de los recursos escasos involucrados en la producción de los bienes y servicios. Por eso hay que recordar siempre que en presencia de actividades que generan externalidades “[...] la asignación de los recursos que realiza el mercado puede no ser eficiente”.⁴

Del “mercado imperfecto” de los servicios de atención en salud

El “mercado perfecto” es una construcción teórica y conceptual que la escuela neoclásica de la disciplina económica ha diseñado con el fin de mostrar cómo en circunstancias perfectamente competitivas, la asignación de los recursos escasos se realiza de la manera más eficiente posible. Pero se espera dejar claro —para adelantarnos un poco— que los

** Fernando Ruiz plantea, referenciando a Cutler (Public Policy for Health Care), que “la discusión deriva del alto número de externalidades asociadas a los servicios de la salud: *un bien privado con muy amplias implicaciones de bien público*” (énfasis nuestro).

servicios de atención en salud están, en realidad, muy alejados de cumplir con los requisitos plenos que exigen los mercados perfectos.*

Bajo los preciados principios de soberanía del consumidor y de libertad de empresa, la teoría económica neoclásica de los mercados competitivos identifica una serie de supuestos generales sin los cuales no es posible lograr el “óptimo”:

- Información perfecta sobre precios y calidad.
- Una cantidad significativa de compradores y vendedores de bienes y servicios homogéneos, de tal forma que nadie tiene el poder de imponer precios y cantidades.
- Los bienes y servicios son privados puros, es decir, son completamente comercializables y no generan externalidades de ninguna naturaleza.

Los “fallos del mercado” aparecen, entonces, cuando se presenta ausencia o violación de estos supuestos. Y es aquí precisamente donde surge, en el nivel teórico y práctico, una justificación objetiva para que la sociedad adopte diferentes formas de intervenciones públicas (“arreglos institucionales”). El objetivo de esas intervenciones es subsanar esa situación imperfecta de mercados y lograr, así, una mejor solución a la asignación de recursos por fuera del mercado.* Además, es necesario decir que la teoría económica convencional también presenta otros argumentos para la intervención del Estado, como por ejemplo, corregir desequilibrios macroeconómicos y promover la equidad social.

Para seguir estimulando la reflexión, ¿cuáles serían, entonces, “los fallos del mercado” de los servicios de atención en salud? Antes de la respuesta respectiva, es importante decir que se parte de la premisa de considerar que las características consustanciales de dichos servicios tienen ciertos “componentes naturales” que hacen que casi siempre el mercado en cuestión esté sujeto a permanentes acciones de dirección, regulación y control por parte de las autoridades públicas respectivas.

La *certidumbre* es uno de los supuestos que se encuentra implícito en la teoría de los mercados competitivos. Esta consiste en el grado de certeza que tienen los agentes económicos de sus decisiones en el intercambio mercantil: ellos conocen perfectamente la utilidad individual marginal que les reportará su participación, sea como consumidores o como productores. En cambio, la demanda de los servicios de atención en salud revela, directa o indirectamente, la presencia natural de varias incertidumbres: incertidumbre de caer enfermos, incertidumbre de los costos de la atención, incertidumbre de la efectividad

* Es oportuno decir que alrededor del sector de la salud existen otros bienes y servicios que constituye formas específicas de mercados: el de recursos humanos, tecnológicos y de farmacia, etc. Un interesante estudio sobre el mercado de los servicios médicos, el de los servicios de hospitalización y el de productos farmacéuticos se puede consultar en Katz J, Miranda E. Mercados de salud: morfología, comportamiento y regulación. Revista de la CEPAL 1994;(54).

* El concepto de “fallos de mercado” implícitamente podría sugerir una situación susceptible de reparación. Así, una vez superados los fallos, se estarían generando las condiciones para el dominio de la competencia perfecta. Hasta el momento, en el mercado de los servicios de salud, esta idea de “fallos” no aplica plenamente.

del tratamiento. De esta manera, las incertidumbres presentes en el mercado de los servicios de atención en salud le imprimen, obviamente, una diferencia altamente significativa respecto a la demanda de los bienes y servicios “normalmente” comercializables en el mercado.** Uno de los pioneros del análisis económico aplicado a la industria de los cuidados médicos, K. Arrow,⁵ enfatiza que “prácticamente todas las características singulares de esa industria se derivan de la prevalencia de la incertidumbre”. Ante esta ineludible situación, “la sociedad tiende a reconocer, en cierta medida, esa deficiencia, y aparecerán instituciones sociales no comerciales con el propósito de subsanarla”.

Asimismo, la “información asimétrica” es una característica “natural” presente en muchos servicios de diversa índole. Por ejemplo, en la demanda de servicios de asistencia jurídica está presente una situación en que el cliente tiene que delegar en su abogado la toma de decisiones sobre su problema en particular. En el campo de los servicios de atención en salud, la información asimétrica es, quizás, más problemática: la vida misma es, en muchos casos, la que está en juego. La ignorancia obvia del paciente (principal), que no es soberano para decidir sobre la demanda de los servicios que requiere, lo obliga a delegar ese poder de decisión en el médico (agente), quien determinará, desde el lado de la oferta, el tratamiento y los cuidados médicos que el paciente necesita. Este simple y común fenómeno no sólo anula el supuesto de la información perfecta, sino que niega otro supuesto implícito en los mercados competitivos: la independencia entre la oferta y la demanda. Sin duda, una demanda inducida por la oferta es un “fallo” demasiado protuberante en el mercado de los servicios médicos. Así, la solución social más eficiente podría estar más cerca de los tribunales judiciales o éticos que del mercado mismo.

El bien o servicio homogéneo, como otro supuesto fundamental de los mercados perfectos, es de difícil identificación en los servicios de atención en salud. Si se acoge el principio de que no hay enfermedades sino pacientes enfermos, es posible pensar, de manera muy general, que la heterogeneidad de los servicios médicos es la norma y no la excepción. Esto último dificulta el proceso de elección de los agentes económicos, ya que ellos necesitan hacer comparaciones de precios y calidad en el momento de demandar los servicios médicos curativos. Adicionalmente, existen otros aspectos que no permiten, en la praxis, que los servicios de atención en salud estén cerca de los mercados perfectamente competitivos. En efecto, existen no pocas barreras a la entrada (técnicas, financieras o legales) impuestas por agremiaciones médicas muy especializadas; el impedimento ético y legal que tiene los profesionales de la salud para hacer publicidad es claro para muchos servicios de salud; la insuficiente cantidad de unidades prestadoras de servicios de salud en localidades pequeñas también es otra de las situaciones que, en esencia, limitan uno de los supuestos sin el cual no es posible hablar de mercados perfectos: la competencia.³

El anterior balance de algunos “fallos naturales” del mercado de los servicios en salud es más que suficiente para justificar una acción pública (sea financiamiento, producción,

** La incertidumbre y la aversión al riesgo que experimentamos la mayoría de las personas son, entre otros, los ingredientes básicos que justifican la presencia de los mercados de seguros en el campo de la atención de la salud. Estos mercados también tienen sus propias particularidades que no es del caso analizar aquí.

dirección o regulación) sobre un servicio que no es un “bien público” en estricto rigor conceptual. Por ejemplo, P. Musgrove² señala tres condiciones para justificar la acción pública en el mejoramiento de la salud: las externalidades, los fallos de los adultos de actuar como agentes de los niños y la ignorancia o el conocimiento imperfecto. Por su parte, J. Stiglitz³ describe los tres fundamentos sobre los cuales se apoyan los gobiernos para proveer el bien privado de la sanidad: los fallos de mercado, el bien preferente (más adelante se hará un breve comentario sobre este bien) y la distribución de la renta.

Es pertinente adelantar, por el momento, que las intervenciones públicas en el sector de la salud no sólo tienen un soporte relacionado con los fallos técnicos del mercado o con las características intrínsecas de los servicios de salud, sino que también son justificadas por medio de otros argumentos. En efecto, en la evolución de las sociedades modernas está casi siempre presente la valoración moral de cierto tipo de bienes o servicios (sean públicos o privados). El principio rector que está detrás de dicha valoración podría ser la relación, directa o indirecta, que tienen esos bienes o servicios con el derecho a una vida digna, autónoma y feliz. Por ello, bajo ciertos principios éticos de equidad y de justicia social, esas sociedades pueden decidir legítimamente y demandar de las autoridades públicas respectivas una intervención efectiva para que todas y cada una de las personas usufructúen de las posibilidades generales que le brindan esos bienes y servicios.

La dimensión política

De los servicios privados considerados un asunto de interés público

Generalmente se afirma que el carácter público o privado de algunos bienes y servicios se puede cambiar, ya sea a través de un proceso político, de una decisión autoritaria o de juicios valorativos o éticos. Nuestra hipótesis al respecto consiste en que el carácter sustantivo de esos bienes y servicios no se altera, y que otra cosa muy diferente es asignarles un estatus de asunto de interés público. Una sociedad, en un momento histórico determinado, puede otorgarle a un bien privado un estatus de interés público (de beneficio colectivo). La vía más usual para lograr tal proceso generalmente se lleva a cabo por medio de una acción pública (política), que podría elevar a rango de “servicio público” un bien o servicio que es privado por naturaleza. Así las cosas, se reitera que no por el hecho de ser seleccionados como bienes o servicios de interés público, pierden su esencia de privado.

En este contexto de reflexión se sitúa justamente el argumento que invoca, por razones sociales, políticas y éticas, la presencia del Estado. Este tendrá la obligación de promocionar lo que se tipifica comúnmente como un derecho a un “servicio público”.^{*} Pero la forma de llevar a cabo dicho derecho no sería de modo absoluto, sino en los términos que

^{*} Es preciso especificar que el sello legal de “servicio público” es totalmente independiente del carácter público o privado del bien o servicio en cuestión. Por ejemplo, es claro cómo muchos de los llamados “servicios públicos domiciliarios”, como el acueducto, la luz, el teléfono etc., son, en rigor, bienes privados. Solo que por su irrefutable impacto sobre el nivel de vida de una población son considerados de “interés público”.

hayan marcado los propios individuos mediante sus representantes en las cámaras legislativas y que exprese la ley positiva. De esta forma, ¿qué criterios justificarían, en este último caso, darles un estatus de asunto público, es decir un rango jurídico, a ciertos servicios privados de atención en salud? En realidad no hay —ni podrá haber— un criterio rígido o ahistórico. Cuando se trata de definir ese conjunto de bienes o servicios, públicos o privados, valorados social o moralmente como vitales para satisfacer las posibilidades de vida digna a las personas, son las “sociedades quienes tienen que definir en cada momento cuáles son los bienes que consideran primarios, y por tanto, creen un deber proporcionar a todos en condiciones de igualdad, a fin de cumplir con el principio de justicia”.⁴

Como “asunto público”, el bien o servicio en cuestión demandará un tipo de intervención social. Para ello existen varias modalidades, tales como la subvención pública, la regulación de la prestación privada o el suministro directo por parte del Estado. Y es justamente aquí donde se cruza la pregunta de por qué un servicio privado se convierte en objeto de derecho fundamental que ha de ser tutelado por la autoridad pública y, por ello, exigible en justicia por la sociedad. Quizá las similitudes y las diferencias entre los bienes meritorios y preferentes sirvan para avanzar en la respuesta. Al respecto, la teoría económica es, sin duda, un buen punto de partida, pero no lo completamente suficiente como para entender la especificidad del bien meritorio.

De los bienes preferentes y meritorios

Los llamados bienes preferentes se confunden muy frecuentemente con los bienes meritorios. La razón puede radicar en que ambos demandan la intervención pública para garantizar, directa o indirectamente, su provisión. La idea aquí es argumentar que ambos “bienes especiales” tienen sus propias características y que el criterio que los hace distintos se puede encontrar en el origen y la justificación de la intervención pública. Es importante decir que el propósito no es mostrar esos bienes como mutuamente excluyentes, sino identificar claramente cuáles son las consideraciones económicas, políticas y éticas que motivan, de un lado, a un gobierno a “imponer” el consumo de bienes preferentes y, del otro, a una sociedad a “elegir” un conjunto de bienes meritorios para que, bajo un principio de justicia, su suministro sea garantizado, controlado y/o regulado por las autoridades que representan legítima y legalmente el interés colectivo.

Los bienes o servicios que se consideran preferentes (y en algunas ocasiones llamados tutelares) son aquellos cuyo consumo, por lo general, no está orientado por la “soberanía del consumidor”. Se parte de considerar que los individuos, en determinadas situaciones, no necesariamente actúan en función de su propio interés (por ejemplo, un nivel de escolaridad mínimo, los cinturones de seguridad en los vehículos, los programas de vacunación preventiva, etc.) y que es, entonces, el Estado más sabio en determinar el bienestar de las personas.³ De esta manera, las autoridades públicas respectivas, mediante decretos, mandatos y regulaciones, asumirán un papel paternalista, tratando de influir en la conducta de las personas para el consumo de los bienes considerados preferentes. Por ejemplo, el Estado ejerce una acción protectora cuando piensa que es necesario que las personas deban

guardar dinero para su vejez, cuando es deseable que los niños vayan a la escuela, cuando no deberían haber barreras económicas en el acceso universal a la atención primaria en salud, etc.³

En este mismo orden de ideas, pero desde la perspectiva de justificar la acción pública en el mejoramiento de la salud de la población, P. Musgrove² plantea que las “fallas de los adultos de actuar como agente de los niños” es una condición válida para que el Estado pueda asumir eventualmente una función protectora cuando los padres son “agentes” inadecuados de sus hijos. En definitiva, todas las acciones paternas del Estado, reflejadas en la selección de los bienes preferentes, revelan el aspecto valorativo-normativo propio de sus acciones y funciones públicas respectivas. Sin embargo, según nuestro criterio, los bienes preferentes no reflejan de manera estricta y directa las implicaciones políticas de una acción colectiva (“arreglo institucional”), que está íntimamente relacionada con la capacidad que tiene una sociedad de elegir libre y responsablemente, entre otras cosas, los bienes y servicios (públicos o privados) que considera meritorios para una vida digna y que, por ello, deben ser garantizados o provistos, directa o indirectamente, por las autoridades públicas respectivas. Los bienes o servicios de mérito serían, en efecto, aquellos que se *merecen* las personas por el sólo hecho de existir, es decir, por ser titulares de derechos fundamentales. En consecuencia, además de estar respaldados explícitamente en una Declaración Universal de los Derechos Humanos y de ser identificados y priorizados mediante una elección social, el disfrute de los bienes y servicios meritorios no deben excluir a ninguna persona: “Es deber del Estado y de la sociedad garantizar los bienes y servicios a quienes no están en condición de adquirirlos mercantilmente y crear las condiciones para que en el largo plazo puedan ser autónomas en su adquisición. Sin el acceso a estos bienes de mérito, las personas se encuentran seriamente limitadas para desarrollar sus capacidades”.⁶ En este sentido, vale la pena destacar que el calificativo de “meritorio” puede, de alguna manera, ser entendido en la misma línea de los “bienes sociales primarios”, planteada por J. Raws; y desde otra perspectiva, serían meritorios aquellos bienes y servicios que permiten el desarrollo de las “capacidades humanas”, que son necesarias —según A. Sen— para que las personas puedan elegir en libertad el proyecto de vida que más valoren.⁷

Para retomar el hilo de la discusión, no sobra finalmente formular la siguiente pregunta: ¿según los argumentos expuestos hasta ahora, son preferentes, meritorios o una combinación de ambos los servicios de atención en salud? Aunque el Estado establece algunas acciones tutelares obligatorias para garantizar la salud de la población, no es posible desconocer que los planes obligatorios de servicios de salud suelen estar mediados por una “negociación” entre múltiples actores sociales. Como esos servicios pueden ser técnicamente objeto de exclusión (“bienes privados”), el propósito es establecer, en función de las prioridades y las circunstancias específicas para cada caso, una base mínima de servicios de salud meritorios que, a la luz del derecho fundamental a la salud, sea exigible en justicia para todas y cada una de las personas miembros de una comunidad.* Finalmente,

* En una lectura ágil de la constitución colombiana, se observa cómo existe una cierta gama de “bienes privados” que fueron elevados al estatus de “servicio público” (bienes meritorios) o cuentan con una

y siguiendo esta reflexión, sólo restaría hacer alusión directa a uno de los “capítulos más vivos y polémicos” de la bioética actual: la justicia sanitaria.

De la justicia sanitaria

En el actual contexto mundial de rediseño de los modelos de servicios de asistencia en salud, no es gratuito el debate relativamente reciente sobre el derecho a la salud. Clasificado como un derecho social, crece cada vez la importancia de cómo unos servicios básicos de salud deben ser exigibles en justicia debido a su trascendental contribución a una vida más autónoma y productiva. Pero, con frecuencia, los debates sobre la justicia y el derecho a la salud han estado centrados —utilizando los términos de Diego Gracia—¹ en los valores morales (principio deontológico) y menos en las consecuencias (principio teleológico). Esto significa, en otras palabras, que si bien el “bienestar colectivo” se reivindica enérgicamente como un principio normativo orientador en el proceso de implementación de las políticas sociales, no sucede lo mismo cuando se trata de calcular la forma de utilizar los recursos escasos para la realización material y efectiva de ese loable principio (la evaluación de las “consecuencias” también cuenta). Por ello, la preocupación por la “maximización” y lo “económicamente óptimo” también es un asunto de justicia.

En términos más concretos y relacionados con nuestro tema objeto de análisis, el conflicto aparentemente irreconciliable que se refleja en el debate entre los principios y las consecuencias puede ser el siguiente: de un lado, la defensa incondicional e irrestricta al derecho a la salud; y del otro, los criterios económicos justos que deben imponerse cuando se trata de asignar recursos escasos para satisfacer ese derecho. Xavier Clasamiglia⁸ argumenta: “El problema fundamental de los derechos sociales es que generan deberes positivos que absorben recursos económicos. En la medida en que haya escasez, una sociedad no puede eludir la cuestión de cuán lejos hay que ir en la satisfacción de los derechos sociales”.

Y es justamente a partir de ese conflicto de donde se desprenden las siguientes inquietudes: ¿la justicia sanitaria tiene algo que aportar a esta discusión?⁹ ¿Cómo hacer que las verdaderas prestaciones sanitarias exigibles en justicia cubran a todos? ¿“El derecho a la salud y el derecho a la asistencia sanitaria han de ser cubiertos en toda su inagotable extensión o hay unos límites de exigencia?”³ ¿Son el mercado y el Estado dos formas excluyentes de regular el derecho prestacional a los servicios meritorios de la atención en salud? Todos estos interrogantes son hoy centro de atención por una cantidad importante de disciplinas relacionadas con la salud y la economía. Primero que todo, hay que reconocer que la asignación de los “recursos escasos” para la realización progresiva, por ejemplo, de

protección especial del Estado: la educación (artículo 67), la seguridad social (artículo 48), la producción de alimentos (artículo 65), la atención de la salud y el saneamiento ambiental (artículo 49), la vivienda digna (artículo 51), etc. De esta manera, el Estado tiene la obligación de garantizar, según los términos que fije la Ley, la promoción de dichos bienes en aras de la igualdad de oportunidades y de la equidad en su consumo y disfrute.

los derechos sociales, no es sólo un problema económico, sino un problema ético de justicia distributiva.

Es oportuno advertir —y esto lo deberían comprender en su justa dimensión los profesionales de la salud— que para alcanzar el ejercicio pleno del derecho a la salud se necesita mucho más que servicios asistenciales de salud. En este orden de ideas, se podría pensar que si se trata de asignar en justicia los recursos escasos de una sociedad, con el propósito de que todas las personas tengan la libertad de una vida humana larga y saludable, sería necesario también concentrar mayores esfuerzos económicos en sectores tan importantes como el ambiente y la educación, tal como lo han demostrado no pocas investigaciones en el área de la salud pública.

Como una sutil crítica al sesgo médico-asistencial del paradigma aún dominante en la salud, Pablo Rodríguez⁹ concentra su atención en identificar algunos criterios interesantes —aunque no exentos de discusión— para una distribución justa de los recursos escasos destinados a la asistencia sanitaria. Lo primero —dice— es necesario reevaluar la concepción de que toda la oferta médica y las expectativas de los consumidores se constituyen en el objeto de la justicia sanitaria. Es en la *teoría de las necesidades humanas básicas* (diferentes a la demanda y a la oferta médica) donde es posible materializar la satisfacción de un cuidado de la salud como derecho. “De esta manera —afirma— el concepto de necesidad asistencial resultará más restringido que el de la demanda. Y el objeto del derecho a la salud y de la justicia sanitaria, será menos extenso que la demanda total de bienes y servicios para su cuidado”.¹⁰

Una vez establecida esta base práctica y razonable a partir de la cual hacer efectiva la justicia sanitaria, queda aún un eslabón por esclarecer en este asunto: el mecanismo que hará efectiva la asignación justa de los recursos escasos orientados a realizar una parte del derecho a la salud. Se insiste que reivindicar unos derechos sociales sin definir la manera o los criterios de asignación más eficiente de los recursos económicos sería una acción igual de injusta e inmoral por parte de todos los actores sociales implicados. En este caso, ¿cómo sería posible una combinación inteligente entre el Estado y el mercado que permita que unos servicios meritorios, y con características de bien privado, puedan ser disfrutados sin exclusión por una sociedad determinada? Esta última pregunta resulta ser la más compleja de todas. No tanto porque invoque uno de los puntos más polémicos de la reforma a los servicios de salud, sino porque una respuesta rigurosa exige el tratamiento de un tema que relaciona áreas como la ética, la filosofía y la economía: la *justicia distributiva*.

Los clásicos debates entre el mercado y el Estado, en el juego de quién es el protagonista central de la justicia en la asignación de recursos económicos, han sido muy recurrentes en la actualidad. Asimismo, otras aproximaciones analíticas más elaboradas plantean el asunto en términos de la intervención no deseada, pero necesaria, del Estado, cuando ineludiblemente el mercado falla en su papel de mejor mecanismo dispensador del “óptimo social”. Pero más allá de estos argumentos doctrinarios, recientes análisis sobre la justicia distributiva rescatan la posibilidad de discernir los problemas distributivos desde

perspectivas que permiten realizar estudios combinados de la sociedad política, de la sociedad mercantil y del mundo moral.¹¹

Si se traslada esta última aproximación —aunque expuesta de manera superficial— de la justicia distributiva al campo sanitario, es más factible encontrar soluciones que aborden en toda su compleja dimensión el asunto relacionado entre la eficiencia y la equidad en la producción y distribución de los servicios de atención en salud. De un lado, es claro que estos servicios no se desligan completamente del mundo mercantil, pese a sus restricciones naturales cuando se trata de ser transados en un mercado. Tampoco se puede desconocer que una sociedad moderna necesita construir consensos (el mundo de la política) para definir cuales serían los servicios asistenciales de atención en salud meritorios y que, por ello, deben ser exigibles en justicia debido a que se encuentran vinculados de manera conexas con una vida humana moralmente digna, es decir, con los derechos humanos.

De esta manera, en el marco de una “justicia distributiva sanitaria”, no sería inmoral pensar en promover un mecanismo de mercado para los servicios meritorios de atención en salud. Ello, si la idea es, por ejemplo, tratar de contener los costos e incentivar la sana competencia en términos de calidad, siempre y cuando no se desconecte de la sociedad política (formas de control) y de la dimensión moral. Es aquí donde, finalmente, se rescata la acción colectiva de una sociedad que debe hacer las intervenciones necesarias, eficientes y justas en el campo de la provisión, la regulación, la rectoría y el control en el sector de los servicios de salud, no sólo por justificaciones teóricas y técnicas, sino por principios éticos de humanidad. No obstante —y para terminar con una afirmación polémica— el problema, según Diego Gracia,¹ desborda las implicaciones de lo que puede o no hacer el Estado en aras de la justicia y la equidad, ya que “el conflicto que hoy hemos planteado es el de un Estado que quiere ser algo más eficaz, eficiente y efectivo, y de una sociedad que en el área sanitaria exige con frecuencia actuaciones ineficaces, ineficientes e inefectivas. De ahí la importancia de educar a la sociedad en el uso racional de los productos sanitarios”.

Conclusión

El presente trabajo trató de analizar con cierto nivel de profundización los servicios de atención en salud desde sus implicaciones económicas, políticas, éticas y de justicia sanitaria. La conclusión general más destacable, cuando se ponen en juego las relaciones recíprocas de esas implicaciones con el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, podría ser la siguiente: organizar en un “mercado regulado” unos servicios meritorios, de naturaleza económica y con un carácter fundamentalmente privado, no necesariamente significa la negación o violación a un derecho social tan fundamental como lo es la salud.

No hay que olvidar, en este orden de ideas, que la eventual materialización de ese derecho fundamental mediante la prestación de unos servicios básicos de atención en salud involucra inexorablemente recursos escasos (o económicos) y que, precisamente por eso, es un acto de justicia de parte de las autoridades que representan la voluntad y el interés

generales de establecer criterios para su máxima racionalización y uso eficiente. De lo contrario, sería tan injusto violar el derecho a la salud como no asignar eficientemente los recursos económicos necesarios para su protección y promoción. Por tales razones, si se reconoce, sería y objetivamente, la esencia completa e íntegra de los servicios de atención en salud (su dimensión económica y política), sería quizá el primer paso para defender objetivamente el derecho a la salud en el marco de los principios de una justicia distributiva sanitaria. En este sentido, propugnar por el derecho prestacional a unos servicios meritorios asistenciales en salud, debe implicar también pensar en los mecanismos más idóneos, incluyendo hasta donde sea posible el del mercado, que garanticen su provisión con eficiencia y equidad.

Sin desconocer sus múltiples problemas estructurales y funcionales, la Ley 100 de 1993 trató de orientarse en esta dirección. En el marco de nuestro tema central, quizá varias preguntas hipotéticas fueron planteadas por quienes en Colombia diseñaron la reforma a la seguridad social en salud, que no necesariamente fueron resueltas con acierto: ¿cómo estructurar un sistema de servicios asistenciales en salud que, de acuerdo con las particularidades institucionales de la sociedad colombiana, logre superar los problemas de universalidad y que, al mismo tiempo, cree una base de incentivos para atenuar o controlar la espiral de costos en salud y mejorar la calidad? De igual forma, reconocido el carácter de servicio privado, ¿cómo introducir la lógica empresarial en el manejo de los servicios y los riesgos de salud sin desvirtuar el propósito de garantizar los derechos sociales? Y finalmente, ¿cuál es el formato de mercado que permita el ejercicio de la racionalidad económica de los agentes privados, pero que a la vez logre corregir o atenuar al máximo todas las fallas naturales propias de un servicio que, además, es considerado como meritorio?

Finalmente, se podría decir que el diseño de la Ley consideró objetivamente la naturaleza económica y el carácter fundamentalmente privado de la mayoría de los servicios asistenciales en salud. Pero el énfasis en los servicios privados de asistencia dejó al margen la organización y control de aquellos “bienes y servicios” públicos involucrados en la atención a la salud colectiva (el llamado Plan de Atención Básico). Asimismo, siendo el principio de exclusión aplicable a varios servicios asistenciales, la Ley, no obstante, abrió la posibilidad para que se definieran un conjunto de bienes y servicios —representados en un Plan Obligatorio de Salud (POS)—, de tal manera que las personas sin capacidad de pago pudieran acceder a una atención mínima de salud asistencial (régimen subsidiado). Además, las bases teóricas y operativas del *managed competition*, (libertad de elección y competencia como principios rectores) plasmadas en la Ley, reconocen, parcialmente, la complejidad del sector, así como algunas fallas naturales del mercado propias de los servicios médicos. Empero, un sistema de incentivos internos que ponen el acento sobre una difusa visión eficientista, combinada con la protuberante debilidad del Estado sobre la regulación de todo el sistema de seguridad social, ponen en entredicho lo que podrían ser los principios mínimos de una anhelada justicia distributiva sanitaria en Colombia.

Referencias

1. Gracia D. Profesión médica, investigación y justicia sanitaria. Bogotá: El Búho;1998.
2. Musgrove P. Un fundamento conceptual para el rol público y privado en la salud. Rev Análisis Económico 1996;11(2):9-36.
3. Stiglitz JE. La economía del sector público. 2 ed. Madrid: Antoni Bosch;1988.
4. Uribe C. Políticas y servicios sociales para el siglo XXI. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 1999.
5. Arrow K. La incertidumbre y el análisis del bienestar de las prestaciones médicas. Economía de la Salud;1981.
6. Corredor C. El problema de la pobreza: una reflexión conceptual. Bogotá: Universidad Nacional, Colciencias, Cinep;1999.
7. Sen A. Capital humano y capacidad humana. Cuadernos de Economía 1998; 17(29):67-72.
8. Calsamiglia X. Ética y gestión sanitaria: un ensayo sobre la necesidad de contar. Papeles de Economía Española 1988;(76):232-244.
9. Rodríguez P. El objeto de la justicia sanitaria: elementos para su reconstrucción. Cuad Med Soc 1997;38(2):28-38.
10. Katz J, Miranda E. Mercados de salud: morfología, comportamiento y regulación. Rev CEPAL 1994;(54).
11. Lopera MT. Justicia distributiva: ¿legitimidad o consenso? Medellín: Universidad de Antioquia;1999.