

El derecho fundamental a la salud y la seguridad social a 30 años de la Constitución Política de 1991

Retos y aprendizajes

Gabriel Jaime Otálvaro Castro
Juan Eduardo Guerrero Espinel
(Editores)



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
1803

El derecho fundamental a la salud y la seguridad social
a 30 años de la Constitución Política de 1991

Retos y aprendizajes





**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

**Rectoría
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Facultad Nacional de Salud Pública**

El derecho fundamental a la salud y la seguridad social a 30 años de la Constitución Política de 1991

Retos y aprendizajes

Gabriel Jaime Otálvaro Castro
Juan Eduardo Guerrero Espinel
(Editores)



© Álvaro Cardona, Álvaro Franco-Giraldo, Camilo Chaverra-Monsalve, David Arnovis Hernández-Carmona, Diana Patricia Guerra-Mazo, Eliana Martínez-Herrera, Erwin Hernando Hernández-Rincón, Gabriel Jaime Otálvaro Castro, Gilma Stella Vargas-Peña, Jaime León Gañán-Echavarría, Jairo Humberto Restrepo-Zea, Jorge Hernán Betancur-García, Jorge Pérez Jaramillo, José Pablo Velásquez-Escobar, Juan Eduardo Guerrero-Espinel, Lucía Martínez-Cuadros, Luis Albeiro Pérez-Villa, Luis Alberto Martínez-Saldarriaga, Luz Adriana Muñoz-Duque, Luz Mery Mejía-Ortega, María Esperanza Echeverry-López, Mario Hernández-Álvarez, Martha Elena Badel-Rueda, Mónica María Lopera-Medina, Rafael Tuesca-Molina, Sandra Patricia Duque-Quintero, Steven Orozco-Arcila y Yadira E. Borrero-Ramírez

© Universidad de Antioquia, Fondo Editorial FCSH de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

© Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública

ISBN: 978-628-7519-81-7

ISBN E-book: 978-628-7519-82-4

Primera edición: julio de 2022

Imagen de cubierta: *Forpus conspicillatus* (Cascabelito). Adriana Sanín. Acuarela, 32.5 x 22.5 cms. Colección de Ciencias Naturales, "Guacamayas, loros y pericos". Museo Universitario de la Universidad de Antioquia-MUUA.

Coordinación editorial: Diana Patricia Carmona Hernández

Diseño de la colección: Neftalí Vanegas Menguán

Corrección de texto e indización: José Ignacio Escobar

Diagramación: Luisa Fernanda Bernal Bernal,

Imprenta Universidad de Antioquia

Hecho en Medellín, Colombia/Made in Medellín, Colombia

Comité académico:

José Pablo Escobar Vasco, Luz Mery Mejía Ortega, Jaime León Gañán Echavarría, Mónica María Lopera Medina, Natalia Eugenia Gómez Rúa, Juan Eduardo Guerrero Espinel y Gabriel Jaime Otálvaro Castro

Fondo Editorial FCSH, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Universidad de Antioquia

Calle 67 N.º 53-108, Bloque 9-355

Medellín, Colombia, Suramérica

Correo electrónico: fondoeditorialfcs@udea.edu.co

Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia

Calle 62 N.º #52-59

Medellín, Colombia, Suramérica

Correo electrónico: decasaludpublica@udea.edu.co

El contenido de la obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional.

El derecho fundamental a la salud y la seguridad social a 30 años de la Constitución Política de 1991 : retos y aprendizajes / Gabriel Jaime Otálvaro Castro, Juan Eduardo Guerrero Espinel, editores ; Álvaro Cardona, et al. -- Medellín : Universidad de Antioquia, Fondo Editorial FCSH de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas; Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública, 2022.

485 páginas ; tablas, figuras ; 23 cm. (tamaño 300 kb) (FCSH. Ensayo)

ISBN 978-628-7519-82-4 (versión e-Book)

1. Seguridad social - Colombia 2. Salud - Colombia 3. Constitución Política de Colombia 1991 4. Derecho a la salud - Colombia I. Otálvaro Castro, Gabriel Jaime II. Serie.

342.861/OT87

Este libro es hermano de otro de simultánea publicación:
Educación, escuela y democracia. Una reflexión colectiva a 30 años de la Constitución Política de Colombia. Ambos fueron posibles gracias a los aportes y apoyo de la Facultad Nacional de Salud Pública, la Fundación Universidad de Antioquia y la rectoría de la misma universidad.

Contenido

SOBRE LOS AUTORES	19
EL MOMENTO DE ESCUCHAR A LA ACADEMIA	
<i>John Jairo Arboleda Céspedes</i>	27
PRÓLOGO	31
INTRODUCCIÓN	35
1. LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE 1991 Y EL DEVENIR JURÍDICO DE LA DIMENSIÓN COLECTIVA DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD EN COLOMBIA	
<i>José Pablo Velásquez Escobar</i>	43
1.1. Los derechos humanos: una introducción	43
1.2. Salud y derechos humanos.....	44
1.3. Dimensión colectiva del derecho fundamental a la salud.....	47
1.4. Lo colectivo del derecho a la salud antes de la Constitución Política de 1991	51
1.5. Asamblea Nacional Constituyente, Estado social de derecho y derecho a la salud en su dimensión colectiva	51
1.6. Constitución de 1991 y dimensión colectiva del derecho a la salud.....	54

1.7. Devenir legal de la dimensión colectiva del derecho fundamental a la salud (1991-2021).....	56
1.8. Devenir reglamentario por parte de la Rama Ejecutiva del poder público (1991-2021)	60
1.9. Devenir de la dimensión colectiva del derecho fundamental a la salud (DCDFS) en la jurisprudencia: Corte Constitucional y Consejo de Estado (1991-2021).....	64
1.10. Conclusiones	67
Bibliografía	69
2. CONSTITUCIÓN POLÍTICA Y SALUD: UNA RELACIÓN ESENCIAL E INTERDEPENDIENTE	
<i>Jaime León Gañán Echavarría</i>	79
2.1. Introducción.....	79
2.2. Reflexiones generales.....	80
2.2.2. De la educación y la salud.....	82
2.2.3. Del derecho al trabajo y la salud	83
2.2.4. Del derecho a la participación y la salud.....	83
2.2.5. De los deberes constitucionales fundamentales, el bloque de constitucionalidad, la seguridad social y la salud.....	84
2.2.6. De las acciones y mecanismos de justiciabilidad y la salud.....	85
2.2.7. Del derecho a la salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud.....	87
2.2.8. De los servicios públicos y la salud.....	87
2.2.9. De la libertad, la igualdad y la salud.....	87
2.3. Conclusiones	88
Bibliografía	90
3. ESTADO SOCIAL DE DERECHO Y SEGURIDAD SOCIAL EN LA CONSTITUCIÓN DE 1991	
<i>Jorge Hernán Betancur-García</i>	92

3.1. Introducción.....	92
3.2. Estado social de derecho	94
3.2.1. Contexto histórico.....	94
3.2.2. Estado social	97
3.2.3. Características del Estado social de derecho	99
3.2.4. Principios del Estado social de derecho en la Constitución de 1991	106
Bibliografía	112
4. TRANSFORMACIONES DEL DERECHO A LA SEGURIDAD SOCIAL A PARTIR DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE 1991	
<i>Sandra Patricia Duque Quintero, Luis Albeiro Pérez Villa.....</i>	114
4.1. Introducción.....	114
4.2. El papel de la acción de tutela y la Corte Constitucional en el derecho a la seguridad social	117
4.3. Transformaciones del derecho a la seguridad social desde la Constitución de 1991: línea jurisprudencial.....	118
4.3.1. Primera etapa: conexidad del derecho	120
4.3.2. Segunda etapa: progresividad y transmutación.....	121
4.3.3. Tercera etapa: fundamentabilidad del derecho.....	123
4.4. A modo de conclusión.....	126
Bibliografía	128
5. ESENCIA NEOLIBERAL DE LAS POLÍTICAS DE PROTECCIÓN SOCIAL DE LOS GOBIERNOS DEL PAÍS QUE SE HAN SUCEDIDO DESPUÉS DE LA APROBACIÓN DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE 1991	
<i>Luz Mery Mejía-Ortega, Álvaro Cardona</i>	130
5.1. Introducción.....	130
5.2. Plan de gobierno del presidente César Gaviria Trujillo (1990-1994).....	132
5.3. Plan de gobierno del presidente Ernesto Samper Pizano (1994-1998).....	135

5.4.	Plan de gobierno del presidente Andrés Pastrana Arango (1998-2002).....	137
5.5.	Planes de gobierno de los dos periodos del presidente Álvaro Uribe Vélez (2002-2006 y 2006-2010).....	139
5.6.	Planes de gobierno de los dos periodos del presidente Juan Manuel Santos (2010-2014 y 2014-2018)	142
5.7.	Plan de gobierno del presidente Iván Duque (2018-2022)	144
	Bibliografía	147
6.	DISYUNTIVA DE DESARROLLO EN LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE 1991, CONSECUENCIAS PARA LA PLANIFICACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA Y SU RELACIÓN CON LAS MANIFESTACIONES DE LA PANDEMIA DE COVID-19	
	<i>Álvaro Cardona, Luz Mery Mejía-Ortega</i>	150
6.1.	Contenidos diferenciales en la Constitución Política de 1991 y la disyuntiva a que dio lugar	150
6.2.	El proceso político que ha permitido la hegemonía de la opción neoliberal presente en la Constitución Política de 1991	155
6.3.	La virtual desaparición de la planificación de las acciones de salud pública como consecuencia de la hegemonía neoliberal	158
6.4.	A modo de cierre. La pandemia de Covid-19 en Colombia y las debilidades de la planificación de las acciones de salud pública.....	162
	Bibliografía	165
7.	LA GESTIÓN DE LA SALUD Y LA VIDA EN EL CONTEXTO DE LA CONSTITUCIÓN DE 1991, Y EN MOMENTOS DE CRISIS AMBIENTAL Y CLIMÁTICA	
	<i>David Arnovis Hernández Carmona</i>	167
7.1.	Introducción.....	167
7.2.	La salud como derecho fundamental en Colombia después de la Constitución de 1991	168

7.3. Crisis climática y ambiental como oportunidad para privilegiar el derecho a la salud y la vida en el contexto colombiano.....	173
7.4. De los determinantes sociales de la salud en el contexto de la crisis climática y ambiental, hacia la acción para reducir la vulnerabilidad ecológica.....	174
7.5. Retos para la acción con el fin de enfrentar la crisis climática y ambiental, y fortalecer el derecho a la salud en Colombia. A modo de conclusión.....	179
Bibliografía.....	181
8. LA SALUD, LA EQUIDAD Y LOS DETERMINANTES SOCIALES: UNA MIRADA A 30 AÑOS DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA NACIONAL	
<i>Gabriel Jaime Otálvaro Castro, Luz Adriana Muñoz Duque, Steven Orozco Arcila.....</i>	185
8.1. Introducción.....	185
8.2. La salud como proceso social. Algunas aproximaciones conceptuales.....	187
8.3. El abordaje de la dimensión social de la salud en el ordenamiento jurídico colombiano.....	191
8.4. Inequidad social y derecho a la salud en Colombia: una aproximación empírica en torno a las desigualdades urbano-rurales.....	194
8.5. La acción sobre los determinantes sociales de la salud, más dichos que hechos. A modo de conclusión.....	201
Bibliografía.....	205
9. TERRITORIOS SALUDABLES EN COLOMBIA A 30 AÑOS DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA. MEMORIAS SOCIALES DE TRANSFORMACIONES URBANAS. MEDELLÍN, 2021	
<i>Eliana Martínez-Herrera, Camilo Chaverra Monsalve, Jorge Pérez Jaramillo.....</i>	210
9.1. Introducción.....	210

9.2. Una mirada rápida por el retrovisor: 1830-1991.....	212
9.3. Aciertos locales, desafíos globales planetarios en el Sur Global.....	217
9.4. Hitos políticos y sociales en salud de Medellín, ciudad saludable	220
9.5. Falacias en una Medellín social aplazada.....	224
9.6. Conclusiones.....	228
Agradecimientos.....	229
Bibliografía.....	230
10. EL SISTEMA DE SALUD DE COLOMBIA, ENTRE EL DERECHO A LA SALUD Y 30 AÑOS DE REFORMA NEOLIBERAL	
<i>Álvaro Franco Giraldo</i>	234
10.1. Introducción.....	234
10.2. Orientación filosófica y política.....	237
10.3. Un modelo analítico.....	241
10.3.1 Gobernanza y rectoría en Salud.....	243
10.4. La política regulatoria en el sistema de salud	244
10.4.1. El enfoque de la salud pública	247
10.4.2. El derecho a la salud	248
10.5. El desempeño del sistema de salud colombiano	250
10.5.1. Logros en salud universal, acceso y cobertura	251
10.5.3. Mejoramiento de condiciones de vida: los determinantes sociales de la salud (DSS)	257
10.6. Conclusiones.....	258
Bibliografía.....	259
11. A 30 AÑOS DE LA ACCIÓN DE LA TUTELA Y EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD EN COLOMBIA	
<i>Diana Patricia Guerra-Mazo</i>	264
11.1. La consagración de la tutela en el texto constitucional. Una breve introducción.....	264
11.2. Desarrollo de la tutela.....	266

11.3. Las decisiones judiciales de tutela	267
11.4. La salud como derecho fundamental.....	272
11.5. Desarrollo del concepto de protección integral en salud de la niñez migrante en situación irregular en Colombia.....	273
11.6. Conclusiones	276
Bibliografía	277
12. LA TRANSPARENCIA Y EL DERECHO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA: GARANTÍAS DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD	
<i>Jairo Humberto Restrepo Zea, Martha Elena Badel Rueda</i>	280
12.1. Introducción.....	280
12.2. La salud y la transparencia en el marco de los derechos constitucionales	282
12.3. La corrupción y la opacidad: en contra del derecho a la salud y a la información.....	288
12.4. Propuestas sobre transparencia e integridad	295
12.5. Conclusiones.....	300
Bibliografía	301
13. FINANCIACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD: COLOMBIA 1991-2021	
<i>Jairo Humberto Restrepo Zea</i>	304
13.1. Introducción.....	304
13.2. ¿Cómo se financiaba la salud en 1991?.....	307
13.3. Los cambios derivados de la Constitución de 1991: leyes 60 y 100 de 1993	309
13.3.1. Ley 60 de 1993: consolidación de la descentralización..	310
13.3.2. Ley 100 de 1993: el sistema general de seguridad social en salud.....	312
13.4. ¿Qué ha pasado en estas tres décadas?	315
13.4.1. Cotizaciones y financiación del Régimen Contributivo	315
13.4.2. Descentralización y financiación de la afiliación subsidiada.....	317

13.5. Una aproximación al equilibrio financiero del sistema.....	319
13.6. Conclusiones.....	322
Bibliografía.....	326
14. DÉCADAS PERDIDAS Y GANADAS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (APS): EL SENTIR, LA NECESIDAD Y SUS ANTECEDENTES EN LA RUTA DE LA CONSTITUCIÓN DEL 91	
<i>Juan Eduardo Guerrero-Espinel, Rafael Tuesca-Molina, Erwin Hernando Hernández-Rincón</i>	330
14.1. Introducción.....	330
14.2. Desde Alma-Ata hasta la Constitución de 1991.....	331
14.3. Evolución histórica normativa en Colombia de la Atención Primaria en Salud.....	334
14.4. Experiencias iniciales en la implementación de la atención primaria en Colombia.....	339
14.5. La Colombia olvidada en la atención primaria: los indígenas reclaman su sentir, más allá del reconocimiento constitucional.....	341
14.6. Relevancia de la atención primaria en Colombia.....	345
14.7. Conclusiones.....	351
Bibliografía.....	352
15. LOS HOSPITALES PÚBLICOS EN COLOMBIA: ENTRE LAS POLÍTICAS BASADAS EN LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA Y SU CONTRIBUCIÓN A LA GARANTÍA DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD. COLOMBIA, 2021	
<i>Gilma Stella Vargas Peña, Luis Alberto Martínez Saldarriaga</i>	358
15.1. Una introducción sobre las políticas internacionales y nacionales.....	358
15.2. Tensiones entre las políticas orientadas al mercado y las garantes del derecho a la salud en el marco de los hospitales públicos.....	360
15.2.2. Principales elementos de tensión entre algunas políticas que rigen a los hospitales públicos.....	362

15.2.3. Consecuencias de la aplicación de las políticas.....	366
15.3. Sentencias de la Corte Constitucional en defensa del derecho a la salud	368
15.4. Conclusiones.....	371
15.4.1. Algunas propuestas para la permanencia de las ESE en el sector y garantizar el derecho a la salud	372
Bibliografía	378
16. LUCHAS POR EL DERECHO A LA SALUD. DISPUTAS POR LA DIGNIDAD Y EL RECONOCIMIENTO	
<i>Yadira Eugenia Borrero Ramírez, María Esperanza Echeverry López...</i>	383
16.1. Introducción.....	383
16.2. Del Sistema Nacional de Salud al reconocimiento de la salud como derecho humano fundamental.....	385
16.3. De la contienda por la Ley Estatutaria de Salud (LES) a la sindemia de la Covid-19: el derecho fundamental a la salud como utopía	393
16.4. Las demandas por salud en las agendas de otros movimientos sociales.....	400
16.5. Consideraciones finales	405
Bibliografía	407
17. UN SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y ÚNICO PARA COLOMBIA ES POSIBLE Y NECESARIO	
<i>Mario Hernández-Álvarez</i>	412
17.1. Introducción.....	412
17.2. El servicio público en el Estado regulador.....	413
17.3. Los intentos de ajuste	418
17.4. ¿Por qué persiste el modelo?	425
17.5. ¿Por qué es un problema de estructura y no de incentivos?	427
17.6. El sistema público y único posible y necesario.....	428
17.7. A manera de conclusión	430
Bibliografía	431

18. SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL EN EL MUNDO RURAL: ALGUNOS AVANCES Y MUCHOS RETOS A 30 AÑOS DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE 1991	
<i>Mónica María Lopera Medina, Sandra Patricia Duque Quintero.....</i>	434
18.1. Introducción.....	434
18.2. Los territorios rurales: un espacio histórico de inequidades sociales y sanitarias	437
18.3. Acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud (sgsss) e indicadores de salud	441
18.4. Accesibilidad de la población a las pensiones.....	445
18.5. Accesibilidad de la población a la protección de los riesgos laborales.....	447
18.6. A modo de conclusión.....	450
Bibliografía.....	451
19. PERCEPCIONES SOBRE AVANCES Y RETROCESOS EN LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA COLOMBIANA DE 1991 DESDE CUATRO CIUDADANOS COLOMBIANOS	
<i>Lucía Martínez Cuadros, Juan Eduardo Guerrero Espinel.....</i>	457
19.1. Introducción.....	457
19.2. Aída Yolanda Abella Esquivel. Nuestro gatopardismo político a 30 años de la Constitución de 1991.....	458
19.2.1. Evolución del derecho fundamental a la salud.....	463
19.2.2. Tenemos dos constituciones: una de anaquel y otra de la vida real	464
19.2.3. El genocidio de la UP, un tema necesario para la memoria	465
19.3. Dionne Alexandra Cruz Arenas. La Constitución de la paz y la salud pública en la construcción de una soberanía ciudadana	466
19.4. Camilo González Posso. El hecho más relevante desde la Constitución Política de 1991	470
19.4.1. La paradoja del hecho constituyente: conquistas desde abajo.....	471

19.4.2. Derecho a la vida: darwinismo de mercado	472
19.4.3. Derecho a la paz. Lo que más ha crecido es la no guerra.....	472
19.4.5. El papel de las universidades en la paz: docencia en acción, docencia transformadora.....	474
19.4.6. ¿Avances en el derecho fundamental a la salud?.....	475
19.4.7. La salud, un negocio, a pesar de los remiendos que le quieran poner	476
19.5. Antonio Yepes Parra. La salud y la educación como derechos fundamentales a 30 años de la Constitución de 1991.....	479
Bibliografía	485
ÍNDICE DE FIGURAS	487
ÍNDICE DE TABLAS	489

Sobre los autores

ÁLVARO CARDONA

Médico. Magíster en Salud Pública y Doctor en Ciencias Sociosanitarias y Humanidades Médicas. Profesor e investigador de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Correo: alvarocardona66@hotmail.com

ÁLVARO FRANCO-GIRALDO

Médico, Doctor en Salud Pública, Profesor Universitario. Ex decano de la Facultad Nacional de Salud Pública e Investigador I. U. Visión de las Américas. Correo: alvarofrancogiraldo@hotmail.com

CAMILO CHAVERRA MONSALVE

Abogado MsC Estudios del Territorio. Facultad de Arquitectura. Maestría Estudios del Territorio. Universidad Santo Tomás, Sede Medellín, Antioquia. Correo electrónico: camilo.chaverra@ustamed.edu.co

DAVID ARNOVIS HERNÁNDEZ CARMONA

Historiador, Magíster en Salud Colectiva. Grupo de Historia de la Salud. Línea de investigación en Salud Urbana del grupo de Epidemiología. Facultad Nacional de Salud Pública-Universidad de Antioquia. Correo electrónico: arnovis.hernandez@udea.edu.co

DIANA PATRICIA GUERRA-MAZO

Abogada, licenciada en Historia y Filosofía, especialista en Cultura Política Pedagógica de los Derechos Humanos, especialista en Derecho Constitucional, especialista en Derecho Administrativo, magíster en Derecho. Asesora y Profesora de diferentes universidades de educación superior. Correo electrónico: gmdianapatricia@gmail.com

ELIANA MARTÍNEZ-HERRERA

PhD Epidemiología. Línea de Investigación en Epidemiología y Salud Urbana del Grupo de Epidemiología. Departamento de Ciencias Básicas. Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”. Universidad de Antioquia; Grupo de Investigación Desigualdades en Salud, Medio Ambiente y Condiciones de Empleo (GREDS). Departamento de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Pompeu Fabra, Barcelona, España. Correo electrónico: eliana.martinez@udea.edu.co

ERWIN HERNANDO HERNÁNDEZ-RINCÓN

Médico, Máster en Investigación en Atención Primaria, Máster en Gobierno y Dirección de Sistemas de Salud, Doctor en Investigación Clínica. Profesor asociado del Departamento de Medicina Familiar y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana. Director del grupo de investigación “Medicina familiar y salud de la población” reconocido por Minciencias. Coordinador académico del nodo centro, del Campus Virtual de Salud Pública (CVSP) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), Colombia. Correo electrónico: erwin.hernandez1@unisabana.edu.co

GABRIEL JAIME OTÁLVARO-CASTRO

Doctor en Salud Colectiva. Profesor Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Coordinador del grupo de investigación Gestión y Políticas de Salud. Correo electrónico: jaime.otalvaro@udea.edu.co

GILMA STELLA VARGAS-PEÑA

Docente Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: gilma.vargas@udea.edu.co

JAIME LEÓN GAÑÁN ECHAVARRÍA

Tecnólogo Deportivo del Politécnico Colombiano Jaime Isaza Cadavid, Abogado de la Universidad de Antioquia, Especialista en Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social de la Universidad Pontificia Bolivariana, Doctor en Derecho de la Universidad Externado de Colombia, Estudios Posdoctorales de la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. Docente Investigador del Grupo de Estudios Jurídicos del CES. Articulista en temas de Seguridad Social y Salud. Asesor de tesis, jurado y docente invitado de posgrados de varias universidades del país. Asesor y consultor de empresas en materia laboral y de seguridad social. Colaborador externo del Observatorio por el Derecho Fundamental a la Salud de la Personería de Medellín. Socio Honorario del Instituto Colombiano de Derecho Laboral y Seguridad Social. Correo electrónico: jaimel.ganan@gmail.com

JAIRO HUMBERTO RESTREPO ZEA

Economista y magíster en políticas públicas. Profesor titular y coordinador del Grupo de Economía de la Salud (GES), Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Antioquia. Correo electrónico: jairo.restrepo@udea.edu.co

JORGE HERNÁN BETANCUR-GARCÍA

Abogado egresado de la Universidad de Antioquia, Filósofo de la Universidad Pontificia Bolivariana. Especialista en derecho de la seguridad del trabajo y de la seguridad social UPB, Magíster en derecho de la UdeA, doctorando en derecho del trabajo en la Universidad de Buenos Aires, Argentina. Profesor vinculado a la facultad de derecho de la Universidad de Antioquia. Docente de las cátedras de Derecho Laboral y de la seguridad social en posgrados. Correo electrónico: jorge.betancur@udea.edu.co

JORGE PÉREZ JARAMILLO

Arquitecto y planificador urbano. Facultad de Arquitectura. Maestría Estudios del Territorio. Universidad Santo Tomás, Sede Medellín, Antioquia. Correo electrónico: jorgeperezjaramillo.arquitecto@gmail.com

JOSÉ PABLO VELÁSQUEZ ESCOBAR

Odontólogo y Abogado, Especialista en derecho de la Seguridad Social, MSc en Derecho y PhD en Filosofía. Profesor Asistente en la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Adscrito al Grupo de Investigación Gestión y Políticas de Salud. Miembro del Comité Central de Ética en Investigación. Correo electrónico: jose.velasquez@udea.edu.co

JUAN EDUARDO GUERRERO-ESPINEL

Médico, MPh. Especialista en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. Profesor Facultad Nacional de Salud Pública-Universidad de Antioquia. Docente-asesor del Programa de Líderes de Salud Internacional de la OPS/OMS. Asesor académico del Campus Virtual de Salud Pública (CVSP) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), Colombia. Secretario General de la Asociación Colombiana de Salud Pública. Correo electrónico: eduardo.guerrero@udea.edu.co y guerrero.espinel@gmail.com

LUCÍA MARTÍNEZ-CUADROS

Historiadora y Abogada. Magíster en Salud Pública. Docente cátedra Universidad de Antioquia. Correo electrónico: lucia.martinez@udea.edu.co

LUIS ALBEIRO PÉREZ VILLA

Magíster en Derecho, Abogado de la Universidad de Antioquia, profesor ocasional de la Facultad Nacional de Salud Pública, profesor de cátedra de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas, asesor del Consultorio de Seguridad Social Integral de la Universidad de Antioquia, investigador Grupo Respuesta Social en Salud, Facultad de Medicina, Correo electrónico: perezvillaluis@hotmail.com

LUIS ALBERTO MARTÍNEZ-SALDARRIAGA

Director Ejecutivo de AESA, Colombia. Correo electrónico: director@aesa.org.co

LUZ ADRIANA MUÑOZ-DUQUE

Doctora en Salud Pública, Profesora Universidad de Antioquia, grupo de investigación Salud Ambiental, Facultad Nacional de Salud Pública, grupo de investigación Psicología, Sociedad y Subjetividades de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Universidad de Antioquia. Correo electrónico: luza.muñoz@udea.edu.co

LUZ MERY MEJÍA-ORTEGA

Administradora de Empresas. Magíster y Doctora en Salud Pública. Profesora titular de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Miembro Grupo Investigación Gestión y Políticas en Salud. Correo electrónico: mery.mejia@udea.edu.co

MARÍA ESPERANZA ECHEVERRY-LÓPEZ

Enfermera, Magister en Salud Pública y Magister en Ciencias Políticas, Doctora en Salud Colectiva. Docente de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Correo electrónico: maria.echeverry@udea.edu.co

MARIO HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ

Médico, bioeticista, Doctor en Historia, Profesor Asociado del Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Coordinador del Doctorado Interfacultades en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá. Correo electrónico: mehernandeza@unal.edu.co

MARTHA ELENA BADEL RUEDA

Abogada y magíster en economía. Investigadora y consultora Independiente en temas de transparencia, integridad y gobernanza. Correo electrónico: badelmartha@gmail.com

MÓNICA MARÍA LOPERA MEDINA

Doctora en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia, Magíster en Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Fellowhisp (FFPH) Imperial

College of London. Coordinadora de la línea de investigación de Sistemas de Salud adscrita al Grupo de Investigación Gestión y Políticas de Salud. Correo electrónico: monica.lopera@udea.edu.co

RAFAEL TUESCA-MOLINA

Médico, Máster en Epidemiología y Salud Pública. Doctor en Medicina Preventiva y Salud Pública y Doctor en Estudios Históricos y Sociales sobre Ciencia, Medicina y Comunicación Científica. Profesor del Departamento de Salud Pública, Universidad del Norte. Director del grupo de investigación “Proyecto UNI Barranquilla” reconocido por Minciencias. Coordinador académico del nodo norte, del Campus Virtual de Salud Pública (CVSP) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), Colombia. Investigador del Grupo ScienceFlows de la Universidad de Valencia y Representante por la Universidad del Norte en la Alianza Latinoamericana de Salud Global-ALASAG. Correo electrónico: rtuesca@uninorte.edu.co

SANDRA PATRICIA DUQUE QUINTERO

Profesora titular de la Universidad de Antioquia, adscrita a la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas. Doctora en Educación, Magíster en Derecho, Especialista en Gestión ambiental y Abogada de la Universidad de Antioquia. Cuenta con diversas ponencias nacionales e internacionales, libro, capítulos de libro y publicaciones en revistas indexadas y homologadas. Directora de trabajos de investigación en pregrado y maestría y de tesis de doctorado. Coordinadora de la Línea de investigación Derecho del Trabajo y Seguridad Social, Grupo Derecho y Sociedad, categoría A, Minciencias. Además, se encuentra inscrita en las líneas de investigación Educación Superior y Desarrollo Rural del grupo Estudios de Derecho y Política, categoría B, Minciencias. Ha desarrollado investigaciones cuyo objeto de estudio han sido la seguridad social, el derecho laboral, la educación superior, el régimen salarial y prestacional de los profesores de universidades públicas y el desarrollo rural. Investigadora Asociada Minciencias. Correo electrónico: spatricia.duque@udea.edu.co

STEVEN OROZCO-ARCILA

Doctor en Salud Pública. Profesor Facultad Nacional de Salud Pública, grupo de investigación Gestión y Políticas de Salud, Coordinador Doctorado en Salud Pública, Universidad de Antioquia. Correo electrónico: steven.orozca@udea.edu.co

YADIRA E. BORRERO-RAMÍREZ

Médica, Magister en Sociología y Doctora en Salud Pública. Docente de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Correo electrónico: yadira.borrero@udea.edu.co

El momento de escuchar a la academia

Preguntarse, cuestionarlos... debatir sobre los retos y aprendizajes del derecho fundamental a la salud y la seguridad social a 30 años de la Constitución Política de 1991 es —si se me permite tal afirmación— un acto que para pocas instituciones de educación superior de Colombia tiene tanto sentido y pertinencia como para la Universidad de Antioquia.

Esta bicentenaria institución ha sido reconocida por su histórico e indeclinable liderazgo para propiciar reflexiones, debates, movilizaciones y transformaciones que han contribuido a una cierta pedagogía y apropiación de los mecanismos constitucionales establecidos para que los ciudadanos puedan reclamar sus derechos frente al sistema de salud. También, como centro de formación académica, de investigación y de extensión, hemos entregado al país incontables desarrollos científicos y médicos, intervenciones e innovaciones sociales, y la formación de un sinnúmero de egresados —personal de la salud y actores del sistema— con alto criterio profesional, ético, humanista y social.

Una nostalgia, sin embargo, se me atraviesa en la mente al leer el conjunto de voces y reflexiones que contiene esta publicación conmemorativa de los 30 años de la carta magna. Se trata, sin más, de la pregunta por cuáles serían esos retos y aprendizajes del derecho fundamental a la salud y la seguridad social que hoy —seguramente con el criterio y vehemencia que lo caracterizaba—, resaltaría el médico y profesor Héctor Abad Gómez, cuyo nombre acoge

en homenaje, precisamente, nuestra Facultad Nacional de Salud Pública, unidad académica que enhorabuena lideró la concepción de este libro.

Mi mención a Héctor Abad —quien fue vilmente asesinado cuatro años antes de la proclamación de la Constitución de 1991— cobra relevancia porque buena parte del pensamiento visionario que nos legó tiene eco en los dieciocho capítulos que se tejen en este libro, en el que sus autores, a través de su reconocida trayectoria académica e investigativa, logran profundizar y controvertir sobre los avances, ¡y también sobre los vacíos!, que en términos de salud, de salud como derecho, de la salud desde lo colectivo, de la salud como sistema, de la seguridad social y de la tensión neoliberal en torno a esta, entre otros aspectos, nos ha trazado en estas tres décadas lo dispuesto en la carta fundamental.

Todos estos asuntos cobran especial vigencia en este momento en que esta publicación sale a la luz. Por un lado, la pandemia por la covid-19 y sus impactos en la salud de los colombianos nos exigen una revisión profunda de los esquemas y dinámicas que cobijan los derechos a la salud y a la seguridad social en Colombia. Y, de otro lado, este libro se hace público pocas semanas después de la llegada al poder de un nuevo gobierno nacional que ha señalado como una de sus principales apuestas la materialización de cambios radicales en la estructura y funcionamiento del sistema de salud colombiano.

No hay, entonces, mejor momento para aplaudir y compartir con los lectores esta publicación que materializa una de las acciones que como institución nos trazamos en la conmemoración de los treinta años de la carta magna —en el 2021—. Las páginas que me preceden adquieren gran sentido de oportunidad y pertinencia porque en ellas los veintiocho autores, académicas y académicos en distintas áreas y de altas calidades, corren el velo para descubrir, de manera crítica como lo hacemos en nuestra Universidad, los elementos centrales del panorama actual de la salud en Colombia.

Esa, creo yo, es una de las fórmulas urgentes en las grandes transformaciones que requiere nuestra sociedad: escuchar las voces de la academia. Así fue como nos lo enseñó Héctor Abad Gómez: “Creo que he enseñado muy poco, aunque creo que una cosa sí he logrado: hacer pensar libremente. ¿Es

esto bueno o malo? Yo creo que bueno. El pensamiento libre —fuera de ser una gran satisfacción personal— es lo que ha permitido que la humanidad haya adelantado. El pensamiento libre nos permite crear mejores esquemas y aspirar a cosas mejores”.

John Jairo Arboleda Céspedes
Rector

Prólogo

Este libro surgió de la iniciativa del exconstituyente y exrector doctor Antonio Yépez Parra, quien le propuso al Consejo Superior de la Universidad de Antioquia, en febrero de 2021, conmemorar las tres décadas de la promulgación y aprobación de la nueva Constitución de Colombia de 1991 con una compilación de reflexiones y propuestas sobre el derecho a la salud, la seguridad social y la educación, en un lenguaje dirigido a la ciudadanía que recogiera, desde una mirada diversa y profunda, los aportes académicos desde uno de los ámbitos privilegiados de la acción universitaria: el pensar la sociedad y proponer rutas de transformación social. Un llamado que acogió la Rectoría de la universidad y sus unidades académicas. La Facultad Nacional de Salud Pública convocó a un heterogéneo grupo de profesores para preparar reflexiones inéditas acerca de la evolución y los retos de los derechos a la salud y a la seguridad social en Colombia. Con esta obra se aportan valiosas reflexiones que permiten recrear la trayectoria histórica, la situación presente y los desafíos que tiene la materialización de estos derechos que se han derivado de aquel momento histórico y que constituyen dos ámbitos fundamentales de la consolidación del Estado social de derecho, la democracia y la paz en nuestro país.

Es pertinente destacar de esta historia del proceso constituyente el rol de los universitarios que lideraron el movimiento por la Séptima Papeleta, con el cual se fraguaron las bases para que los colombianos y las colombianas votaran mayoritariamente para desarrollar una reforma constitucional en el marco de las elecciones de 1990. Los estudiantes universitarios de ese entonces canalizaron su

indignación por la vida democrática intentando dar un rumbo distinto al país a través de un nuevo texto constitucional. Con la Constitución de 1991 se buscó poner fin a un ciclo de recrudescimiento de la violencia y enfrentar la crisis institucional con que iniciaba la última década del siglo xx, por la vía de la ampliación de los derechos ciudadanos y la afirmación del carácter social del Estado.

La Constitución de 1991 buscó limitar el poder presidencial, fortalecer la participación ciudadana y la descentralización territorial, ofrecer garantías a la oposición política y, en el fondo, proteger a los ciudadanos en sus derechos fundamentales, es por ello por lo que el nuevo texto constitucional puede ser leído desde unos ejes estructurantes como el compromiso con los derechos humanos, el pluralismo, la tolerancia, la libertad de cultos, la protección a los más débiles, entre otros. No cabe duda de que la Constitución de 1991 sigue siendo un instrumento y una ruta poderosa hacia la construcción de una nueva sociedad, de paz y equidad. Es el reto histórico vigente que tenemos los que conmemoramos este aniversario.

Para la salud pública contemporánea, es necesario mantener y reforzar la lucha por la protección de la vida como horizonte y máximo valor, procurando que se ofrezcan los mejores conocimientos, tecnologías y esfuerzos para lograr una respuesta social articulada y construida dialógicamente con las poblaciones y comunidades, capaz de incidir sobre los procesos sociales determinantes de la salud y garantizar el cuidado de la salud con universalidad y equidad, más aún frente a una respuesta estatal insuficiente para transformar las graves afectaciones que sufren en especial las poblaciones vulneradas y vulnerables por la pandemia –síndemia actual–. Es esta una deuda pendiente con numerosas personas y territorios del país, por ello la apuesta por una atención primaria integral de la salud como estrategia articuladora de la gestión sanitaria, y de esta con la política social, necesidad apremiante que debe resolverse en el país y un vacío de la reforma sanitaria que acompaña la nueva Constitución. La pandemia por la Covid-19 ha mostrado con contundencia la fragilidad de los mecanismos de protección social de la salud de las poblaciones de la nación y la necesidad de fortalecer las capacidades nacionales y territoriales de una respuesta sanitaria desde una perspectiva integral de la salud pública, en tanto ello configura un mecanismo central de la defensa y protección de la

vida de las poblaciones, especialmente de aquellas en situación de desventaja social, que constituyen una fracción mayoritaria en el país.

La mayoría de los autores invitados a este libro señalan la influencia del modelo neoliberal en todos los asuntos de la vida nacional, pero en especial los efectos producidos por la Ley 100 de 1993, que dio paso a la intermediación financiera y profundizó la mercantilización de la salud, generando obstáculos estructurales que se manifiestan, día tras día, en barreras de acceso real para los colombianos, a la par de la precarización del trabajo en salud, que, en su conjunto, son generadoras de malestar social, sufrimiento y muerte, cuestiones que a todas luces son éticamente inaceptables.

Es evidente que la sociedad colombiana se encuentra insatisfecha, como se ha expresado en las recientes manifestaciones del llamado estallido social del 2021, donde masivamente se han movilizad los jóvenes de las barriadas populares que ven con profunda desesperanza e incertidumbre el futuro de sus vidas y el de sus familias. Vale la pena pensar, tal como lo enseñó el proceso constituyente de inicios de los 90, cuáles son los caminos de profundización de la democracia, de fortalecimiento del Estado y de reafirmación del compromiso con la Constitución de 1991 con los cuales se puede trazar una ruta de verdadera transformación social que nos lleve a materializar la experiencia de una sociedad más justa y equitativa, en la que prime el valor de la vida humana y el de todas las especies que habitan nuestro planeta, como un hecho cierto y cotidiano, no como un privilegio de pocos.

La Facultad Nacional de Salud Pública aboga por todas las formas de alianza, diálogo y concertación social que permitan la construcción de dichas rutas transformadoras, y aboga de manera especial por una reforma estructural del sistema de salud que viabilice el desarrollo del derecho fundamental a la salud y a la seguridad social, y constituya una herramienta principal en la lucha por la protección de la vida y la reducción de la inequidad social.

Agradecemos a la Rectoría y a la Fundación Universidad de Antioquia por sus importantes contribuciones para lograr la mejor edición posible de este texto, y al Fondo Editorial FCSH de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad de Antioquia. También, a todos los profesores e invitados especiales que contribuyeron con sus valiosos contenidos en este libro.

Introducción

El libro *El derecho fundamental a la salud y la seguridad social a 30 años de la Constitución Política de 1991. Retos y aprendizajes* compila un conjunto de aportes realizados desde la mirada de diversas disciplinas científicas como aporte de la academia a la conmemoración de la celebración del treintavo aniversario de la aprobación de la vigente Constitución de la República de Colombia. En este se ofrece una visión crítica, reflexiva y propositiva acerca de la evolución de los derechos a la salud y a la seguridad social en el país.

Este libro busca llegar a lectores interesados en la salud a nivel nacional, regional y local, así como a tomadores de decisiones, a trabajadores de la salud y personal de las instituciones del sistema de salud colombiano, a organizaciones sociales que propenden por la defensa del derecho a la salud y a la seguridad social, y a comunidades académicas de instituciones de educación superior. A través de la lectura de los textos que componen las secciones del libro, se reconocen los aportes de la Corte Constitucional, la relevancia de la acción de tutela como instrumento de la garantía del derecho a la salud y la incidencia de las luchas sociales para materializar la vivencia ciudadana del derecho a la salud, todo ello enmarcado en las tensiones generadas entre el marco constitucional producido por la nueva carta magna y la implantación del modelo neoliberal en Colombia a lo largo de tres décadas de historia. Desde allí, los autores presentan propuestas y recomendaciones para corregir el rumbo y avanzar decididamente en los propósitos de un Estado social de derecho, con el fin de buscar mayor equidad y justicia social, ratificando al

unísono la necesidad imperativa de construir un sistema de salud y seguridad social que privilegie lo público, y reduzca al máximo la influencia de los mercados financiero y de servicios que se han lucrado con los recursos públicos de la salud a lo largo de estas tres décadas.

El libro se compone de cinco secciones que agrupan 18 capítulos, además de cuatro entrevistas realizadas a personalidades involucradas en la conmemoración de las efemérides de la nueva Constitución.

La primera sección presenta cinco capítulos relacionados con el marco constitucional y sus desarrollos, en la que se exponen análisis y reflexiones teóricas alrededor de los derechos humanos, el derecho a la salud y la dimensión colectiva del derecho fundamental a la salud. Todos los capítulos, desde su propio punto de vista, contextualizan tópicos y tensiones con el modelo de Estado y con la salud. Se muestran los avances a partir de condiciones propiciadas por la Constitución Política de 1991 y la abogacía progresista de la jurisprudencia, promovida por la Corte Constitucional y el Consejo de Estado. Se destaca el desarrollo de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 como un paso positivo en el camino de la plena garantía del derecho fundamental a la salud, pero que aún se encuentra a la espera de una implementación vigorosa para propiciar las transformaciones que requiere el sistema de salud, para constituir una inequívoca herramienta de la garantía de dicho derecho.

En ese contexto, el capítulo “La Constitución Política de 1991 y el devenir jurídico de la dimensión colectiva del derecho fundamental a la salud en Colombia”, de José Pablo Velásquez Escobar, presenta un recorrido por el devenir de la dimensión colectiva del derecho fundamental a la salud en el ordenamiento jurídico colombiano desde los antecedentes y la normativa de la Constitución Política de Colombia de 1991, en el que se concluye cómo el devenir expansivo de esta dimensión se viene expresando progresivamente en el ordenamiento jurídico e institucional colombianos, superando la tradición formalista del derecho gracias a las condiciones propiciadas por la Constitución Política de 1991, a la abogacía progresista de la Corte Constitucional y el Consejo de Estado, y a los desarrollos legales y reglamentarios. Por su parte, Jaime León Gañan Echavarría plantea, en el capítulo “Constitución Política y salud: una relación esencial e interdependiente”, cómo con el paso de los años

se entreteje una relación de doble vía entre Constitución y derecho a la salud, en la medida en que la Constitución ha dinamizado el concepto de *derecho a la salud* como un derecho multidimensional, y la salud ha dinamizado a la propia Constitución en el entendimiento de que la calidad de vida y la vida digna se entrelazan de forma esencial e inescindible en la construcción material de nuestro actual Estado social. En el capítulo “Estado social de derecho y seguridad social en la Constitución de 1991”, de Jorge Hernán Betancur García, se propone una reflexión para profundizar en el significado del Estado social de derecho, en el que lo social no es un simple agregado a la fórmula del Estado de derecho, sino que es precisamente la esencia propia de este, ubicando allí la seguridad social como el mecanismo social en el que se concreta su finalidad. Por su parte, Sandra Patricia Duque Quintero y Luis Albeiro Pérez Villa, en el capítulo “Transformaciones del derecho a la seguridad social a partir de la Constitución Política de 1991”, describen las transformaciones que ha sufrido la seguridad social vía jurisprudencial, considerada inicialmente como un derecho dentro de los denominados derechos políticos, sociales, económicos y culturales, a ser considerado posteriormente como un derecho humano fundamental autónomo. Finaliza esta sección el capítulo “Esencia neoliberal de las políticas de protección social de los Gobiernos del país que se han sucedido después de la aprobación de la Constitución Política de 1991”, de Luz Mery Mejía-Ortega y Álvaro Cardona, en el que presentan un análisis de la política social y económica de los Gobiernos de Colombia de los últimos 30 años, en el que verifican cómo ha habido una continuidad histórica en las orientaciones de todos los periodos de gobierno que se han sustentado en los postulados neoliberales del Consenso de Washington.

La segunda sección presenta cinco capítulos relacionados con la salud pública, el derecho a la salud y las reformas sanitarias forjadas en el marco de la tensión entre reformas neoliberales y construcción social del derecho a la salud. Los diferentes textos coinciden en una mirada crítica de la salud que se ha venido abriendo camino por la vía judicial como derecho fundamental en Colombia, después de la Constitución de 1991, y en la necesidad de reposicionar el trabajo en salud con un enfoque intersectorial hacia un concepto de salud más centrado en los determinantes sociales, que incluye una mirada sobre

las crisis ambiental y climática que atraviesan el planeta, que imponen nuevos retos a la salud pública y nos demandan descentrar la mirada de la enfermedad y avanzar en enfrentar los procesos sociales determinantes de la salud como una ruta para el logro de la equidad social y sanitaria.

Esta sección inicia con el capítulo “Disyuntiva de desarrollo en la Constitución Política de 1991, consecuencias para la planificación de la salud pública y su relación con las manifestaciones de la pandemia”, de Álvaro Cardona y Luz Mery Mejía-Ortega, en el que se analizan las dos vertientes de la filosofía política que se enfrentaron en el devenir del proceso constituyente, y cómo una de estas se ha impuesto en los procesos políticos y en las reformas sectoriales, lo que ha jugado a favor de los intereses de grandes grupos económicos y financieros nacionales e internacionales, desde lo cual explican el deterioro de la salud pública y la virtual desaparición de la planificación en salud y sus consecuencias en el actual manejo de la pandemia por la Covid-19. A continuación, David Arnovis Hernández Carmona presenta el capítulo “La gestión de la salud y la vida en el contexto de la Constitución de 1991, y en momentos de crisis ambiental y climática”, en el que propone unas líneas de acción ante los retos derivados del cambio climático y la crisis ambiental, los cuales le imponen nuevos desafíos a la sociedad colombiana para garantizar el derecho a la salud y la vida de toda la población y de las demás especies vivas. En el capítulo “La salud, la equidad y los determinantes sociales: una mirada a 30 años de la Constitución Política nacional”, de Gabriel Jaime Otálvaro Castro, Luz Adriana Muñoz Duque y Steven Orozco Arcila, se presenta un análisis de la evolución en el abordaje de los determinantes sociales de la salud y de la equidad sanitaria en Colombia a 30 años del proceso constituyente, para lo cual los autores se valen de un análisis de las brechas urbano-rurales del territorio nacional, en el que concluyen que, más allá de las buenas intenciones y las declaraciones oficiales, desde la óptica de la equidad y los determinantes sociales la política sanitaria nacional adolece de avances significativos, y sus medidas resultan ineficaces e insuficientes para incidir sobre la trama de configuración de la inequidad social del país. Por su parte, Eliana Martínez Herrera, Jorge Pérez Jaramillo y Camilo Chaverra Monsalve, en el capítulo “Territorios saludables en Colombia a 30 años de la Constitución Política. Memorias

sociales de transformaciones urbanas. Medellín, 2021”, presentan una mirada a la producción de la salud en las ciudades, en un contexto nacional de amplias diversidades e inequidades, las cuales no pueden ser resueltas desde la mera visión del acceso a los servicios de salud, requiriendo de procesos sociopolíticos relacionados con el alcance de las políticas de bienestar social, así como de procesos culturales de construcción intersubjetiva de sentidos y significados sobre la justicia en la vida cotidiana y en la interacción social. Finaliza esta sección con el capítulo “El sistema de salud de Colombia, entre el derecho a la salud y 30 años de reforma neoliberal”, de Álvaro Franco Giraldo, en el cual analiza los cambios del sistema de salud en el marco de los desarrollos constitucionales y legislativos de los últimos 30 años, a la luz de la tensión entre el derecho a la salud y la tendencia neoliberal del modelo nacional de desarrollo adoptado. En el análisis se explica cómo el acceso a la salud, la gobernanza del sistema y las condiciones de vida y bienestar han quedado en deuda con los principios y fundamentos de la Constitución Política, y con los ideales de la salud universal, desdibujando con ello el propio Estado social de derecho.

La tercera sección presenta cinco capítulos relacionados con el derecho a la salud y sus condiciones de realización, analizadas a la luz de la provisión de los servicios de salud y el rol de los aseguradores y prestadores, colocando en el centro el desarrollo de la tutela en Colombia como mecanismo judicial para la defensa y garantía del derecho fundamental a la salud, que se ha constituido en una fuente de reafirmación del Estado social de derecho. Los autores abogan por verdaderas reformas que resulten de amplios diálogos sociales y reafirmen el carácter democrático del sistema de salud, con lo cual se beneficien los sectores más olvidados de la sociedad y se privilegie la salud pública y la atención primaria de la salud.

La sección inicia con el capítulo “A 30 años de la acción de la tutela y el derecho fundamental a la salud en Colombia”, de Diana Patricia Guerra Mazo, en el cual expone cómo el Tribunal Constitucional en sus inicios, cuando ampara el derecho a la salud, lo hace con una alta carga de doctrina iusfundamental, basada en la teoría de los derechos humanos y en las obligaciones del Estado social de derecho, con lo cual amplía la enunciación de los derechos, logrando que los principios, valores y fines consagrados en la Constitución Política de

Colombia de 1991, en la parte dogmática, se articulan con el bloque de constitucionalidad, donde los derechos de dignidad humana e igualdad material se constituyen en los pilares cuando se trata del mandato de protección inmediata de la salud. Continúa con el capítulo “La transparencia y el derecho de acceso a la información pública: garantías del derecho fundamental a la salud”, de Jairo Humberto Restrepo Zea y Martha Elena Badel Rueda, en el que analizan cómo las barreras al acceso a la información pública, la corrupción y la opacidad constituyen transgresiones del derecho fundamental a la salud, a partir de lo cual sustentan la necesidad de una política sectorial de integridad y transparencia para el sistema de salud, que constituya una base para el fortalecimiento de la legitimidad y gobernanza del sistema de salud. Luego, el propio Jairo Humberto Restrepo Zea presenta el capítulo “Financiación de la seguridad social en salud: Colombia 1991-2021”, en el que se describen los cambios en la financiación del sistema de salud en el marco de las reformas sanitarias y de descentralización territorial, se destacan los avances en cobertura y protección financiera atribuibles a dichas reformas, así como una serie de retos y desafíos para conservar los logros y alcanzar mejores resultados, poniendo el foco de la discusión en la sostenibilidad financiera, lo que demanda la búsqueda de nuevas fuentes de recursos y la puesta en marcha de acciones para mejorar la eficiencia y prevenir la corrupción. Seguidamente, se presenta el capítulo “Décadas perdidas y ganadas de la Atención Primaria de la Salud (APS): el sentir, la necesidad y sus antecedentes en la ruta de la Constitución del 91”, de Juan Eduardo Guerrero Espinel, Rafael Tuesca Molina y Erwin Hernando Hernández Rincón, en el que realizan un recorrido histórico en la construcción de la estrategia de APS a nivel nacional, analizando las contradicciones emergentes que permiten comprender el significado de las ganancias y pérdidas en el desarrollo de la APS, identificando lecciones aprendidas y señalando las transformaciones urgentes que requiere el sistema de salud en Colombia. Finaliza esta sección con el capítulo “Los hospitales públicos en Colombia: entre las políticas basadas en la sostenibilidad financiera y su contribución a la garantía del derecho fundamental a la salud. Colombia, 2021”, de Gilma Stella Vargas Peña y Luis Alberto Martínez Saldarriaga, en el que se analiza el impacto de las reformas neoliberales en los hospitales públicos, identificando cómo estas

han propiciado la crisis de la red pública hospitalaria nacional que ha afectado la garantía del derecho a la salud de la población. Desde allí se realizan propuestas de mejoramiento para la permanencia de los hospitales públicos en el sector salud con la cual contribuir a la garantía de este derecho, que entran en el debate de las últimas reformas a la política sanitaria propuestas desde el ejecutivo, con las cuales se pretendió profundizar en el mercado de la salud legalizando la apertura al capital financiero internacional y la conformación de oligopolios de aseguradores regionalizados, iniciativa que fue archivada como resultado de la presión social ejercida en el histórico Paro Nacional del 2021.

La cuarta sección contiene tres capítulos relacionados con la salud desde una mirada de la ciudadanía y desde las apuestas del movimiento sanitario en la construcción de un nuevo modelo de salud para Colombia que los autores consideran posible y necesario, lo que demanda el entendimiento de que transformar una estructura tan consolidada y sustentada en poderosos intereses económicos y políticos implica un cambio profundo en la correlación de fuerzas de la sociedad, dentro y fuera del Estado, lo que no será posible sin la confluencia legítima y sólida de los sectores sociales y políticos que así lo propongan, y lo reafirmen con su acción colectiva.

El capítulo “Luchas por el derecho a la salud. Disputas por la dignidad y el reconocimiento”, de Yadira Eugenia Borrero Ramírez y María Esperanza Echeverry López, presenta una mirada, desde los actores subalternos en Colombia, de los procesos de construcción y apropiación de la salud como un derecho humano fundamental, enmarcados en la tensión entre los postulados y desarrollos de los poderes públicos, identificando cómo las luchas por la salud construyen y disputan sentimientos morales en torno a la redistribución y el reconocimiento que ponen en el centro el debate sobre la dignidad humana y el cuidado de la vida. A continuación, el capítulo “Un sistema de salud público y único para Colombia es posible y necesario”, de Mario Hernández Álvarez, propone una explicación para la persistencia del modelo de aseguramiento colombiano y su éxito internacional, a pesar de sus profundos problemas para materializar el mandato jurisprudencial y legal de considerar la atención integral en salud como un derecho fundamental autónomo desde 2008. Argumenta el autor que se trata de un problema de estructura y no de incentivos adecuados para los agentes. A partir

de ello, se presenta una propuesta de sistema público y único como alternativa necesaria y posible para Colombia, que adquiera mayor relevancia en medio de la crisis sociopolítica y económica que se vive en la coyuntura de esta pandemia y el recrudecimiento del conflicto armado interno a 30 años de la promulgación de la Constitución. Finaliza esta sección con el capítulo “Salud y seguridad social en el mundo rural: algunos avances y muchos retos a 30 años de la Constitución Política de 1991”, de Mónica María Lopera Medina y Sandra Patricia Duque Quintero, en el cual se describe la situación de salud, pensiones y riesgos laborales en las zonas rurales, con el fin de identificar si han tenido efectos concretos en los modos de vida de estas poblaciones, y planteando la necesidad de impulsar acciones afirmativas que les permitan a las comunidades rurales el acceso real y efectivo a estos derechos.

La quinta y última sección incluye cuatro entrevistas, que presentan valiosos testimonios y reflexiones de actores relevantes de los procesos históricos implicados en el origen y desarrollo de la Constitución Política de 1991. La primera entrevista fue a la exconstituyente y senadora Aída Abello, titulada “Nuestro gatopardismo político a 30 años de la Constitución”; la segunda fue a la presidenta de la Asociación Colombiana de Salud Pública, Dionne Alexandra Cruz, titulada “La Constitución de la paz y la salud pública en la construcción de una soberanía ciudadana”; la tercera, “El hecho más relevante desde la Constitución Política de 1991”, realizada a Camilo González Posso, negociador de los acuerdos que derivaron en la Asamblea Nacional Constituyente de 1991, y finaliza con la entrevista “La salud y la educación como derechos fundamentales a 30 años de la Constitución de 1991”, realizada a Antonio Yepes Parra, exconstituyente y exrector de la Universidad de Antioquia.

Agradecemos a los autores que respondieron a la invitación para presentar sus análisis y reflexiones, también a las directivas de la Universidad de Antioquia, en cabeza del señor rector John Jairo Arboleda, por respaldar la iniciativa.

1. La Constitución Política de 1991 y el devenir jurídico de la dimensión colectiva del derecho fundamental a la salud en Colombia¹

José Pablo Velásquez Escobar²

1.1. Los derechos humanos: una introducción

El código normativo ético-político y eventualmente jurídico de los derechos humanos (DD. HH.) condensa las aspiraciones y demandas históricas de la humanidad –y en especial desde la modernidad– por la concreción sustantiva de justicia respecto a las dolorosas experiencias vivenciadas ante conductas que, por acción u omisión, han sido tiránicas, opresivas, arbitrarias, abusivas y evasivas, y determinadoras de violencias por parte de quienes detentan el poder; verbigracia, el Estado, empresas u organizaciones mixtas o privadas, o personas naturales que se presumen están bajo la vigilancia y control del

- ¹ Este capítulo se deriva de la investigación “El derecho a la salud en su dimensión colectiva. Una propuesta desde la filosofía moral y política”, desarrollada en el marco del doctorado en Filosofía de la Universidad Pontificia Bolivariana, cuyo director de tesis fue el profesor Omar Julián Álvarez Tabares.
- ² *Grupo de Investigación Gestión y Políticas de Salud, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia UdeA, Calle 70 No. 52-21, Medellín, Colombia, Profesor asistente, correo: jose.velasquez@udea.edu.co*

Estado, conductas con las que en todo tiempo se amenazan o violan bienes primarios –tangibles e intangibles–, y necesidades básicas. Tal carácter primario y básico de esos bienes y necesidades hace que los DD. HH. sean valorados como inherentes a la dignidad humana, universales, irrenunciables, indivisibles, interdependientes e interrelacionados entre sí. En ese sentido, el carácter vinculante de los DD. HH. se torna en un pliego de exigencias concretas de condiciones de posibilidad para la vida digna, de calidad y sustentable de individuos y colectivos como parte de la “Familia Humana”.³

Al contrario de las tesis escépticas, relativistas y revisionistas de los DD. HH., el presente ensayo se decanta por una postura de abogacía progresista de estos, soportada en una interpretación jurisprudencial y doctrinal *pro homine/pro humanitas* mediante la cual se sostiene que tanto los derechos civiles, como los políticos, los económicos, los sociales, los culturales y los colectivos son –en conjunto– derechos humanos fundamentales.

1.2. Salud y derechos humanos

La salud es un proceso y un constructo sociocultural complejo, con manifestaciones fenoménicas concretas. Está determinada biológica, ambiental, histórica, ética, política, social, jurídica, económica y culturalmente por una serie de procesos y factores estructurales que se interrelacionan dinámicamente entre sí, influyendo en las condiciones, modos, estilos y maneras de funcionar de los individuos y colectivos en la vida cotidiana, lo cual se refleja o tiene repercusiones en su bienestar físico, mental, social e incluso espiritual,⁴ de allí que la

3 François Houtart, “De los bienes comunes al bien común de la humanidad”, *Revista El Ágora USB*, Vol. 14, no. 1 (2014): 259-93; Carlos Eduardo Maldonado, *Hacia una fundamentación filosófica de los derechos humanos*, 3.ª ed. ampliada y corregida (Bogotá: Arango Editores, 2010), 93, 127.

4 Jaime Breilh, “La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)”, *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, Vol. 31 (2013): S13-S27; Lluís Duch, *Antropología de la vida cotidiana* (Madrid: Editorial Trotta, 2002); Rosa Maria Boixareu, coord., *De la antropología filosófica a la antropología de la salud* (Barcelona: Herder, 2008), <http://public.ebookcentral.proquest.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=4507818>; “Constitución de la Organización Mundial de la Salud”, Organización Mundial de la Salud, oms, World Health Organization, who, 1946, art. 1, <https://www.who.int/governance/eb/constitution/es/>.

salud sea tenida como un valor individual y social,⁵ una ética material y una ontología de la vida;⁶ una necesidad básica humana,⁷ un bien público positivo en biopolítica,⁸ una capacidad que es condición de posibilidad para tener más opciones de ejercer la libertad y autodeterminación, y oportunidades para el logro de la autorrealización individual y colectiva para el florecimiento y el desarrollo humanos.⁹ En suma, es un bien común de la humanidad, esencial para la vida digna, buena vida/buen vivir, de forma solidaria, con calidad y sustentable.¹⁰

Por lo anterior, todos aquellos determinantes que históricamente se han padecido, reconocido y comprendido como morbigénicos, dañinos, lesivos, patológicos, perjudiciales o tanáticos para la vida y la salud han propiciado en la contemporaneidad una especie de “consenso entrecruzado” de la humanidad,¹¹ para exigir ético-política y jurídicamente que ese bien común de la

- 5 Esther Caricote y Evelyn Figueroa de Sánchez, “La salud como valor”, *Revista Educación en Valores*, Vol. 1, no. 5 (2006): 69-78, <http://servicio.bc.uc.edu.ve/multidisciplinarias/educacion-en-valores/a3n5/3-5-6.pdf>.
- 6 Maldonado, *Hacia una fundamentación*, 117.
- 7 Gillian Brock and David Miller, “Needs in Moral and Political Philosophy”, in *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, ed. Edward N. Zalta (Stanford: Metaphysics Research Lab, Stanford University, 2019), <https://plato.stanford.edu/archives/sum2019/entries/needs/>; Paulette Dieterlen, “Derechos, necesidades básicas y obligación institucional”, en *Pobreza, desigualdad social y ciudadanía. Los límites de las políticas sociales en América Latina*, 1.ª ed., comp. Alicia Ziccardi (Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, CLACSO, 2001), 13-21, <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/gt/20101029063258/3gordon.pdf>.
- 8 Anna Quintana Feixas, “Biopolítica y salud pública según Michel Foucault”, *Estudios Filosóficos*, Vol. 60, no. 175 (2011): 435-51.
- 9 Martha C. Nussbaum, *Crear capacidades. Propuesta para el desarrollo humano* (Barcelona: Paidós, 2016); Jennifer Prah Ruger, “Toward a Theory of a Right to Health: Capability and Incompletely Theorized Agreements”, *Yale Journal of Law & the Humanities*, Vol. 18, no. 2 (2006): 1-47; Amartya Sen, “La salud en el desarrollo”, *Boletín de la Organización Mundial de La Salud: Recopilación de artículos*, no. 2 (2000): 16-21, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/57579>.
10. Jaime Breilh, “Hacia una construcción emancipadora del derecho a la salud”, en *¿Estado constitucional de derechos? Informe sobre derechos humanos Ecuador 2009* (Quito: Ediciones Abya-Yala, 2010), 263-83, <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/948/1/DD-HH-Inf-13-Breilh-Hacia%20una%20construcci%c3%b3n%20emancipadora.pdf>; Breilh, “La determinación social”; Houtart, “De los bienes comunes”; Leslie London et al., “Social Solidarity and The Right to Health: Essential Elements for People-Centred Health Systems”, *Health Policy and Planning*, Vol. 30, no. 7 (2014): 938-45, <https://doi.org/10.1093/heapol/czu083>.
11. John Rawls, *El derecho de gentes y “una revisión de la idea de la razón pública”*, trad. Hernando Valencia Villa (Barcelona, Buenos Aires: Paidós Ibérica, 2001); John Rawls, *Teoría de la justicia* (Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica, 2012); “Historia de la redacción de

humanidad que es la salud sea reconocido, respetado, desarrollado, protegido y garantizado de manera efectiva como un derecho humano fundamental. Esa exigencia se ha trasladado a los Estados en general, pero en particular a los que hacen parte de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) como un asunto que debe preocuparles y ocuparles, esperando que cumplan con obligaciones generales y específicas de respetar, proteger y cumplir con el derecho a la salud, derecho que debe ser integrado, interpretado y aplicado –según su contexto, objeto y fin– de manera contextual, sistémica, integral, expansiva y con “enfoque basado en los derechos humanos”.¹²

En el devenir del derecho a la salud –que hace parte de los denominados derechos económicos, sociales y culturales–, su sentido, contenido y alcance se han venido desarrollando jurisprudencial y doctrinalmente. Actualmente, este derecho, como uno humano complejo, es entendido como un derecho abierto, indeterminado, expansivo, evolutivo y de progresiva realización,¹³ como un “clúster” o “racimo de derechos”¹⁴ contentivo de preceptos conductuales, de obligaciones individuales y colectivas para los Estados parte y otros agentes no gubernamentales, tendientes a lograr condiciones sustantivas salutogénicas que conlleven el “disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. Lo anterior implica destinar todas “las medidas necesarias” y el “máximo de recursos disponibles” que aseguren la plena efectividad de este

.....
la Declaración Universal de Derechos Humanos”, ONU, Naciones Unidas, 2020, <https://www.un.org/es/documents/udhr/history.shtml>; Nussbaum, *Crear capacidades*, 110.

- 12 Paul Hunt, “Interpreting the International Right to Health in a Human Rights-Based Approach to Health”, *Health and Human Rights*, Vol. 18, no. 2 (2016): 120, 122; “Carta de las Naciones Unidas”, Organización de las Naciones Unidas, ONU, 1945, <https://www.un.org/es/charter-unted-nations/>; “Protocolo adicional a la Convención Americana sobre derechos humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales ‘Protocolo de San Salvador’”, Organización de Estados Americanos, OEA, 1988, art. 22, #1, <https://www.oas.org/juridico/spanish/Tratados/a-52.html>; “Convención de Viena sobre el derecho de los tratados”, Organización de las Naciones Unidas, ONU, Equipo Nizkor, 1969, #31-32, <http://www.derechos.org/nizkor/ley/viena.html>; “Observación General N° 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, Organización de las Naciones Unidas, ONU, y Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, CESCR, ACNUR, 2000, #38, <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>.
- 13 Audrey R. Chapman, *Global Health, Human Rights and the Challenge of Neoliberal Policies* (Cambridge: Cambridge University Press, 2016), 33.
- 14 Judith Jarvis Thomson, *The Realm of Rights* (Cambridge: Harvard University Press, 2013), 55, 67.

derecho.¹⁵ Este racimo de derechos que es el derecho a la salud coimplica las dimensiones individual y colectiva.¹⁶

1.3. Dimensión colectiva del derecho fundamental a la salud

La dimensión colectiva del derecho fundamental a la salud –siguiendo la línea argumentativa de los DD. HH. y del “clúster” o “racimo de derechos” que es el derecho a la salud– recoge, expresa y exige normativamente el reconocimiento, desarrollo, protección, respeto y garantía de la dimensión colectiva de la salud del individuo y de los colectivos frente a conductas activo-omisivas por parte del Estado, de personas jurídicas y naturales, e incluso de la comunidad internacional de naciones, ora porque tienen el potencial o la efectiva capacidad de causar “mal-estar”,¹⁷ “enfermamiento”,¹⁸ “patología social” e incluso desintegración y destrucción social,¹⁹ ora por no prevenir las o no contribuir –estando obligadas a ello– con intervenciones y acciones salutogénicas en favor del más elevado nivel posible de bienestar físico, mental y social.

Se ha interpretado, desde el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC), que la dimensión colectiva del derecho a la salud implica reconocer, respetar, proteger y garantizar los saberes y prácticas en salud de los pueblos indígenas, a la vez que relieves la importancia de las estrategias y acciones de Salud Pública (SP) por parte del Estado y que hacen parte de los derechos colectivos.²⁰ Otras interpretaciones conciben que la dimensión colectiva de la salud se limita al derecho colectivo específico a la salud pública,²¹

15 Hunt, “Interpreting the International Right”, 115; Benjamin Mason Meier and Larisa M. Mori, “The Highest Attainable Standard: Advancing a Collective Human Right to Public Health”, *Columbia Human Rights Law Review*, Vol. 37 (2005): 112, 118; “Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales”, Organización de las Naciones Unidas, ONU, ACNUDH, 1966, arts. 2 y 12, <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>.

16 “Observación General N° 14”, ONU y CESCR, # 27, #30.

17 Ernesto Garzón, “Derechos humanos y diversidad cultural”, en *Los Derechos Humanos en un mundo dividido*, ed. Javier Torres (Bilbao: Universidad de Deusto, 1999), 107.

18 Duch, *Antropología de la vida*, 217.

19 “Violencia cultural”, Johan Galtung, Gernika Gogoratuz, 2003, <https://www.gernikagogoratuz.org/portfolio-item/violencia-cultural-galtung/>; Axel Honneth, *La sociedad del desprecio* (Madrid: Editorial Trotta, 2011).

20 “Observación General N° 14”, ONU y CESCR, # 21, #27 y #30.

21 Meier and Mori, “The Highest Attainable Standard”.

lo cual es muy general dado que no todo en la SP –como campo inter y transdisciplinar– es normativo y constitutivo del derecho a la salud, de allí que haya quienes piensen pragmáticamente que lo colectivo de la salud ha de circunscribirse a “acciones e intervenciones en SP”.²² Finalmente, están los que asumen la postura de abogacía progresista por la cual y con la cual defienden la tesis de que el derecho a la salud es fundamental, e implica una dimensión individual y colectiva en la que la SP no debe escindirse del derecho a la salud, sino que, siendo parte de este, debe dársele un enfoque de derechos humanos para que sea implementado, protegido, promovido, garantizado y hecho efectivo por los Estados conforme se reconocen y garantizan los demás DD. HH.²³

Es dable aseverar entonces que la dimensión colectiva del derecho a la salud cubre, por una parte, una dimensión colectiva del individuo en el orden de sus relaciones *con el otro* y *con lo otro*, ya que, contrario a lo sostenido en modelos explicativos biomédicos morbicéntricos, en el complejo proceso salud-enfermedad no todo se genera o acaece en los límites de la “piel” de cada persona,²⁴ sino que determinantes exógenos como lo ambiental, lo social, lo económico, lo político, lo ético-jurídico, lo cultural y aquello que contribuye con otorgar sentido de trascendencia a la vida puede determinar positivamente condiciones de bienestar y florecimiento en el orden de las relaciones y funcionamientos sociales de la persona. O bien pueden determinar negativamente experiencias personalísimas de vida de sufrimiento, dolor, tristeza, melancolía, malestar, apatía, relacionadas con disfuncionalidades de la persona en sociedad, como parte de un proceso de “enfermamiento” de su dimensión colectiva.²⁵ Según lo

22 Norman Daniels, “Justice and Access to Health Care”, in *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, ed. Edward N. Zalta (Stanford: Metaphysics Research Lab, Stanford University, 2017), <https://plato.stanford.edu/archives/win2017/entries/justice-healthcareaccess/>.

23 Chapman, *Global Health*; Hunt, “Interpreting the International Right”; London et al., “Social Solidarity”.

24 Alan Card, “Moving Beyond the WHO Definition of Health: a New Perspective for an Aging World and the Emerging Era of Value-Based Care”, *World Med Health Pol*, Vol. 9, no. 1 (2017): 131.

25 Amalio Blanco y Darío Díaz, “Bienestar social y trauma psicosocial: una visión alternativa al trastorno de estrés postraumático”, *Clínica y Salud*, Vol. 15, no. 3 (2004): 227-52; Amalio Blanco y Darío Díaz, “Orden social y salud mental: una aproximación desde el bienestar social”, *Clínica y Salud*, Vol. 17, no. 1 (2006): 7-29; Émile Durkheim, *El suicidio. Un estudio de sociología*, trad. Sandra Chaparro Martínez (Zaragoza: Titivillus, 2016), <https://docer.com.ar/doc/88ccx1>; Ignasi Fuster, “Perspectiva antropológica del sufrimiento”, *Espíritu: cuadernos*

antes dicho, se hace mandatorio implementar políticas, planes, investigaciones, programas, estrategias, intervenciones, acciones y prestaciones de educación, prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación que contribuyan con el bienestar de toda persona, en función de potenciar el desarrollo de sus capacidades sociales que, a todas luces, coadyuven con su bienestar integral.

Por otra parte, la dimensión colectiva del derecho a la salud de los colectivos busca “asegurar” a las poblaciones, comunidades y grupos humanos de orden local, regional, estatal, e incluso mundial, que cuentan con un mínimo organizativo, con algún tipo de vínculo intersubjetivo, un proyecto futuro y capacidad de acción para dar respuesta de alcance y efecto colectivo a los determinantes que afectan negativamente la salud de las poblaciones, a través de estrategias, acciones e intervenciones participativas de carácter inter y transdisciplinar, e inter y transectorial en los territorios, contando para ello con la rectoría y/o acompañamiento de los Estados. En suma, respuestas o “medidas” con las cuales “reducir la mortalidad y mortalidad infantil”, “mejorar la higiene del trabajo” –hoy seguridad y salud en el trabajo–, “mejorar el medio ambiente”, “prevenir y tratar enfermedades epidémicas, endémicas y profesionales”,²⁶ en conjunción con otros derechos que aparecían como “innominados” y que se han explicitado e independizado –“fragmentándose” del haz de derechos del derecho a la salud–, pero que, en todo caso, han hecho parte de las funciones esenciales de la salud pública: el agua potable, el saneamiento básico y el medio ambiente sano.²⁷

.....
del Instituto Filosófico de Balmesiana, no. 130 (2004): 263-77; Adam Grearson, “The Ladder of Wellness: Relating Happiness, Subjective Well-being, and Flourishing”, *Journal of Undergraduate Studies at Trent (JUST)*, Vol. 4, no. 1 (2016): 126-34; Corey L. M. Keyes, “Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 73, no. 3 (2005): 539-48, <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>; Elena Zubieta, Marcela Muratori y Omar Fernández, “Bienestar subjetivo y psicosocial: explorando diferencias de género”, *Salud & Sociedad*, Vol. 3, no. 1 (2012): 66-76, <https://doi.org/10.22199/S07187475.2012.0001.00005>.

²⁶ “Pacto Internacional de Derechos Económicos”, ONU, ACNUDH, art. 12, #2.

²⁷ “Protocolo adicional a la Convención Americana”, OEA, art. 11; “64/292. El derecho humano al agua y el saneamiento”, Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas, ONU, 3 de agosto de 2010, <https://undocs.org/sp/A/RES/64/292>; “70/169. Los derechos humanos al agua potable y el saneamiento”, Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas, ONU, 22 de febrero de 2016, <https://undocs.org/es/A/RES/70/169>; Organización Panamericana de la Salud, OPS, *La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción*

Son ejemplos de algunas acciones e intervenciones relacionadas con los descriptores normativos del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) la realización de diagnósticos situacionales y caracterizaciones sobre condiciones de vida de una comunidad, las investigaciones socioepidemiológicas, la formulación, ejecución y evaluación participativa de políticas públicas en salud, la educación en la salud y para esta, el desarrollo de innovaciones tecnológicas, las inmunizaciones con vacunas, el control de vectores, el fomento y exigencia de cambios en tradiciones que resultan lesivas para la salud de grupos poblacionales, las orientaciones de sistemas y servicios de salud con enfoque de derechos humanos, la ampliación de sistemas de protección social, el acompañamiento de políticas contra la pobreza y acceso a servicios básicos. Además, influir en las agendas públicas para el desarrollo de una infraestructura saludable y segura, conseguir acceso al agua potable, saneamiento básico, seguridad alimentaria y un medio ambiente sano, así como influir en la regulación de bienes y servicios –y participar de estos– que dependen de otros sectores, pero que afectan la salud. Igualmente, contribuir activamente con el abordaje de los determinantes sociales de la salud, incluidas las estructuras de organización, procesos de producción-reproducción socioeconómica y de redistribución de oportunidades, bienes y recursos que afectan negativamente la dimensión colectiva de la salud de los colectivos, generando con ello grandes, graves e injustificadas inequidades socio-sanitarias, “mal-estar” social y “enfermamiento/patología social”.²⁸

.....

(Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, 2002), 54, https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=4036:salud-publica-en-americas-nuevos-conceptos-analisis-desempeno-bases-para-accion&Itemid=2080&lang=es#gsc.tab=0.

- 28 Luz Stella Álvarez Castaño, “Los determinantes sociales de la Salud, más allá de los factores de riesgo”, *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Vol. 8, no. 17 (2009): 69-79; Breilh, “La determinación social”; Edmundo Granda, “A qué llamamos salud colectiva, hoy”, *Revista Cubana de Salud Pública*, Vol. 30, no. 2 (2004); Honneth, *La sociedad del desprecio*; Asa Cristina Laurell, “La salud-enfermedad como proceso social”, *Cuadernos Médico Sociales*, no. 19 (1982): 1-11; Organización Mundial de la Salud, oms, y Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, CDSS, *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud* (Ginebra: Ediciones de la oms, 2009), https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44084/9789243563701_spa.pdf?sequence=1&isAllowed; Pan American Health Organization, PAHO, and World Health Organization, WHO, *The Essential Public Health Functions in the Americas. A Renewal for the 21st Century. Conceptual*

1.4. Lo colectivo del derecho a la salud antes de la Constitución Política de 1991

Colombia ha experimentado cambios sustantivos en la forma de concebir el Estado y el derecho, debatiéndose entre el formalismo legalista y el constitucionalismo garantista y principialístico antiformalista. Lo anterior tiene importancia por cuanto la Constitución Política de Colombia de 1886 no tuvo la capacidad de desarrollar jurídica y sustantivamente todos los derechos contenidos en la Comisión Interamericana de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (CIDH-NU). La salud tuvo un desarrollo preponderantemente legal y reglamentario en el marco de un modelo asistencialista, la cual, tras la ratificación del PIDESC, llegaría a recibir incipientemente el tratamiento de “derecho” individual mediante la Ley 9 de 1979.²⁹

1.5. Asamblea Nacional Constituyente, Estado social de derecho y derecho a la salud en su dimensión colectiva

En Colombia, tras un proceso social, político-electoral y jurídico iniciado en 1988, que buscaba la reforma de la Constitución, se eligió mediante votación popular una Asamblea Nacional Constituyente (ANC) de histórica configuración pluralista y multipartidista, con la finalidad de recomponer el orden institucional mediante la reforma o sustitución de la Constitución Política de 1886 y, con ello, dar solución a los problemas arrastrados a lo largo del siglo xx, aportar a la justicia social y a la paz de la nación.³⁰

La ANC se instaló y operó en medio de grandes debates filosóficos internacionales –aún inacabados, pero más decantados– que se remontan hasta el siglo XIX, en los que se demarcan varias posturas ético-políticas con respecto a los DD. HH.: i) las posturas escépticas de los derechos humanos;³¹

.....
Framework and Description, 1.ª ed. (Washington D. C.: PAHO, 2020), https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53124/9789275122655_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

29 Colombia, Congreso de la República, Ley 9 de 1979, Por la cual se dictan Medidas Sanitarias, arts. 594, 595, http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0009_1979.html.

30 “Asamblea Nacional Constituyente-Archivo”, Banrepcultural, 1990-1991, <https://www.banrepcultural.org/coleccion-bibliografica/especiales/asamblea-nacional-constituyente-archivo>.

31 Jeremy Bentham, “Critique of the Doctrine of Inalienable, Natural Rights”, in *The Works of Jeremy Bentham*, Vol. 2, ed. John Bowring (Edinburgh: William Tait, 1843), 4, <http://www>.

ii) las posturas revisionistas, que solo aceptan como derechos humanos algunos de los civiles y políticos del catálogo de la Carta Internacional de Derechos de la ONU,³² en las que predomina la convicción de que la salud, *per se*, no es un derecho fundamental; iii) las posturas relativistas, que cuestionan la existencia de DD. HH. universales que puedan ser impuestos por la ONU –siguiendo lógicas colonialistas– a pueblos con cosmovisiones, significaciones, sentidos y prácticas diversas en relación con la justicia,³³ y, finalmente, iv) las posturas de abogacía, que reconocen y defienden la totalidad de los DD. HH.: a) la abogacía moderada defiende el derecho fundamental a la salud bajo el entendido de ser únicamente un derecho individual limitado a las condiciones de acceso a tecnologías en salud,³⁴ y b) la abogacía progresista, que defiende la fundamentalidad del derecho a la salud en sus dimensiones individual y colectiva con enfoque de derechos humanos.³⁵

.....
derechoshumanos.unlp.edu.ar/assets/files/documentos/critique-of-the-doctrine-of-the-inalienable-natural-rights-jeremy-bentham.pdf; Karl Marx, *Sobre la cuestión judía* (Greenbooks digital, 2021).

- 32 Maurice Cranston, “Human Rights, Real and Supposed”, in *Political Theory and the Rights of Man*, 1.ª ed., ed. D. D. Raphael (London: Macmillan, 1967), 163-73; Friedrich A. Hayek, *Derecho, legislación y libertad. Una nueva formulación de los principios liberales de la justicia y de la economía política*, 2.ª ed. (Madrid: Unión Editorial, 2014); Robert Nozick, *Anarquía, estado y utopía* (Buenos Aires, México, Madrid: Fondo de Cultura Económica, 1991); Onora O’Neill, “The Dark Side of Human Rights”, *International Affairs (Royal International Affairs 1944)*, Vol. 81, no. 2 (2005): 427-39; Robert Sade, “Is Health Care a Right? Negative Response”, *Image*, Vol. 7, no. 1 (1974): 11-19, <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1974.tb01128.x>.
- 33 American Anthropological Association, “Statement on Human Rights”, *American Anthropologist*, Vol. 49, no. 4 (1947): 539-43, <https://doi.org/10.1525/aa.1947.49.4.02a00020>; H. Tristram Engelhardt, “Rights to Health Care, Social Justice, and Fairness in Healthcare Allocations: Frustrations in the Face of Finitude”, in *The Foundations of Bioethics*, 2.ª ed. (New York: Oxford University Press, 1996), 375-410; Aryeh Neier, “Social and Economic Rights: A Critique”, *Human Rights Brief*, Vol. 13, no. 2 (2006): 1-3; Michael Walzer, *Las esferas de la justicia. Una defensa del pluralismo y la igualdad*, trad. Heriberto Rubio (Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica, 2015).
- 34 Allen E. Buchanan, “The Right to a Decent Minimum of Health Care”, *Philosophy & Public Affairs*, Vol. 13, no. 1 (1984): 55-78; Charles Fried, “Equality and Rights in Medical Care”, in *Health Rights*, eds. Michael J. Selgelid and Thomas Pogge (London: Routledge, Taylor & Francis Group, Ashgate, 2010); Jennifer Prah Ruger, “Toward a Theory of a Right to Health: Capability and Incompletely Theorized Agreements”, *Yale Journal of Law & the Humanities*, Vol. 18, no. 2 (2006): 1-47; Sridhar Venkatapuram, *Health Justice. An Argument from the Capabilities Approach*, Kindle Version (Cambridge: Cambridge University Press, 2011).
- 35 Meier and Mori, “The Highest Attainable Standard”; London et al., “Social Solidarity”; Chapman, *Global Health*; Daniels, “Justice and Access”; Hunt, “Interpreting the International Right”;

La ANC, en relación con los DD. HH., tuvo que debatir fuertemente sobre los que serían los principios y valores fundantes de la república y transversales a esta, y sobre el modelo de Estado. En el curso de este proceso discursivo dialéctico, se hicieron notorias las deficiencias normativas y fácticas con respecto al reconocimiento y garantía de los DD. HH. en devenir, bajo el modelo de “Estado de derecho” enmarcado en la Constitución de 1886 –asistencialista y pobremente participativo–, de allí que la puja política se volcara hacia la adopción de un modelo de Estado social, democrático y de derecho, aduciendo que este habría de ser más garante para los DD. HH.: los civiles y políticos, los económicos y sociales y los colectivos.³⁶

La ANC tampoco tuvo un escenario de debate pacífico con respecto a la salud, ya que se presentaron ponencias con propuestas escépticas que negaban los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) y el derecho a la salud.³⁷ Otras posturas revisionistas le daban un carácter mixto de servicio público y asistencialista,³⁸ o el de un derecho y servicio público independiente, o subsumido dentro de la seguridad social.³⁹ También las hubo de tipo garantista

Victor Penchaszadeh, “Bioética y salud pública”, *Revista Iberoamericana de Bioética*, no. 7 (2018): 1-15; Jaime León Gañan, “Bloque de Constitucionalidad en Salud. Más allá del Sistema de Seguridad Social en Salud colombiano”, en *El derecho fundamental a la salud en Colombia en el siglo XXI*, 1.ª ed., eds. Gabriel Jaime Otálvaro et al. (Medellín: Imprenta Universidad de Antioquia, 2019), 23-39, http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/13572/1/OtalvaroCastroGabriel_2019_DerechoSaludColombia.pdf.

³⁶ “Constitución Política de la República de Colombia”, Colombia, Asamblea Nacional Constituyente, 1991, arts. 4, 6, 49, 95, http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html; Carlos Donoso, “Charles Taylor: una crítica comunitaria al liberalismo político”, *Polis: Revista Latinoamericana*, no. 6 (2003); “Declaración Universal de Derechos Humanos”, Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas, ONU, 1948, art. 49, https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf.

³⁷ Colombia, Asamblea Nacional Constituyente, “Proyecto de acto reformatorio de la Constitución Política de Colombia”, *Gaceta Constitucional*, no. 104 (1991), 14-16.

³⁸ Colombia, Asamblea Nacional Constituyente, “Régimen económico y finalidad social del Estado”, *Gaceta Constitucional*, no. 53 (1991): 2; Colombia, Asamblea Nacional Constituyente, “Actas de Comisión - Comisión I”, *Gaceta Constitucional*, no. 104 (1991): 7-8.

³⁹ “Constitución Política de la República de Colombia”, ANC, arts. 4, 6, 49, 95; Donoso, “Charles Taylor”; “Declaración Universal”, Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas, art. 29. La ANC tampoco tuvo un escenario de debate pacífico con respecto a la salud, ya que fueron presentadas ponencias con propuestas escépticas que negaban los DESC y el DS. Colombia, ANC, “Proyecto de acto reformatorio”. Otras posturas revisionistas le daban un carácter mixto de servicio público y asistencialista. Colombia, ANC, “Régimen económico”; Colombia, Asamblea Nacional Constituyente, “Actas de Comisión - Comisión I”, *Gaceta Constitucional*,

moderadas, que la prescribían como un derecho fundamental “al disfrute del más elevado nivel de salud que pueda conseguirse”,⁴⁰ pero que, por separado, se referían al goce del medio ambiente sano y a la prohibición de causar daño contingente a la SP.⁴¹ Pese a tan rica variedad de propuestas, no hubo una sola ponencia que de manera explícita y omnicompreensiva prescribiera que la salud en su complejidad –individual y colectiva– era un derecho fundamental del que hacían parte las intervenciones y acciones de la SP.

1.6. Constitución de 1991 y dimensión colectiva del derecho a la salud

Los valores y principios que inspiraron el modelo de Estado, y los cometidos y fines promulgados en la Constitución, resultarían esenciales para el devenir del derecho fundamental a la salud (DFS) y, por ende, para su dimensión colectiva, tal como acaece con el servicio a la comunidad, la promoción de la prosperidad general, la garantía de la efectividad de principios, derecho y deberes, la participación de todos en las decisiones que los afectan en las diferentes dimensiones de la vida nacional, el aseguramiento de la convivencia pacífica y un orden justo, la protección de la vida, honra, bienes, creencias y demás derechos y libertades; el cumplimiento de los deberes sociales del

.....

no. 104 (1991): 7-8. O el de un derecho y servicio público independiente, o subsumido dentro de la seguridad social. Colombia, Asamblea Nacional Constituyente, “Finalidad Social del Estado y la Seguridad Social”, *Gaceta Constitucional*, no. 78 (1991): 3-5; Colombia, Asamblea Nacional Constituyente, “Acta de Comisión V”, *Gaceta Constitucional*, no. 107 (1991): 18; Colombia, Asamblea Nacional Constituyente, “Cuadro comparativo de los derechos de seguridad social y salud”, *Gaceta Constitucional*, no. 112 (1991): 2-4. También las hubo de tipo garantista moderadas, que la prescribían como un derecho fundamental “al disfrute del más elevado nivel de salud que pueda conseguirse”, pero que, por separado, se referían al goce del medio ambiente sano y a la prohibición de causar daño contingente a la SP. “Constitución Política de la República de Colombia”, Colombia, Asamblea Nacional Constituyente, 1991, 25, http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html; Colombia, Asamblea Nacional Constituyente, “Derechos colectivos”, *Gaceta Constitucional*, no. 58 (1991): 6. Pese a tan rica variedad de propuestas, no hubo una sola ponencia que de manera explícita y omnicompreensiva prescribiera que la salud en su complejidad –individual y colectiva– era un derecho fundamental del que hacían parte las intervenciones y acciones de SP.

40 Colombia, ANC, “Proyecto de Acto Reformatorio de la Constitución Política de Colombia”, *Gaceta Constitucional*, no. 25 (1991): 8.

41 Colombia, ANC, “Derechos colectivos”.

Estado y de los particulares.⁴² Todo lo anterior, teleológicamente orientado a lograr “el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población”, cumpliendo con el “objetivo fundamental” de solucionar “las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable”,⁴³ priorizándose en los planes y presupuesto dentro del gasto público.

Aquel marco axiológico, normativo, sustantivo y aspiracional, se integra y complementa con la primacía de los derechos inalienables de la persona⁴⁴ y con los derechos fundamentales, los DESC –a la seguridad social⁴⁵ y a la salud–,⁴⁶ los derechos colectivos y del ambiente con respecto a ciertos bienes y servicios, al ambiente sano y a la participación comunitaria,⁴⁷ la acción de tutela frente a la vulneración o amenaza de derechos fundamentales,⁴⁸ las acciones populares para la protección de derechos colectivos,⁴⁹ el bloque de constitucionalidad como condición de posibilidad para el reconocimiento, integración, interpretación y aplicación de los derechos humanos nominados e innominados,⁵⁰ la dirección de la economía para el mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes, procurando la distribución equitativa de las oportunidades y beneficios del desarrollo, y la preservación del ambiente en el progresivo desarrollo de los objetivos del Estado social de derecho.⁵¹

Es mandatorio y relevante anotar que la versión aprobada de la norma que da la pauta general a la salud –artículo 49– dispuso que esta y el saneamiento ambiental se incluyeran dentro del capítulo de DESC como servicios de carácter público, fundados en principios explícitos e implícitos tales como la accesibilidad, la eficiencia, la universalidad, la solidaridad y la descentralización. La gratuidad y obligatoriedad son mencionadas en lo relativo a la atención básica. Asimismo, se enuncia el correlato del deber que tiene toda persona acerca

42 “Constitución Política de la República de Colombia”, Colombia, ANC, art. 2.

43 *Ibid.*, art. 366.

44 *Ibid.*, art. 5.

45 *Ibid.*, art. 48.

46 *Ibid.*, arts. 44, 45, 46, 47, 49 y 50.

47 *Ibid.*, arts. 78, 79.

48 *Ibid.*, art. 86.

49 *Ibid.*, art. 87.

50 *Ibid.*, “Preámbulo” y arts. 1, 4, 5, 93, 94, 101, 214.

51 *Ibid.*, arts. 334, 356.

del autocuidado y heterocuidado integral de la salud.⁵² El artículo mencionado fue modificado mediante la adición de un texto relacionado con la adicción a las drogas, asunto de marcado interés dentro de la dimensión colectiva de la salud de los individuos y de los colectivos.

Así las cosas, a la usanza de la redacción de textos internacionales de DD. HH., el derecho a la salud –como “haz de derechos”– terminó redactado en el texto constitucional de manera ambigua, abierta, dispersa e indeterminada. Lo ubicaron dentro de los DESC y se describió normativamente como servicio público de reglamentación legal, escindido del saneamiento ambiental y de la salubridad pública. Esta última, si bien ha sido reemplazada en el argot internacional bajo la denominación de salud pública, se preservó como un “arcaísmo” de la fase higiénica de la salud en Colombia y recibe el tratamiento de derecho colectivo, pasible de ser protegida mediante acciones populares.⁵³ En su ejercicio de codificación y sistemática jurídica, la ANC excluyó a la salud y a sus derechos conexos del listado de derechos de aplicación inmediata, es decir, de aquellos derechos que primigeniamente concibió como fundamentales.⁵⁴

1.7. Devenir legal de la dimensión colectiva del derecho fundamental a la salud (1991-2021)

Dada la histórica tradición formalista y exegética que traía la inercia jurídica colombiana con la Constitución de 1886, era habitual para los ordenadores jurídicos asumir que aquello que no aparecía claramente ordenado en la nueva Constitución quedaba librado a la voluntad política y capacidad reglamentaria del Congreso de la República y el Gobierno nacional. Así las cosas, con un derecho/servicio público a la salud no fundamental, por un lado, la dimensión colectiva del derecho a la salud (DCDS) de la persona dependería del sistema de salud que se llegare a instituir y de la cobertura prestacional –“paquete de beneficios”–; de otro lado, la dimensión colectiva propiamente dicha de los

⁵² Ibid., art. 49.

⁵³ Ibid., arts. 49, 78, 85, 366; Román Restrepo Villa, “A propósito de la Ley 1122 del 2007. Reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia: Esperanza, mito y realidad”, *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, Vol. 25, no. 1 (2007): 90-105.

⁵⁴ “Constitución Política de la República de Colombia”, Colombia, ANC, art. 85.

colectivos, en relación con las poblaciones indígenas, quedaba recogida en el pluralismo y la diversidad étnica y cultural de la república, y en compromisos de desarrollos legales, pero lo atinente a las medidas de “salubridad pública” tenía la gran debilidad de no habersele asignado para desarrollarlas autoridad o agente responsable, ni recursos con qué hacerlo. Esa pobre constitucionalización de la salubridad pública conllevaría por el “minimalismo de Estado” un abrupto marchitamiento y sufrir grandes regresiones con respecto al terreno ganado bajo el alero de la Constitución de 1886, y cuya recuperación hasta el día de hoy ha traído sendas dificultades, con efectos negativos epidemiológicos y de SP en el país.

El Congreso de la República de Colombia ha tenido un papel central en el proceso de debate y toma de decisiones frente al desarrollo legal de la categoría salud. Sin posibilidad de un abordaje crítico, se enunciarán algunas leyes dentro de la copiosa legislación colombiana con las que, en mayor o menor medida, se ha contribuido con el devenir del derecho fundamental a la salud en su dimensión colectiva:

- Ley 9 de 1979, que describió la salud como un “bien de interés público” y un “derecho” prestacional determinado legalmente.⁵⁵
- Ley 10 de 1990, que reorganizó el Sistema Nacional de Salud y demarcó el carácter de “servicio público a cargo del Estado” de la salud, gratuito en lo básico e incluyendo servicios de SP.⁵⁶
- Ley 100 de 1993, que entre sus diferentes subsistemas soporta el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad y unidad, y que tiene el objeto de “regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población”, prevaleciendo de un paquete prestacional denominado Plan Obligatorio de Salud (POS), que

⁵⁵ Colombia, Congreso de la República, Ley 9 de 1979, art. 594.

⁵⁶ Colombia, Congreso de la República, Ley 10 de 1990, Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones, arts. 1, 19, Parágrafo, <https://www.alcaldia-bogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=3421>.

se complementaba inicialmente con un Plan de Atención Básico (PAB) de acciones de SP, gratuitas, obligatorias y complementarias, dirigidas a la colectividad o a individuos con “altas externalidades”. Y, en lo relativo a considerar el respeto por las prácticas y saberes en salud de los pueblos indígenas según el devenir de los DD. HH., dejó abierta la posibilidad de que se crearan EPS e IPS especiales para ellos.⁵⁷

- La Ley 691 de 2001 reglamentó la participación de grupos étnicos en el SGSSS, bajo el principio de diversidad étnica y cultural.⁵⁸
- La Ley 715 de 2001, buscando llenar vacíos normativos para la SP generados por el orden territorial y presupuestal determinado por la Constitución, entra a prescribir que “la gestión en salud pública es función esencial del Estado” y asigna competencias y recursos.⁵⁹
- La Ley 1122 de 2007 deroga el PAB y lo sustituye por el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), dedica el capítulo VI a definir y dar pautas acerca de la SP, ordena la definición de un Plan Nacional de Salud Pública cuatrienal de obligatoria inclusión en los planes de desarrollo, y de un sistema de vigilancia y control en salud pública soportado en investigaciones.⁶⁰
- La Ley 1438 de 2011 enriquece los principios del SGSSS, enarbolando el de la dignidad humana. Unificó los planes de beneficios de los regímenes Contributivo y Subsidiado, retomó la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) sobre la base discursiva de los “determinantes de

57 Colombia, Congreso de la República, Ley 100 de 1993, Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones, http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html.

58 Colombia, Congreso de la República, Ley 691 de 2001, Mediante la cual se reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia, http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0691_2001.html.

59 Colombia, Congreso de la República, Ley 715 de 2001, Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros, art. 46, http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0715_2001.html.

60 Colombia, Congreso de la República, Ley 1122 de 2007, Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, arts. 32, 34, http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1122_2007.html#CAPITULO%20I.

la salud” con énfasis en la promoción y prevención, la orientación individual, familiar y comunitaria, la atención integral, integrada y continua, la interculturalidad, la participación de la comunidad, el enfoque territorial y el talento humano idóneo. Ordenó además la elaboración participativa de planes decenales de SP, destacó el trabajo intersectorial, creó el Observatorio Nacional de Salud y dio claridades sobre la contratación de las acciones colectivas de SP.⁶¹

- La Ley 1753 de 2015 introduce las bases para desarrollar una Política de Atención Integral en Salud (PAIS) con enfoque de APS, salud familiar y comunitaria, poblacional y diferencial, y la articulación de actividades individuales y colectivas que garantizarían “la amplia participación de todos los grupos de interés del sector salud”. Asimismo, reglamentó la “Declaración de emergencia sanitaria y/o eventos catastróficos”.⁶²
- La Ley 1801 de 2016 –Código Nacional de Policía y Convivencia Ciudadana– actualiza algunas funciones estatales en relación con la SP, entendiéndose por esta “la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud como un derecho esencial, individual, colectivo y comunitario logrado en función de las condiciones de bienestar y calidad de vida”.⁶³
- La Ley 1955 de 2019 –Plan Nacional de Desarrollo 2018-2020– reconfiguró la distribución de recursos del componente de SP.⁶⁴
- La Ley 1751 de 2015 –Ley Estatutaria en Salud (LES)– entró a reconocer explícitamente que el derecho a la salud es fundamental, autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo, y que con criterio de

61 Colombia, Congreso de la República, Ley 1438 de 2011, Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html.

62 Colombia, Congreso de la República, Ley 1751 de 2015, Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones, arts. 65, 69, http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html.

63 Colombia, Congreso de la República, Ley 1801 de 2016, Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana, arts. 6, 94, 109, 111, http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1801_2016.html.

64 Colombia, Congreso de la República, Ley 1955 de 2019, Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022, arts. 233, 238, http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1955_2019.html.

“integralidad”, y bajo los enfoques de “determinantes sociales de salud” y de “derechos”, “Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud [...] el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas [...] su prestación como servicio público esencial obligatorio se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado”.⁶⁵

1.8. Devenir reglamentario por parte de la Rama Ejecutiva del poder público (1991-2021)

Existen esfuerzos del ejecutivo colombiano por la concreción del derecho a la salud en lo atinente a la dimensión colectiva de la salud del individuo y del colectivo propiamente dicho, esfuerzos que retoman elementos discursivos de los referentes ético-políticos y científico-técnicos provenientes de las doctrinas nacional e internacional, y de la jurisprudencia de la Corte Constitucional. Diferentes tipos de actos administrativos explicitan la intencionalidad de tomar medidas y desplegar acciones tendientes a salvaguardar el derecho fundamental a la salud. Un ejemplo de ello lo constituye el Plan Decenal de Salud Pública (PDS_P), entendido como un proceso y “pacto social”, multisectorial, de abordaje multidimensional, con pluralidad de enfoques –el de derechos, el de perspectiva de género, el de ciclo de vida, el diferencial, el étnico y el poblacional–, el cual, basado en el modelo conceptual de determinantes sociales de la salud, “define la actuación articulada entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios para crear condiciones que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia”.⁶⁶ Es relevante la declaración que hace este documento, por medio del cual se reconoce a “la salud como un derecho interdependiente y una dimensión central del desarrollo humano”.⁶⁷

⁶⁵ Colombia, Congreso de la República, Ley 1751 de 2015, arts. 1, 2, 6, 7, 8, 11.

⁶⁶ Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 1841 de 2013, Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, 20, <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1841-de-2013.pdf>.

⁶⁷ Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 1841 de 2013, 20.

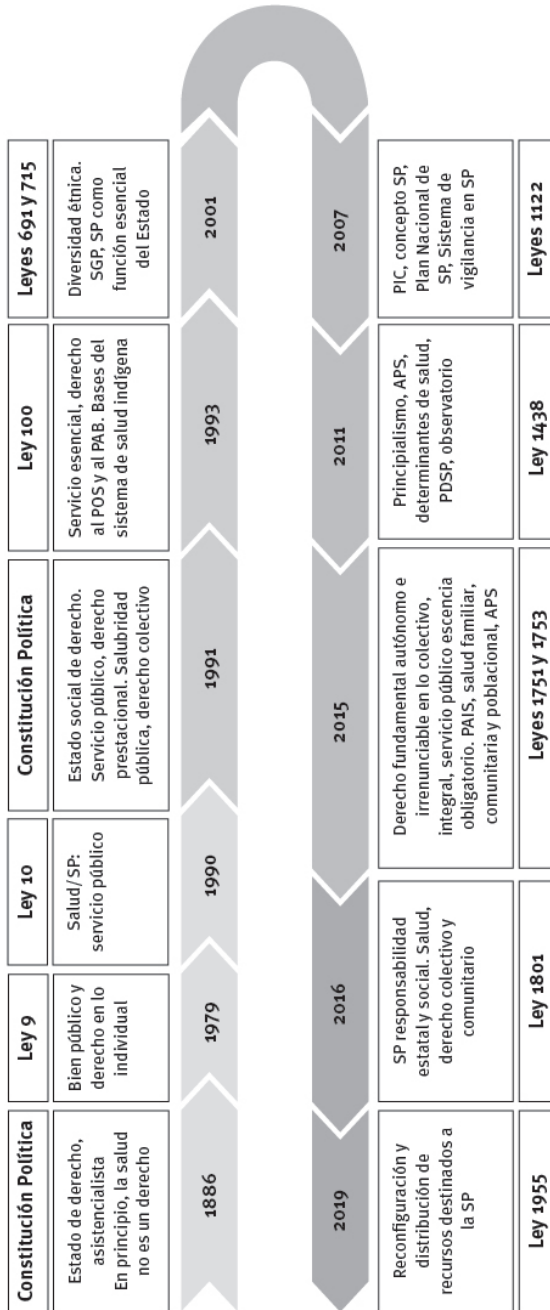


FIGURA 1. Línea del tiempo sobre el devenir legal de la dimensión colectiva del derecho fundamental a la salud (DCDFS) en Colombia.

Fuente: elaboración propia

Otros ejemplos de documentos administrativos que pretenden dar cuenta de una interpretación y aplicación de la dimensión colectiva de la salud lo constituyen el “Informe de Implementación de la Ley Estatutaria de Salud de Colombia”, de 2017, y el “Informe al Congreso de la República-Cuatrienio 2014-2018”, de 2018, ambos elaborados por el Ministerio de Salud y Protección Social. En perspectiva utilitarista, la concreción de la garantía del derecho fundamental a la salud se explica como aquella complementariedad existente entre la dimensión colectiva y la dimensión individual, a través de un sistema de aseguramiento social en salud obligatorio mediante el cual se busca lograr cobertura universal y el mayor beneficio para la población en su conjunto. La dimensión colectiva consistiría en la “protección colectiva” garantizando la cobertura –progresiva y efectiva– y acceso de la población a un Plan de Beneficios en Salud (PBS), complementado con las especiales prestaciones autorizadas por Mi Prescripción (MI PRES), las acciones e intervenciones en SP del PIC y –para la población trabajadora– con las prestaciones cubiertas por el Sistema General de Riesgos Laborales (SGRL).

El Ministerio de Salud y Protección Social viene reglamentando la PAIS y, dentro de esta, el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), pretendiendo garantizar el derecho fundamental a la salud en su complejidad multidimensional y, con ello, generar mejores condiciones de salud para la población mediante su caracterización, considerando enfoques, estrategias y acciones como el curso de vida, el desarrollo de capacidades y humano, la agrupación poblacional por riesgos, la respuesta social organizada, las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), la Gestión Integral del Riesgo (GIR), la territorialización, las Redes Integradas de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS), la redefinición del rol del asegurador y esquemas de incentivos. Además, el fortalecimiento del talento humano en salud, los sistemas de información, la investigación, innovación y apropiación del conocimiento, y el establecimiento de prioridades de SP. Ello ha tenido críticas debido a que la estructura, el funcionamiento y la destinación de recursos de las RIPS y el MAITE y para estas muestran una indebida cesión de competencias y funciones del Estado en favor de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), con el consecuente fortalecimiento del sector privado en

desmedro del sector público y una amenaza a la garantía del derecho fundamental a la salud.⁶⁸

El enfoque del derecho fundamental a la salud y su evolución normativa y jurisprudencial ha posibilitado prácticas cosmopolitas por parte del Estado colombiano con respecto a este derecho frente a la población migrante, especialmente la proveniente de Venezuela. Son dos las formas de entender la progresividad de garantizar el derecho a la salud para quienes, sin ser colombianos, se encuentran en situación de permanencia en el país, bien sea regular o irregular. Frente a los primeros, en tanto que cuenten con un permiso especial de permanencia, se les insta –según su condición socioeconómica– a afiliarse o bien al Régimen Contributivo, o bien al Régimen Subsidiado en salud, para poder acceder a los beneficios del aseguramiento. A la población cuya permanencia en Colombia no ha sido regularizada se le brinda atención de urgencias como medida humanitaria, mas “no la garantía de la atención para condiciones de salud de más largo plazo”.⁶⁹

- 68 Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 3280 de 2018, Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación, <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>; Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 3202 de 2016, Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud —PAIS y se dictan otras disposiciones, https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%203202%20de%202016.pdf; Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 429 de 2016, Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud, https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%2020-16.pdf; Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 1441 de 2016, Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones, <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1441-2016.pdf>; Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 2626 de 2019, Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud -PAIS y adopta el Modelo de Acción Integral Territorial -MAITE, https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf.
- 69 Ministerio de Salud y Protección Social, *Informe al Congreso de la República. Cuatrienio 2014-2018. Sector Administrativo de Salud y Protección Social* (Bogotá: Minsalud, 2018), 124, <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/Informe-congreso-2014-2018-2017-2018.pdf>.

Debido a la actual emergencia global por la sindemia de la Covid-19, el Gobierno, aduciendo importantes consideraciones de salud pública, ha proferido numerosos decretos y resoluciones en el marco de la emergencia económica, social y ecológica que ha implicado reglamentaciones al orden público con sendas implicaciones éticas, sociopolíticas, económicas y culturales.⁷⁰

Finalmente, pero no menos importante, debe mencionarse que, en un tardío desarrollo normativo en mandatos constitucionales por el reconocimiento de los derechos colectivos de los pueblos indígenas en Colombia, entre ellos el derecho fundamental a la salud, en 2014 el Gobierno nacional creó el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI), cuyos principios son de un gran valor socioantropológico.⁷¹ La salud propia es concebida en el SISPI como “la armonía y el equilibrio de acuerdo con la cosmovisión de cada pueblo indígena, resultado de las relaciones de la persona consigo misma, con la familia, la comunidad y el territorio. Comprende procesos y acciones orientados al fomento, protección y recuperación de la salud”.⁷² El SISPI puede tomarse como un ejemplo de un enfoque pluricultural del universal derecho fundamental a la salud, en el cual se recogen elementos valiosos ético-políticos del pensamiento, de la sabiduría ancestral de los pueblos indígenas que habitan el territorio colombiano, del pensamiento y los saberes cosmológica, deontológica y teleológicamente inspirados en el buen vivir.

1.9. Devenir de la dimensión colectiva del derecho fundamental a la salud (DCDFS) en la jurisprudencia: Corte Constitucional y Consejo de Estado (1991-2021)

La Corte Constitucional ha interpretado, a través de su jurisprudencia, el fundamento, sentido y alcance del derecho fundamental a la salud. Pese a ello,

⁷⁰ “Medidas frente a la pandemia COVID-19”, Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Salud, 2 de diciembre de 2021, <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/Documentos-Administrativos-covid-19.aspx>.

⁷¹ Colombia, Presidencia de la República, Decreto 1953 de 2014, Por el cual se crea un régimen especial con el fin de poner en funcionamiento los Territorios Indígenas respecto de la administración de los sistemas propios de los pueblos indígenas hasta que el Congreso expida la ley de que trata el artículo 329 de la Constitución Política, arts. 74, 75, <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=59636>.

⁷² Colombia, Presidencia de la República, Decreto 1953 de 2014, arts. 74, 76.

es menester señalar que el énfasis jurisprudencial de la Corte Constitucional de Colombia ha versado preponderante y evolutivamente sobre la dimensión individual de la salud a través de sentencias de constitucionalidad, sentencias de tutela o “amparo” y sentencias de unificación. Aunque, en ocasiones, se encuentran referencias implícitas en sus fallos a la dimensión colectiva, cuando ordena al Estado cumplir sus obligaciones constitucionales y legales para abordar los problemas de *SP*, principalmente en lo relativo al control de enfermedades endémicas y epidémicas. O cuando asume competencia tutelar para abordar asuntos colectivos propios de la dimensión colectiva de la salud, en relación con la *SP* o con el medio ambiente sano, y que suelen tener en las acciones populares otra vía formal de acción procesal para su justiciabilidad, habida cuenta de la sistemática jurídica adoptada en Colombia, que segmenta “derechos fundamentales individuales” y “derechos colectivos”.⁷³

A manera de síntesis, la Corte Constitucional ha ido desarrollando, en el ámbito colombiano, el derecho a la salud bajo el alero de la doctrina general sobre los *DD. HH.* en el sentido de ser universales, inherentes a la dignidad humana, irrenunciables, indivisibles, interdependientes e interrelacionados. Y, en su abordaje especial o particular como parte de los derechos económicos, sociales y culturales, esa colegiatura entiende que el derecho a la salud es de naturaleza fundamental, social y autónoma en su dimensión individual y colectiva al que le son inherentes los elementos esenciales de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad e idoneidad profesional. Hace parte de la naturaleza del derecho fundamental a la salud el ser un derecho en evolución, con facetas o dimensiones positivas de carácter prestacional, y negativas, enmarcadas en el deber de abstención del Estado de causarle daño a este, caracterizado por su cumplimiento progresivo y que –pese a ser limitable– impone como contenido y alcance el deber de garantizar el acceso a los establecimientos, bienes, servicios, tecnologías y condiciones que la persona requiera para alcanzar el más alto nivel de salud y, de esta manera, proteger la vida digna. En todo caso, el Estado social de derecho, siendo consecuente con

73 Colombia, Corte Constitucional, Sentencia T-341 de 2016, Protección de derechos colectivos cuando existe vulneración de derechos fundamentales, M. P.: Gabriel Eduardo Mendoza Martelo, <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/T-341-16.htm>.

una democracia constitucional, debe garantizar dicho derecho en razón a sus cometidos y fines por la calidad de vida, acorde con la dignidad humana y el bienestar social. Y sus operadores jurídicos, ante la duda, la ambigüedad o falta de claridad normativa, deben interpretar y aplicar el derecho fundamental a la salud a la luz del principio *pro homine*, es decir, de la forma en que sea más favorable su garantía para sus titulares.⁷⁴

La Corte Constitucional ha efectuado un examen de control de constitucionalidad a diversas leyes del país afines a temáticas de la dimensión colectiva del derecho fundamental a la salud como la salubridad y la salud públicas.⁷⁵ El proyecto de ley que devendría en la Ley Estatutaria 1751 de 2015 se refirió específicamente a la dimensión colectiva del derecho fundamental a la salud de dos maneras: i) bajo el entendido de que los colectivos también pueden ser titulares del derecho fundamental a la salud y, por ende, cabe la posibilidad de hacerlo justiciable procesalmente mediante la acción de tutela, y ii) como un “derecho de incidencia colectiva, anudándose al concepto de salud pública”.⁷⁶ También, la Corte Constitucional ha acogido el sentido jurisprudencial que el Consejo de Estado le ha venido dando a la “salubridad pública”, incluso en ocasiones dándole un trato sinonímico al de salud pública.⁷⁷

- 74 Colombia, Corte Constitucional, Sentencia T-760 de 2008, Derecho a la Salud es un Derecho Fundamental, M. P.: Manuel José Cepeda Espinosa, <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-760-08.htm>; Colombia, Corte Constitucional, Sentencia C-313 de 2014, Control de Constitucionalidad al Proyecto de Ley Estatutaria Sobre Derecho Fundamental a la Salud, M. P.: Gabriel Eduardo Mendoza Martelo, <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/C-313-14.htm>.
- 75 Colombia, Corte Constitucional, Sentencia C-225 de 2017, M. P.: Alejandro Linares Cantillo, <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/C-225-17.htm>; Colombia, Corte Constitucional, Sentencia C-128 de 2018, M. P.: José Fernando Reyes Cuartas, <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2018/C-128-18.htm>; Colombia, Corte Constitucional, Sentencia C-248 de 2019, M. S.: Cristina Pardo Schlesinger, <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2019/C-248-19.htm>; Colombia, Corte Constitucional, Sentencia C-145 de 2020, M. P.: José Fernando Reyes Cuartas, <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2020/C-145-20.htm>; Colombia, Corte Constitucional, Sentencia C-197 de 2020, M. P.: Diana Fajardo Rivera, <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2020/C-197-20.htm>.
- 76 Colombia, Corte Constitucional, Sentencia C-313 de 2014, #5.2.2.3., <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/C-313-14.htm>.
- 77 Colombia, Corte Constitucional, Sentencia T-140 de 1994, M. P.: Vladimiro Naranjo Mesa, <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1994/t-140-94.htm>; Colombia, Corte Constitucional, Sala Quinta de Revisión, Sentencia T-171 de 1994, M. P.: José Gregorio Hernández Galindo, <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1994/T-171-94.htm#:~:text=%22La%20>

El Consejo de Estado –conforme con el artículo 88 de la Constitución que regula las acciones populares y la Ley 472 de 1998 que las reglamenta–⁷⁸ tiene el cometido de proteger en sede judicial los derechos e intereses colectivos. Esta colegiatura ha contribuido con el desarrollo, progresivo entendimiento y aplicación del derecho a la “salubridad pública” fuertemente relacionado con la DCDS de los colectivos, pese a su escisión formal y procesal del derecho fundamental a la salud. Aquel se traduce en un derecho de interés colectivo y servicio público a cargo del Estado, no fundamental por sí mismo, cuya finalidad es disminuir la morbilidad, es decir, la proporción de personas que enferman en un sitio y tiempo determinados y que comprende el acceso a infraestructura sanitaria⁷⁹ “de agua potable, alcantarillado o aseo”,⁸⁰ con el fin de “asegurar las condiciones mínimas para el cabal desarrollo de la vida en comunidad, garantizando la salud de las personas que la conforman”⁸¹.

1.10. Conclusiones

El modelo de Estado legado por la ANC a través de la Constitución Política de Colombia de 1991 ha tenido un influjo positivo en el devenir de los DD. HH. y, de entre estos, el derecho a la salud en su dimensión colectiva en el país. En

-
- [acci%C3%B3n%20de%20omisi%C3%B3n%20de%20misma%20familia%20C%20barrio%20C%20BA%20comunidad](https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/T-197-14.htm); Colombia, Corte Constitucional, Sentencia T-197 de 2014, M. P.: Alberto Rojas Ríos, <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/T-197-14.htm>; Colombia, Corte Constitucional, Sentencia T-042 de 2015, M. P.: Jorge Iván Palacio, <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2015/T-042-15.htm>; Colombia, Corte Constitucional, Sentencia T-579 de 2015, M. P.: Mauricio González Cuervo, <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2015/t-579-15.htm>.
- 78 Colombia, Congreso de la República, Ley 472 de 1998, Por la cual se desarrolla el artículo 88 de la Constitución Política de Colombia en relación con el ejercicio de las acciones populares y de grupo y se dictan otras disposiciones, arts. 2, 4, http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0472_1998.html1998.
- 79 Colombia, Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Cuarta, Fallo del 14 de noviembre de 2002, M. P.: Ligia López Díaz, [https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/25000-23-24-000-2002-0490-01\(ap-533\).htm](https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/25000-23-24-000-2002-0490-01(ap-533).htm).
- 80 Colombia, Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Fallo del 19 de abril de 2007, Radicado: 54001-23-31-000-2003-00266-01 (AP), M. P.: Alier Eduardo Hernández Enríquez, [https://normograma.info/ssppdd/docs/54001-23-31-000-2003-00266-01\(ap\).htm](https://normograma.info/ssppdd/docs/54001-23-31-000-2003-00266-01(ap).htm)
- 81 Colombia, Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Primera, Fallo del 5 de octubre de 2009, Radicación: 15001-23-31-000-2004-00970-01 (AP), 1, [http://www.consejo-deestado.gov.co/documentos/boletines/PDF/15001-23-31-000-2004-00970-01%20\(AP\).pdf](http://www.consejo-deestado.gov.co/documentos/boletines/PDF/15001-23-31-000-2004-00970-01%20(AP).pdf).

el proceso ético-discursivo al interior de la ANC triunfó inicialmente, en perspectiva formalista, el revisionismo, al no ser asumida explícitamente la salud –en su momento fundacional– como un derecho humano fundamental, sino como un derecho y servicio público de carácter prestacional, de desarrollo legal, desligado del saneamiento básico y la salubridad pública. No obstante, con basamento en el bloque de constitucionalidad, y desde una integración e interpretación viva, sistémica, contextual, teleológica, *pro homine/pro humanitas* y antiformalista de la Constitución Política, se encuentra que esta tenía en su “genética” las condiciones de posibilidad –herramientas jurídicas– para que, mediante abogacía progresista, el derecho a la salud –normativamente disperso, abierto, indeterminado, expansivo y en evolución– llegase a ser reconocido, primero mediante la jurisprudencia de la Corte Constitucional secundada por el Consejo de Estado, y luego por la ley y los reglamentos como un derecho fundamental, autónomo e irrenunciable en sus dimensiones individual y colectiva.

Adoptando una postura de abogacía progresista con respecto al derecho fundamental a la salud, es dable aseverar que este –bajo la figura de “racimo de derechos”– coimplica necesaria e inescindiblemente una dimensión individual y una dimensión colectiva. Esta última, a su vez, presenta una dimensión colectiva de la salud del individuo en relación con las capacidades y funcionalidades de una persona en interacción con la sociedad y la institucionalidad, y una dimensión colectiva de la salud de los colectivos propiamente dicha que incluye: i) el respeto por los saberes y prácticas de los pueblos indígenas y su comprensión de que la enfermedad de un miembro de su familia, clan o tribu responde a la enfermedad como expresión del cuerpo comunitario, y ii) las intervenciones y acciones en salud pública a manera de respuesta social organizada en cumplimiento de sus “Funciones Esenciales”.

En Colombia, a partir de la Constitución Política de 1991, mediante la legislación y reglamentación se ha tenido la pretensión de garantizar el derecho fundamental a la salud en su dimensión colectiva –individual y colectiva propiamente dicha– a través del sistema de salud, el SGSS, el SISPI, el SGRL, la PAIS, la MAITE, los PBS, las prestaciones MIPRES y los PIC. Ha sido un camino largo el recorrido con relación al derecho fundamental a la salud durante

estos 30 años de vigencia de la Constitución Política y aún debemos continuar trasegándolo con miras a que nuestro Estado social de derecho llegue a garantizar efectivamente el disfrute al más alto nivel posible de salud física, mental, y, a no dudarlo, social.

Bibliografía

- Álvarez Castaño, Luz Stella. “Los determinantes sociales de la Salud, más allá de los factores de riesgo”. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Vol. 8, no. 17 (2009): 69-79.
- American Anthropological Association. “Statement on Human Rights”. *American Anthropologist*, Vol. 49, no. 4 (1947): 539-43. <https://doi.org/10.1525/aa.1947.49.4.02a00020>
- Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas. “Declaración Universal de Derechos Humanos”. ONU, 1948. https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf
- _____. “64/292. El derecho humano al agua y el saneamiento”. ONU, 3 de agosto de 2010. <https://undocs.org/sp/A/RES/64/292>
- _____. “70/169. Los derechos humanos al agua potable y el saneamiento”. ONU, 22 de febrero de 2016. <https://undocs.org/es/A/RES/70/169>
- Bentham, Jeremy. “Critique of the Doctrine of Inalienable, Natural Rights”. In *The Works of Jeremy Bentham*. Vol. 2. Edited by John Bowring, 4. Edinburgh: William Tait, 1843. <http://www.derechoshumanos.unlp.edu.ar/assets/files/documentos/critique-of-the-doctrine-of-the-inalienable-natural-rights-jeremy-bentham.pdf>
- Blanco, Amalio y Darío Díaz. “Bienestar social y trauma psicosocial: una visión alternativa al trastorno de estrés postraumático”. *Clínica y Salud*, Vol. 15, no. 3 (2004): 227-52.
- _____. “Orden social y salud mental: una aproximación desde el bienestar social”. *Clínica y Salud*, Vol. 17, no. 1 (2006): 7-29.
- Boixareu, Rosa Maria, coord. *De la antropología filosófica a la antropología de la salud*. Barcelona: Herder, 2008. <http://public.ebookcentral.proquest.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=4507818>
- Breilh, Jaime. “Hacia una construcción emancipadora del derecho a la salud”. En *¿Estado constitucional de derechos? Informe sobre derechos humanos Ecuador 2009*, 263-83. Quito: Ediciones Abya-Yala, 2010. <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/948/1/DDHH-Inf-13-Breilh-Hacia%20una%20construcci%c3%b3n%20emancipadora.pdf>

- Breilh, Jaime. “La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)”. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, Vol. 31 (2013): S13-S27.
- Brock, Gillian and David Miller. “Needs in Moral and Political Philosophy”. In *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Edited by Edward N. Zalta. Stanford: Metaphysics Research Lab, Stanford University, 2019. <https://plato.stanford.edu/archives/sum2019/entries/needs/>
- Buchanan, Allen E. “The Right to a Decent Minimum of Health Care”. *Philosophy & Public Affairs*, Vol. 13, no. 1 (1984): 55-78.
- Card, Alan. “Moving Beyond the WHO Definition of Health: a New Perspective for an Aging World and the Emerging Era of Value-Based Care”. *World Med Health Pol*, Vol. 9, no. 1 (2017): 127-37.
- Caricote, Esther y Evelyn Figueroa de Sánchez. “La salud como valor”. *Revista Educación en Valores*, Vol. 1, no. 5 (2006): 69-78. <http://servicio.bc.uc.edu.ve/multidisciplinarias/educacion-en-valores/a3n5/3-5-6.pdf>
- Colombia. Asamblea Nacional Constituyente. “Constitución Política de la República de Colombia”. 1991. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/base-doc/constitucion_politica_1991.html
- _____. “Proyecto de acto reformativo de la Constitución Política de Colombia”. *Gaceta Constitucional*, no. 104 (1991): 14-16.
- _____. “Régimen económico y finalidad social del Estado”. *Gaceta Constitucional*, no. 53 (1991): 2.
- _____. “Actas de Comisión - Comisión I”. *Gaceta Constitucional*, no. 104 (1991): 7-8.
- _____. “Finalidad Social del Estado y la Seguridad Social”. *Gaceta Constitucional*, no. 78 (1991): 3-5.
- _____. “Acta de Comisión V”. *Gaceta Constitucional*, no. 107 (1991): 18.
- _____. “Cuadro comparativo de los derechos de seguridad social y salud”. *Gaceta Constitucional*, no. 112 (1991): 2-4.
- _____. “Proyecto de Acto Reformativo de la Constitución Política de Colombia”. *Gaceta Constitucional*, no. 25 (1991): 8.
- _____. “Derechos colectivos”. *Gaceta Constitucional*, no. 58 (1991): 6.
- Colombia. Congreso de la República. Ley 9 de 1979. Por la cual se dictan Medidas Sanitarias. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/base-doc/ley_0009_1979.html

- Colombia. Congreso de la República. Ley 10 de 1990. Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=3421>
- _____. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html
- _____. Ley 472 de 1998. Por la cual se desarrolla el artículo 88 de la Constitución Política de Colombia en relación con el ejercicio de las acciones populares y de grupo y se dictan otras disposiciones. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0472_1998.html
- _____. Ley 691 de 2001a. Mediante la cual se reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0691_2001.html
- _____. Ley 715 de 2001b. Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0715_2001.html
- _____. Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1122_2007.html#CAPITULO%20I
- _____. Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html
- _____. Ley 1753 de 2015. Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1753_2015.html
- _____. Ley 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html
- _____. Ley 1801 de 2016. Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1801_2016.html
- _____. Ley 1955 de 2019. Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1955_2019.html

- Colombia. Corte Constitucional, Sala Segunda de Revisión. Sentencia T-760 del 31 de julio de 2008. Derecho a la Salud es un Derecho Fundamental. M. P.: Manuel José Cepeda Espinosa. <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-760-08.htm>
- Colombia. Corte Constitucional, Sala Quinta de Revisión. Sentencia T-171 de 1994. M. P.: José Gregorio Hernández Galindo. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1994/T-171-94.htm#:~:text=%22La%20acci%C3%B3n%20u%20omis%C3%B3n%20de,misma%20familia%2C%20barrio%20o%20comunidad>
- Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T-140 de 1994. M. P.: Vladimiro Naranjo Mesa. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1994/t-140-94.htm>
- _____. Sentencia T-197 de 2014. M. P.: Alberto Rojas Ríos. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/T-197-14.htm>
- _____. Sentencia C-313 de 2014. Control de Constitucionalidad al Proyecto de Ley Estatutaria Sobre Derecho Fundamental a la Salud. M. P.: Gabriel Eduardo Mendoza Martelo. <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/C-313-14.htm>
- _____. Sentencia T-042 de 2015. M. P.: Jorge Iván Palacio. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2015/T-042-15.htm>
- _____. Sentencia T-579 de 2015. M. P.: Mauricio González Cuervo. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2015/t-579-15.htm>
- _____. Sentencia T-341 de 2016. Protección de derechos colectivos cuando existe vulneración de derechos fundamentales. M. P.: Gabriel Eduardo Mendoza Martelo. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/T-341-16.htm>
- _____. Sentencia C-225 de 2017. M. P.: Alejandro Linares Cantillo. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/C-225-17.htm>
- _____. Sentencia C-128 de 2018. M. P.: José Fernando Reyes Cuartas. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2018/C-128-18.htm>
- _____. Sentencia C-248 de 2019. M. S.: Cristina Pardo Schlesinger. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2019/C-248-19.htm>
- _____. Sentencia C-145 de 2020. M. P.: José Fernando Reyes Cuartas. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2020/C-145-20.htm>
- _____. Sentencia C-197 de 2020. M. P.: Diana Fajardo Rivera. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2020/C-197-20.htm>
- Colombia. Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Cuarta. Fallo del 14 de noviembre de 2002. C. P.: Ligia López Díaz. [https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/25000-23-24-000-2002-0490-01\(ap-533\).htm](https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/25000-23-24-000-2002-0490-01(ap-533).htm)

- Colombia. Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera. Fallo del 19 de abril de 2007. Radicado: 54001-23-31-000-2003-00266-01(AP). C. P.: Alier Eduardo Hernández Enríquez. [https://normograma.info/ssppdd/docs/54001-23-31-000-2003-00266-01\(ap\).htm](https://normograma.info/ssppdd/docs/54001-23-31-000-2003-00266-01(ap).htm)
- Colombia. Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Primera. Fallo del 5 de octubre de 2009. Radicación: 15001-23-31-000-2004-00970-01 (AP). [http://www.consejodeestado.gov.co/documentos/boletines/PDF/15001-23-31-000-2004-00970-01%20\(AP\).pdf](http://www.consejodeestado.gov.co/documentos/boletines/PDF/15001-23-31-000-2004-00970-01%20(AP).pdf)
- Colombia. Presidencia de la República. Decreto 1953 de 2014. Por el cual se crea un régimen especial con el fin de poner en funcionamiento los Territorios Indígenas respecto de la administración de los sistemas propios de los pueblos indígenas hasta que el Congreso expida la ley de que trata el artículo 329 de la Constitución Política. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=59636>
- Cranston, Maurice. "Human Rights, Real and Supposed". In *Political Theory and the Rights of Man*. 1.^a ed. Edited by D. D. Raphael, 163-73. London: Macmillan, 1967.
- Chapman, Audrey R. *Global Health, Human Rights and the Challenge of Neoliberal Policies*. Cambridge: Cambridge University Press, 2016.
- Daniels, Norman. "Justice and Access to Health Care". In *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Edited by Edward N. Zalta. Stanford: Metaphysics Research Lab, Stanford University, 2017. <https://plato.stanford.edu/archives/win2017/entries/justice-healthcareaccess/>
- Dieterlen, Paulette. "Derechos, necesidades básicas y obligación institucional". En *Pobreza, desigualdad social y ciudadanía. Los límites de las políticas sociales en América Latina*. 1.^a ed. Compilado por Alicia Ziccardi, 13-21. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, CLACSO, 2001. <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/gt/20101029063258/3gordon.pdf>
- Donoso, Carlos. "Charles Taylor: una crítica comunitaria al liberalismo político". *Polis: Revista Latinoamericana*, no. 6 (2003).
- Duch, Lluís. *Antropología de la vida cotidiana*. Madrid: Editorial Trotta, 2002.
- Durkheim, Émile. *El suicidio. Un estudio de sociología*. Traducido por Sandra Charro Martínez. Zaragoza: Titivillus, 2016. <https://docer.com.ar/doc/88ccx1>
- Engelhardt, H. Tristram. "Rights to Health Care, Social Justice, and Fairness in Healthcare Allocations: Frustrations in the Face of Finitude". In *The Foundations of Bioethics*. 2.^a ed., 375-410. New York: Oxford University Press, 1996.
- Feixas, Anna Quintana. "Biopolítica y salud pública según Michel Foucault". *Estudios Filosóficos*, Vol. 60, no. 175 (2011): 435-51.

- Fried, Charles. "Equality and Rights in Medical Care". In *Health Rights*. Edited by Michael J. Selgelid and Thomas Pogge. London: Routledge, Taylor & Francis Group, Ashgate, 2010.
- Fuster, Ignasi. "Perspectiva antropológica del sufrimiento". *Espíritu: cuadernos del Instituto Filosófico de Balmesiana*, no. 130 (2004): 263-77.
- Galtung, Johan. "Violencia cultural". Gernika Gogoratuz, 2003. <https://www.gernika-gogoratuz.org/portfolio-item/violencia-cultural-galtung/>
- Gañán, Jaime León. "Bloque de Constitucionalidad en Salud. Más allá del Sistema de Seguridad Social en Salud colombiano". En *El derecho fundamental a la salud en Colombia en el siglo XXI*. 1.ª ed. Editado por Gabriel Jaime Otálvaro et al., 23-39. Medellín: Imprenta Universidad de Antioquia, 2019. http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/13572/1/OtalvaroCastroGabriel_2019_DerechoSaludColombia.pdf
- Garzón, Ernesto. "Derechos humanos y diversidad cultural". En *Los Derechos Humanos en un mundo dividido*. Editado por Javier Torres, 85-112. Bilbao: Universidad de Deusto, 1999.
- Granda, Edmundo. "A qué llamamos salud colectiva, hoy". *Revista Cubana de Salud Pública*, Vol. 30, no. 2 (2004).
- Grearson, Adam. "The Ladder of Wellness: Relating Happiness, Subjective Well-being, and Flourishing". *Journal of Undergraduate Studies at Trent (JUST)*, Vol. 4, no. 1 (2016): 126-34.
- Hayek, Friedrich A. *Derecho, legislación y libertad. Una nueva formulación de los principios liberales de la justicia y de la economía política*. 2.ª ed. Madrid: Unión Editorial, 2014.
- Honneth, Axel. *La sociedad del desprecio*. Madrid: Editorial Trotta, 2011.
- Houtart, François. "De los bienes comunes al bien común de la humanidad". *Revista El Ágora USB*, Vol. 14, no. 1 (2014): 259-93.
- Hunt, Paul. "Interpreting the International Right to Health in a Human Rights-Based Approach to Health". *Health and Human Rights*, Vol. 18, no. 2 (2016): 109-30.
- Keyes, Corey L. M. "Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 73, no. 3 (2005): 539-48. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>
- Laurell, Asa Cristina. "La salud-enfermedad como proceso social". *Cuadernos Médico Sociales*, no. 19 (1982): 1-11.
- London, Leslie, Chuma Himonga, Nicole Fick and Maria Stuttaford. "Social Solidarity and The Right to Health: Essential Elements for People-Centred

Health Systems”. *Health Policy and Planning*, Vol. 30, no. 7 (2014): 938-45.
<https://doi.org/10.1093/heapol/czu083>

Maldonado, Carlos Eduardo. *Hacia una fundamentación filosófica de los derechos humanos*. 3.ª ed. ampliada y corregida. Bogotá: Arango Editores, 2010.

Marx, Karl. *Sobre la cuestión judía*. Greenbooks digital, 2021.

Meier, Benjamin Mason and Larisa M. Mori. “The Highest Attainable Standard: Advancing a Collective Human Right to Public Health”. *Columbia Human Rights Law Review*, Vol. 37 (2005): 101-47.

Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1841 de 2013. Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1841-de-2013.pdf>

_____. Resolución 3202 de 2016. Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud — PAIS y se dictan otras disposiciones. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%203202%20de%202016.pdf

_____. Resolución 429 de 2016. Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf

_____. Resolución 1441 de 2016. Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1441-2016.pdf>

_____. Resolución 3280 de 2018. Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>

_____. Resolución 2626 de 2019. Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud -PAIS y adopta el Modelo de Acción Integral Territorial -MAITE. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf

- Ministerio de Salud y Protección Social. *Informe al Congreso de la República. Cuatrienio 2014-2018. Sector Administrativo de Salud y Protección Social*. Bogotá: Minsalud, 2018. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/Informe-congreso-2014-2018-2017-2018.pdf>
- _____. “Medidas frente a la pandemia COVID-19”. Ministerio de Salud, 2 de diciembre de 2021. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/Documentos-Administrativos-covid-19.aspx>
- Neier, Aryeh. “Social and Economic Rights: A Critique”. *Human Rights Brief*, Vol. 13, no. 2 (2006): 1-3.
- Nozick, Robert. *Anarquía, estado y utopía*. Buenos Aires, México, Madrid: Fondo de Cultura Económica, 1991.
- Nussbaum, Martha C. *Crear capacidades. Propuesta para el desarrollo humano*. Barcelona: Paidós, 2016.
- O’Neill, Onora. “The Dark Side of Human Rights”. *International Affairs (Royal International Affairs 1944-)*, Vol. 81, no. 2 (2005): 427-39.
- Organización de Estados Americanos, OEA. “Protocolo adicional a la Convención Americana sobre derechos humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales ‘Protocolo de San Salvador’”. OEA, 1988. <https://www.oas.org/juridico/spanish/Tratados/a-52.html>
- Organización de las Naciones Unidas, ONU. “Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales”. ACNUDH, 1966. <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>
- _____. “Convención de Viena sobre el derecho de los tratados”. Equipo Nizkor, 1969. <http://www.derechos.org/nizkor/ley/viena.html>
- _____. “Carta Internacional de los Derechos Humanos de la Organización de Naciones Unidas”. *Tratadoseuropeos.eu*, 1989. http://tratadoseuropeos.eu/Documentos/Carta_Internacional_de_Derechos_Humanos.pdf
- _____. “Historia de la redacción de la Declaración Universal de Derechos Humanos”. Naciones Unidas, 2020. <https://www.un.org/es/documents/udhr/history.shtml>
- Organización de las Naciones Unidas, ONU, y Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, CESCR. “Observación General N° 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”. ACNUR, 2000. <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>

- Organización Mundial de la Salud, OMS. “Constitución de la Organización Mundial de la Salud”. World Health Organization, WHO, 1946. <https://www.who.int/governance/eb/constitution/es/>
- Organización Mundial de la Salud, OMS, y Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, CDSS. *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Ginebra: Ediciones de la OMS, 2009. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44084/9789243563701_spa.pdf?sequence=1&isAllowed
- Organización Panamericana de la Salud, OPS. *La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, 2002. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=4036:salud-publica-en-americas-nuevos-conceptos-analisis-desempeno-bases-para-accion&Itemid=2080&lang=es#gsc.tab=0
- Pan American Health Organization, PAHO, and World Health Organization, WHO. *The Essential Public Health Functions in the Americas. A Renewal for the 21st Century. Conceptual Framework and Description*. 1^a. ed. Washington D. C.: PAHO, 2020. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53124/9789275122655_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Penchaszadeh, Víctor. “Bioética y salud pública”. *Revista Iberoamericana de Bioética*, no. 7 (2018): 1-15.
- Rawls, John. *El derecho de gentes y “una revisión de la idea de la razón pública”*. Traducido por Hernando Valencia Villa. Barcelona, Buenos Aires: Paidós Ibérica, 2001.
- _____. *Teoría de la justicia*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica, 2012.
- Restrepo Villa, Román. “A propósito de la Ley 1122 del 2007. Reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia: Esperanza, mito y realidad”. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, Vol. 25, no. 1 (2007): 90-105.
- Ruger, Jennifer Prah. “Toward a Theory of a Right to Health: Capability and Incompletely Theorized Agreements”. *Yale Journal of Law & the Humanities*, Vol. 18, no. 2 (2006): 1-47.
- Sade, Robert. “Is Health Care a Right? Negative Response”. *Image*, Vol. 7, no. 1 (1974): 11-19. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1974.tb01128.x>
- Sen, Amartya. “La salud en el desarrollo”. *Boletín de la Organización Mundial de La Salud: Recopilación de artículos*, no. 2 (2000): 16-21. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/57579>

- Thomson, Judith Jarvis. *The Realm of Rights*. Cambridge: Harvard University Press, 2013.
- Venkatapuram, Sridhar. *Health Justice. An Argument from the Capabilities Approach*. Kindle Version. Cambridge: Cambridge University Press, 2011.
- Walzer, Michael. *Las esferas de la justicia. Una defensa del pluralismo y la igualdad*. Traducido por Heriberto Rubio. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica, 2015.
- Zubieta, Elena, Marcela Muratori y Omar Fernández. “Bienestar subjetivo y psicosocial: explorando diferencias de género”. *Salud & Sociedad*, Vol. 3, no. 1 (2012): 66-76. <https://doi.org/10.22199/S07187475.2012.0001.00005>
- “Asamblea Nacional Constituyente-Archivo”. Banrepcultural, 1990-1991. <https://www.banrepcultural.org/coleccion-bibliografica/especiales/asamblea-nacional-constituyente-archivo>

2. Constitución Política y salud: una relación esencial e interdependiente

Jaime León Gañán Echavarría¹

2.1. Introducción

El 4 de julio de 1991 se promulgó en Colombia la actual Constitución Política, fruto de la constituyente conformada para tal efecto. En esta se plasmó la concepción política y jurídica de Estado social de derecho organizado en forma de república unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general,² entre otras manifestaciones estructurales y fundamentales del debe ser de nuestra nación.

Además de la derogación de la anterior Constitución de 1886 y sus reformas, y de consagrar como pilares fundamentales las funciones esenciales del Estado y de establecer que la soberanía radica en el pueblo, también la Constitución Política de 1991 introdujo al país en los conceptos de *derechos* y *deberes fundamentales*. Uno de los derechos específicamente determinados en la Constitución fue el derecho a la salud, actualmente entendido como un

¹ Grupo de Estudios Jurídicos, Facultad de Derecho, Universidad CES, Calle 10A #22-04, Medellín, Colombia, docente investigador, correo: jaimel.ganan@gmail.com

² Ver “Preámbulo” y artículos 1, 2 y 3 de la Constitución Política de Colombia de 1991.

derecho fundamental, autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo, no solo por vía jurisprudencial y doctrinal, sino también por vía legal a la luz de la Ley 1751 de 2015 y de la Sentencia C-313 de 2014.

En estas breves reflexiones se hará una aproximación vía doctrinal, jurisprudencial, legal y en sede del bloque de constitucionalidad de la relación esencial e interdependiente entre la Constitución Política y el derecho fundamental a la salud, en el entendido de la articulación y el fortalecimiento que durante estos 30 años se ha producido en la comprensión social y legal de una y otro como conceptos integrales, integradores y multidimensionales.

Por ello, se analizará la relación intrasistema e inescindible de algunos de los preceptos de la Constitución Política con el derecho fundamental a la salud y viceversa. Por su trascendencia, se hará la relación en sede de los principios y derechos de: vida, igualdad, educación, vivienda, trabajo, participación, seguridad social, libertad y acceso a la justicia, entre otros.

2.2. Reflexiones generales

2.2.1. Del Estado social, la vida digna y la salud

La concepción de Estado social³ implica necesariamente una mirada del Estado en función del bienestar, del buen vivir o buenos vivires, de la vida digna y con calidad; en últimas, de la felicidad de todas las personas de nuestro Estado.

Bienestar, buen vivir, vida digna y felicidad que depende de la materialización efectiva y real de condiciones políticas, sociales, económicas, culturales y jurídicas, entre otras, que propendan por el respeto, la protección y el cumplimiento de los derechos y deberes fundamentales de todas las personas, las comunidades y la sociedad en general. Es decir, de la garantía y del goce efectivo de las condiciones para el logro de una vida digna y con calidad.

En el contexto citado, la vida digna y con calidad se constituye en una noción integral e integradora, multifactorial y multidimensional, toda vez que

3 Ver artículo 1 de la Constitución Política de 1991 y Sentencia C-388 de 2016. Colombia, Corte Constitucional, Sentencia C-388 del 27 de julio de 2016, M. P.: Alejandro Linares Cantillo, <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/C-388-16.htm>.

su realización depende de la articulación de determinantes sociales, estructurales, políticos, económicos, culturales, éticos y morales que concurren en un momento histórico determinado y dinamizan la cláusula de Estado social.

En ese hilo de ideas, el derecho a la salud⁴ se reitera hoy fundamental, autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo,⁵ trasciende su concepción tradicional y formal hacia una noción holística en el sentido que una buena salud colectiva e individual se enmarca necesariamente en contar con las condiciones, entre otras, de un trabajo digno y decente, de una educación de calidad e inclusiva, de contar con una vivienda digna, de poder acceder a espacios reales de participación, de contar con acciones efectivas de justiciabilidad de los derechos, de disponer de una real seguridad alimentaria, de contar con espacios de recreación, deporte y manejo del tiempo libre, de acceso a tecnologías de la comunicación, de acceso a la tierra y a su producción, a un salario o una pensión digna, a la expresión, a la posibilidad de acceder a la gestión pública, al libre desarrollo de la personalidad y lógicamente a la promoción de la salud, a la prevención de la enfermedad y a los servicios sanitarios con calidad, oportunidad y calidez bajo la implementación de acciones afirmativas en tal sentido.

En ese contexto, las nuevas concepciones de la salud y del derecho fundamental a la salud⁶ redimensionan la noción del *Estado social*, lo fortalece o amplía, y lo reestructura en el sentido de la búsqueda constante de un ser y un

- 4 Referida la salud en las gacetas de la Constituyente de 1991, en veces en el marco de la asistencia pública, en otras ubicada dentro de los derechos sociales, económicos y culturales. Véase gacetas 5, 37 y 51. También propuesta en algún momento por la Comisión Quinta como "...un derecho de los ciudadanos".
- 5 Ver la Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria en Salud), las sentencias C-313 de 2014 y T-760 de 2008, entre otras. Consagrado inicialmente en artículos tales como el 44, 48, 49 y 53 de la Constitución de 1991. Colombia, Congreso de la República, Ley 1751 de 2015, Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones, http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html; Colombia, Corte Constitucional, Sala Plena, Sentencia C-313 del 29 de mayo de 2014, M. P.: Gabriel Eduardo Mendoza Martelo, <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/C-313-14.htm>; Colombia, Corte Constitucional, Sala Segunda de Revisión, Sentencia T-760 del 31 de julio de 2008, M. P.: Manuel José Cepeda Espinosa, <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-760-08.htm>.
- 6 Noción integral e integradora, interdependiente con otros derechos, deberes y libertades. Jaime León Gañán, *Los muertos de Ley 100. Prevalencia de la libertad económica sobre el derecho fundamental a la salud: una razón de su ineficacia. Caso del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo* (Medellín: Imprenta Universidad de Antioquia, 2013).

deber ser social, basado en la interdependencia, indivisibilidad y articulación de los derechos, deberes, libertades y garantías constitucionales. E igualmente, esa nueva noción, amplia y dinámica, redimensiona cada día los conceptos de *salud y derecho fundamental a la salud* como un todo, como el insumo y a la vez el resultado de múltiples factores que la enriquecen y que permiten la disponibilidad, el acceso, la aceptabilidad y la calidad no solo en términos de servicio esencial, sino también en términos de derecho integral e integrador.

Por ello, el mismo entendimiento de la vida ha trascendido de una visión biológica a una concepción de vida digna y con calidad.⁷ La igualdad ha trasmutado de la concepción meramente formal, a la noción de acceso real, equitativo y justo a las condiciones de vida digna, es decir, a la concepción de una igualdad real, material o fáctica. En tal sentido, principios como el de dignidad humana y el *pro homine*⁸ se redimensionan en pro del mejoramiento continuo de capacidades y de calidad de vida con base en la teoría de los enfoques de derecho.

2.2.2. De la educación y la salud

Así mismo, el derecho a la educación⁹ trasmuta en un derecho fundamental, en el cual debe prevalecer la proyección de vida con dignidad y calidad para todas las personas, la educación en ambientes saludables, la educación como medio de creación de hábitos igualmente saludables, y la salud como requisito esencial para acceder a la educación en óptimas condiciones de crecimiento personal y social, de equidad, y de disposición y aptitud positiva.

7 Ver artículo 11 de la Constitución Política de 1991 y Sentencias T-395 de 1998 y T-239 de 2016. Colombia, Corte Constitucional, Sala Séptima de Revisión, Sentencia T-395 del 3 de agosto de 1998, M. P.: Alejandro Martínez Caballero, <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1998/T-395-98.htm>; Colombia, Corte Constitucional, Sala Séptima de Revisión, Sentencia T-239 del 16 de mayo de 2016, M. P.: Jorge Ignacio Pretelt Chaljub, <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/T-239-16.htm>.

8 Principio de interpretación contenido en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y en la Ley 1751 de 2015.

9 Ver artículo 67 de la Constitución Política de 1991 y sentencias T-306 de 2011 y T-743 de 2013. Colombia, Corte Constitucional, Sala Octava de Revisión, Sentencia T-306 del 28 de abril de 2011, M. P.: Humberto Antonio Sierra Porto, <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2011/t-306-11.htm>; Colombia, Corte Constitucional, Sala Novena de Revisión, Sentencia T-743 del 23 de octubre de 2013, M. P.: Luis Ernesto Vargas Silva, <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2013/t-743-13.htm>.

También el derecho a una vivienda digna¹⁰ ha fortalecido el concepto integral de la salud en cuanto que un entorno vital con las necesarias condiciones de higiene y de confort hace parte del fortalecimiento de la salud mental desde un enfoque positivo.¹¹

En la misma línea, contar con agua potable, energía y un medio ambiente sano¹² sin duda contribuye a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad. Pero igual ha sido la dinámica de la evolución del concepto integral e integrador de la salud la que ha redefinido la noción de una vivienda digna y decente y del significado de entornos saludables.

2.2.3. Del derecho al trabajo y la salud

El derecho al trabajo¹³ se redimensiona en los principios de una labor digna y decente, en especial con un salario móvil y vital, pero también con las condiciones de afiliación a los diferentes sistemas de seguridad social, e igualmente con las condiciones de seguridad y salud en el trabajo propias de cada oficio. En paralelo, la salud se reinventa en cuanto que un buen trabajo en condiciones dignas y decentes repercutirá en el fortalecimiento y desarrollo de las capacidades de cada persona en su ámbito laboral, y también en sus ámbitos familiar y social.

2.2.4. Del derecho a la participación y la salud

El derecho a la participación¹⁴ ha encaminado el concepto del *derecho a la salud* hacia espacios de posibilidad de gestión personal y comunitaria, pero

¹⁰ Ver artículo 51 de la Constitución Política y la Sentencia T-239 de 2016. Colombia, Corte constitucional, Sentencia T-239 del 16 de mayo de 2016.

¹¹ Ver la Ley 1616 de 2013 y la Sentencia T-095 de 2013. Colombia, Congreso de la República, Ley 1616 de 2013, Por medio de la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones, http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1616_2013.html; Colombia, Corte Constitucional, Sala Séptima de Revisión, Sentencia T-095 del 26 de febrero de 2013, M. P.: Jorge Ignacio Pretelt Chaljub, <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2013/T-095-13.htm>.

¹² Ver artículo 79 de la Constitución Política y la Sentencia T-325 de 2017. Colombia, Corte Constitucional, Sala Séptima de Revisión, Sentencia T-325 del 15 de mayo de 2017, M. P.: Aquiles Arrieta Gómez, <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/T-325-17.htm>.

¹³ Ver artículos 25 y 53 de la Constitución Política, también la Sentencia C-593 de 2014. Colombia, Corte Constitucional, Sala Plena, Sentencia C-593 del 20 de agosto de 2014, M. P.: Jorge Ignacio Pretelt Chaljub, <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/C-593-14.htm>.

¹⁴ Ver “Preámbulo” y los artículos 103 y 270 de la Constitución Política, entre otros; también la Ley 1757 de 2015 y las sentencias T-760 de 2998 y la C-150 de 2015. Colombia, Congreso de la

también a espacios de defensa individual y colectiva. Y en esos espacios de ganancias en la participación y en la defensa de los derechos fundamentales, el propio derecho a la salud ha encontrado nuevas perspectivas, nuevas miradas y pluralidades con enfoques diversos y multiculturales.

2.2.5. De los deberes constitucionales fundamentales, el bloque de constitucionalidad, la seguridad social y la salud

También la concepción de los deberes constitucionales fundamentales¹⁵ y legales, desde una mirada holística e integral, han dimensionado el derecho a la salud desde una concepción unilateral, hacia una dimensión de bilateralidad anclada en la corresponsabilidad y en la solidaridad con la familia, la sociedad y con el mismo sistema, en aras de fortalecer, precisamente, las nociones de *solidaridad intergeneracional, interterritorial, interinstitucional, económica y humana*. En sentido colateral, la Constitución ha fortalecido su entendimiento de los deberes fundamentales constitucionales como un concepto referido a la doble inferencia que se debe hacer de cada derecho en cuanto cada uno de estos comporta un deber, y, por ende, el derecho a la salud implica el deber de proteger la propia salud y la de las demás personas.

De otra parte, la misma concepción de derechos, deberes y libertades contenidas en la Constitución Política de 1991 se ha transformado en forma exponencial en su entendimiento, debido al propio entendimiento y aceptación de la doctrina del bloque de constitucionalidad¹⁶ como vinculante de derechos,

.....
República, Ley Estatutaria 1757 de 2015, Por la cual se dictan disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación democrática, <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=65335>; Colombia, Corte Constitucional, Sala Segunda de Revisión, Sentencia T-760 del 31 de julio de 2008; Colombia, Corte Constitucional, Sala Plena, Sentencia C-150 del 8 de abril de 2015, M. P.: Mauricio González Cuervo, <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2015/C-150-15.htm>.

15 Ver artículo 9 de la Constitución Política y la Sentencia C-261 de 2002. Colombia, Corte Constitucional, Sala Plena, Sentencia C-261 del 16 de abril de 2002, M. P.: Clara Inés Vargas Hernández, <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2002/C-261-16.htm>.

16 En voces de la Sentencia C-225 de 1995: “El bloque de constitucionalidad está compuesto por aquellas normas y principios que, sin aparecer formalmente en el articulado del texto constitucional, son utilizados como parámetros del control de constitucionalidad de las leyes, por cuanto han sido normativamente integrados a la Constitución, por diversas vías y por mandato de la propia Constitución. Son pues verdaderos principios y reglas de valor constitucional, esto es, son normas situadas en el nivel constitucional, a pesar de que puedan a

deberes y libertades, ahora entendidos desde la perspectiva internacional, desde la concepción de la principalística, de la prevalencia de los derechos humanos e inherentes a la persona humana. En tal contexto, el propio concepto del *bloque de constitucionalidad* estructurado desde la Constitución Política ha permitido ampliar la dinámica y la noción de *derecho a la salud* en todas sus dimensiones, y tal dinámica ha permitido ampliar el catálogo de derechos y deberes de la propia Constitución, como cuando por ejemplo se reconocen y tutelan los derechos innominados¹⁷ en salud y en el derecho a la seguridad social.

Precisamente, el derecho a la seguridad social¹⁸ tanto en su concepción tradicional referida al cubrimiento de pensiones, salud y riesgos a través de sistemas creados para tal fin, como en su redimensión de ser un derecho al bienestar, al buen vivir y a la felicidad individual y colectiva se reestructura en función de la misma noción amplia del *derecho a la salud*, en especial, de la oportunidad efectiva de cada persona y de las comunidades de contar con la materialización del principio de solidaridad, tanto intergeneracional, como de otros tipos en cada fase o etapas de la vida. De su parte, el derecho a la salud retoma de los tradicionales y nuevos principios de la seguridad social para reafirmarse en su concepción holística y multidimensional. En sus principios de universalidad, dignidad humana y calidad de vida como el horizonte del fin último de un Estado social.

2.2.6. De las acciones y mecanismos de justiciabilidad y la salud

No solamente el nuevo entendimiento de los derechos, deberes y libertades fundamentales desde su estructura sustancial ha incidido en el fortalecimiento

.....
 veces contener mecanismos de reforma diversos al de las normas del articulado constitucional stricto sensu". Colombia, Corte Constitucional, Sala Plena, Sentencia C-225 del 18 de mayo de 1995, M. P.: Alejandro Martínez Caballero, <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1995/C-225-95.htm>. Ver artículos 9, 44, 53, 93, 94 y 214.2.

- ¹⁷ Entre otros, *right to try*, derecho a la higiene femenina, recuperación funcional de un órgano del cuerpo humano, derecho al mínimo existencial.
- ¹⁸ Ver los artículos 44, 48, 49 y 53, entre otros, de la Constitución Política. También las sentencias T-396 de 2018 y T-192 de 2019. Colombia, Corte Constitucional, Sala Octava de Revisión, Sentencia T-396 del 25 de septiembre de 2018, M. P.: José Fernando Reyes Cuartas, <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2018/T-396-18.htm>; Colombia, Corte Constitucional, Sala Sexta de Revisión, Sentencia T-192 del 13 de mayo de 2019, M. P.: Gloria Stella Ortiz Delgado, <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2019/T-192-19.htm>.

en doble vía de la Constitución y del derecho a la salud, sino también las acciones y mecanismos de justiciabilidad¹⁹ contenidos en la Constitución. El acceso a la justicia como factor de materialización de los derechos fundamentales ha ido delimitando el contorno del contenido o del núcleo esencial del derecho a la salud, y, por supuesto, la jurisprudencia y doctrina en relación con el derecho a la salud han definido el entendimiento constitucional de sus propios contenidos y acciones de defensa.

Como consecuencias de lo anterior, innumerables son las acciones de búsqueda de la protección del derecho fundamental a la salud que se han interpuesto en Colombia. Sin duda, en ese sentido, la acción de tutela,²⁰ consagrada en el artículo 86 de la Constitución Política, ha sido la vía más utilizada por quienes acuden al amparo de su derecho fundamental. También aquí podemos afirmar que la Constitución se ha llenado de contenido, ha evolucionado hacia un “derecho viviente”²¹ en la medida que las acciones interpuestas han permitido entender los postulados de la Constitución, en especial el relacionado con la cláusula de Estado social, de vida digna y de igualdad material. Pero, en sentido recíproco, la salud ha devenido desde las primigenias concepciones jurídicas de ser un mero derecho prestacional o de segunda generación, hasta el entendimiento lógico y esencial de ser un derecho fundamental autónomo e interdependiente con otros derechos, deberes y libertades constitucionales, hoy también entendidas como parte esencial del todo que conforma la salud.

19 Entre otros, acción de tutela (artículo 86 de la Constitución Política), derecho de petición (artículo 86 de la Constitución Política), acciones populares (artículo 88 de la Constitución Política) y acciones ordinarias.

20 Reglamentada, entre otras normas, por el Decreto Ley 2591 de 1991. Véanse los múltiples informes defensoriales sobre la acción de tutela en Salud. “Informe defensorial sobre la Tutela y el Derecho a la Salud”, Defensoría del Pueblo, 4 de octubre de 2014, <https://www.defensoria.gov.co/es/nube/noticias/291/Informe-defensorial-sobre-la-Tutela-y-el-Derecho-a-la-Salud-Informe-defensorial-Salud-Derechos-Humanos.htm>.

21 Ver Sentencia C-418 de 2014. Colombia, Corte Constitucional, Sala Plena, Sentencia C-418 del 2 de julio de 2014, M. P.: María Victoria Calle Correa, <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/C-418-14.htm>.

2.2.7. Del derecho a la salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Las transformaciones conceptuales y esenciales tanto de la propia Constitución, como del derecho fundamental a la salud también han derivado de la tensión casi permanente que se ha configurado desde la creación de la Ley 100 de 1993, en especial de la entrada en vigencia del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la propia dimensión de derecho a la salud. Dicha tensión ha visibilizado los no pocos choques entre los requisitos reglamentarios del sistema, que en veces niegan el derecho a la salud, y, por supuesto, los caros principios del derecho a la salud y su dimensión de servicio público esencial. Tensiones que normalmente, al resolverse en favor del derecho fundamental a la salud de las personas accionantes, han fortalecido la mirada desde un enfoque de derechos y han delimitado la mirada desde un enfoque de aseguramiento. También se han fortalecido las bases constitucionales y las lecturas del derecho fundamental a la salud desde los principios de calidad de vida, dignidad humana y *pro homine*.

2.2.8. De los servicios públicos y la salud

Precisamente, un nuevo entendimiento de la dignidad humana y la calidad de vida como consecuencia del goce efectivo del derecho fundamental a la salud también se ha fortalecido con la determinación de los servicios públicos como inherentes a la finalidad social del Estado,²² así como la consagración del bienestar y el mejoramiento de la calidad de vida de la población.²³ Igualmente, se han reforzado los propios conceptos referidos en la Constitución con los elementos materiales y esenciales de una actual aproximación integral a la salud.

2.2.9. De la libertad, la igualdad y la salud

La libertad en todas sus manifestaciones y los correspondientes deberes de esta derivados, asimismo, ha redefinido su concepto en cuanto solo podrán

²². Véase el artículo 365 de la Constitución Política de 1991.

²³. Véase el artículo 366 de la Constitución Política de 1991.

tener una real libertad aquellos que cuenten con todas las condiciones materiales, determinantes sociales y estructurales para ejercerla y las condiciones requeridas para cumplir con sus deberes. La salud se finca en la libertad y en los conceptos de *igualdad material* y *equidad*. Es decir, en poder tener un buen plan de vida, y en la libertad, como la posibilidad integral de contar con las condiciones de salud para llevarlo a cabo.

Sin duda, la relación de esencialidad e interdependencia entre la teoría del bloque de constitucionalidad, lógicamente los derechos, deberes y libertades consagrados en nuestra Constitución Política y las teorías de integralidad del derecho humano y seriamente fundamental a la salud continuarán en relación de fortalecimiento y desarrollo continuo. Seguramente, en años venideros tanto la Constitución Política, como el derecho fundamental a la salud tendrán entendimientos más amplios, más progresivos, más integrales, más articulados y más humanizados en favor del propio Estado social, de nuestra sociedad y de todos nosotros que, en últimas, somos el principio y el fin de los Estados sociales en bien de nuestro bienestar, calidad de vida, vida digna, buen o buenos vivires, y de la felicidad como la suma del goce efectivo y material de nuestros derechos, del cumplimiento real de nuestros deberes y de la realización fáctica de nuestra libertad.

2.3. Conclusiones

La positivización o determinación expresa del derecho a la salud en Colombia, en la Constitución de 1991, no solo se constituyó en un acto meramente formal, sino que dinamizó su concepción y contenidos.

El mismo desarrollo doctrinal, jurisprudencial y legal del derecho a la salud, hasta su concepción actual como un derecho fundamental, autónomo e irrenunciable, lo ha fortalecido tanto desde su exigibilidad legal, como de su propia concepción.

El desarrollo de los diferentes preceptos de la Constitución Política de 1991 tanto a nivel de la jurisprudencia, como de los desarrollos doctrinales también ha contribuido a nuevas formas de acercamiento conceptual al derecho a la salud, a sus componentes y elementos esenciales.

La mirada sistémica de los derechos, deberes y libertades, desde una óptica de interdependencia e indivisibilidad, también ha fortalecido la mirada holística del derecho a la salud en Colombia en lo corrido de estos 30 años de nuestra Constitución Política.

También, la entronización del concepto doctrinal y jurisprudencial del bloque de constitucionalidad permitió que la propia Constitución Política de 1991 determinara un amplio “catálogo abierto de derechos fundamentales”,²⁴ de deberes y libertades, pero también la posibilidad de comprender en una forma más amplia e integral el contenido del derecho a la salud tanto en su dimensión de derecho, individual y colectivo, como en su dimensión de servicio público esencial, y en su dimensión de Sistema General de Seguridad Social en Salud o de otros sistemas de salud exceptuados o especiales.

Lógicamente la oportunidad de comprender el derecho a la salud desde propias y foráneas concepciones, desde su integralidad, desde su esencialidad, desde su fundamentalidad como un bien en sí mismo, como una condición humana y social para ejercer otros derechos, deberes y libertades, ha condicionado también el entendimiento de los demás principios, derechos, deberes, libertades, concepciones políticas, filosóficas, orgánicas y procedimentales contenidas en la propia Constitución Política.

La relación entre la Constitución Política de Colombia de 1991 y el derecho fundamental a la salud ha sido sin duda recíproca, de retroalimentación en su concepción, de reestructuración de sus fundamentos, fines, elementos y justiciabilidad. Una relación esencial e inescindible en procura de un nuevo Estado social, de un nuevo derecho social, de un ideal de bienestar, de buen vivir, de calidad de vida y de felicidad en bien del interés general y del interés particular respetando la multiculturalidad. Un derecho que finalmente se fortalece con el crecimiento de otros derechos y que, a su vez, robustece a los otros derechos, deberes y libertades, en una relación de interdependencia e integralidad.

²⁴ Ver Sentencia T-212 de 2009. Colombia, Corte Constitucional, Sala Cuarta de Revisión, Sentencia T-212 del 27 de marzo de 2009, M. P.: Gabriel Eduardo Mendoza Martelo, <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2009/T-212-09.htm>.

Quizás en los próximos años tal relación de doble vía, de interdependencia y esencialidad entre la Constitución Política y el derecho a la salud, siga su fortalecimiento en sede de los principios de internacionalización, progresividad, optimización y de no regresividad, que permitan una ampliación conceptual y jurídica de los conceptos de *Constitución, salud, salud pública, salud colectiva, derecho fundamental a la salud, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención primaria en salud renovada y articulada*, y, lógicamente, de *buen vivir, dignidad, calidad y felicidad*, en un Estado social cada vez más fortalecido, democrático, equitativo y materialmente dignificante de los derechos, deberes y libertades fundamentales en sede de enfoque de derechos y del principio *pro homine*.

Bibliografía

- Asamblea General de las Naciones Unidas. “Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales”. ACNUDH, 1966. <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>
- Colombia. Congreso de la República. Ley 1616 de 2013. Por medio de la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1616_2013.html
- _____. Ley 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html
- _____. Ley Estatutaria 1757 de 2015. Por la cual se dictan disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación democrática. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=65335>
- Colombia. Corte Constitucional, Sala Plena. Sentencia C-225 del 18 de mayo de 1995. M. P.: Alejandro Martínez Caballero. <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1995/C-225-95.htm>
- _____. Sentencia C-261 del 16 de abril de 2002. M. P.: Clara Inés Vargas Hernández. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/C-261-16.htm>
- _____. Sentencia C-313 del 29 de mayo de 2014. M. P.: Gabriel Eduardo Mendoza Martelo. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/C-313-14.htm>
- _____. Sentencia C-418 del 2 de julio de 2014. M. P.: María Victoria Calle Correa. <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/C-418-14.htm>
- _____. Sentencia C-593 del 20 de agosto de 2014. M. P.: Jorge Ignacio Pretelt Chaljub. <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/C-593-14.htm>

- Colombia. Corte Constitucional, Sala Plena. Sentencia C-150 del 8 de abril de 2015. M. P.: Mauricio González Cuervo. <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2015/C-150-15.htm>
- _____. Sentencia C-388 del 27 de julio de 2016. M. P.: Alejandro Linares Cantillo. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/C-388-16.htm>
- Colombia. Corte Constitucional, Sala Segunda de Revisión. Sentencia T-760 del 31 de julio de 2008. M. P.: Manuel José Cepeda Espinosa. <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-760-08.htm>
- Colombia. Corte Constitucional, Sala Cuarta de Revisión. Sentencia T-212 del 27 de marzo de 2009. M. P.: Gabriel Eduardo Mendoza Martelo. <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2009/T-212-09.htm>
- Colombia. Corte Constitucional, Sala Sexta de Revisión. Sentencia T-192 del 13 de mayo de 2019. M. P.: Gloria Stella Ortiz Delgado. <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2019/T-192-19.htm>
- Colombia. Corte Constitucional, Sala Séptima de Revisión. Sentencia T-395 del 3 de agosto de 1998. M. P.: Alejandro Martínez Caballero. <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1998/T-395-98.htm>
- _____. Sentencia T-095 del 26 de febrero de 2013. M. P.: Jorge Ignacio Pretelt Chaljub. <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2013/T-095-13.htm>
- _____. Sentencia T-239 del 16 de mayo de 2016. M. P.: Jorge Ignacio Pretelt Chaljub. <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/T-239-16.htm>
- _____. Sentencia T-325 del 15 de mayo de 2017. M. P.: Aquiles Arrieta Gómez. <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/T-325-17.htm>
- Colombia. Corte Constitucional, Sala Octava de Revisión. Sentencia T-306 del 28 de abril de 2011. M. P.: Humberto Antonio Sierra Porto. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2011/t-306-11.htm>
- _____. Sentencia T-396 del 25 de septiembre de 2018. M. P.: José Fernando Reyes Cuartas. <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2018/T-396-18.htm>
- Colombia. Corte Constitucional, Sala Novena de Revisión. Sentencia T-743 del 23 de octubre de 2013. M. P.: Luis Ernesto Vargas Silva. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2013/t-743-13.htm>
- Defensoría del Pueblo. “Informe defensorial sobre la Tutela y el Derecho a la Salud”. 4 de octubre de 2014. <https://www.defensoria.gov.co/es/nube/noticias/291/Informe-defensorial-sobre-la-Tutela-y-el-Derecho-a-la-Salud-Informe-defensorial-Salud-Derechos-Humanos.htm>
- Gañán, Jaime León. *Los muertos de Ley 100. Prevalencia de la libertad económica sobre el derecho fundamental a la salud: una razón de su ineficacia. Caso del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo*. Medellín: Imprenta Universidad de Antioquia, 2013.
- “Constitución Política de Colombia de 1991”. *Gaceta Constitucional*, no. 116 (1991).

3. Estado social de derecho y seguridad social en la Constitución de 1991

Jorge Hernán Betancur-García¹

3.1. Introducción

Abordar el tema de la seguridad social teniendo como telón de fondo el Estado social de derecho permite observar la nueva perspectiva jurídica que propone la Constitución de 1991, lo que es una tarea de replanteamientos de teorías y conceptos que pueden creerse suficientemente aprendidos, y que hoy se redescubren desde una visión amplia y filosófica, sin lo cual en la actualidad no es posible abordar los temas fundamentales que tocan la seguridad social en Colombia.

El *Estado social de derecho* y la *seguridad social*, por ejemplo, son algunos de aquellos conceptos que, de tanto ser utilizados, van perdiendo su sentido y significado. Este trabajo precisamente permite recabar en las implicaciones de estos dos conceptos y, a partir de ello, hacer un análisis desde la propia realidad social, que hoy más que nunca en la historia jurídico-política de nuestra nación exige una crítica objetiva que nos lleve a los cambios reales que, en materia social, se requieren con urgencia.

¹ Facultad de Derecho y Ciencias Políticas, Universidad de Antioquia UdeA, Calle 70 No. 52-21, Medellín, Colombia, docente vinculado, correo: jorge.betancur@udea.edu.co

Profundizar en el significado del Estado social de derecho en su naturaleza normativa, axiológica o principal facilita superar la visión del Estado de derecho clásico con su igualdad formal y ubicarnos en la búsqueda de la justicia social de carácter material o real, que, por razones tanto éticas como políticas, se constituye en un fin primordial, anhelado con la entrada en vigencia de la Constitución de 1991 y, así mismo, en el eje central sobre el que descansa el concepto propio del *Estado social de derecho*. De ello infiero que lo social no es un mero agregado a la fórmula del Estado de derecho, sino que es precisamente la esencia propia de este tipo de Estado.

Abordar el carácter axiológico y ontológico del Estado social de derecho se adentra en el concepto de *seguridad social*, que, como tal, es fruto de la concepción política y jurídica de esta nueva forma de Estado llamado social. La seguridad social supera la idea de beneficencia y de seguro social, para ubicarse en el concepto de *seguridad social* que tiene que ver con la prevención, reparación y rehabilitación de las necesidades y contingencias a las que están sometidos todos los ciudadanos desde que nacen hasta que mueren. De allí que la seguridad social sea un mecanismo –tal vez el más importante de todos– para que el Estado logre su finalidad eminentemente social, que se concretiza en la garantía de los mínimos vitales o existenciales para cada ciudadano.

Sin embargo, todas estas ideas, que son y deben ser el basamento del Estado, no resisten en la aplicación de la realidad social colombiana una crítica ampliamente positiva, pues he podido apreciar cómo las políticas del Estado –tendientes a la liberalización del mercado y propiamente del mercado laboral– están dando al traste con el carácter social de ese tipo de Estado, concretamente con la consecución de los derechos de igualdad y justicia de carácter material que, a todas luces y por nuestra situación actual que no es el caso profundizar aquí, son la finalidad fundamental del Estado social, como está definido que debe perseguir nuestra Constitución.

Bajo esta óptica crítica reflexiva se justifica el presente trabajo. No considero que con mi apuesta realice un gran aporte a la doctrina jurídica colombiana. De hecho, no es mi pretensión, pero sí creo que este escrito encuentra validez gracias al aporte concienzudo y profundo que he tratado de hacer sobre nuestro sistema de seguridad social.

3.2. Estado social de derecho

En Colombia actualmente, y a raíz de la expedición de la Constitución de 1991, este tema ha obtenido gran relevancia, sobre todo en los medios académicos y doctrinarios de la ciencia jurídica. Precisamente, la Corte Constitucional ha realizado importantes aportes y precisiones acerca del significado no solo formal, sino sobre todo material de esta fórmula principal que es el Estado social de derecho, y, más que de su significado, de las consecuencias ontológicas y axiológicas que se derivan de este para el orden social, económico y político de nuestro país.

3.2.1. Contexto histórico

Al igual que todos los fenómenos jurídicos y sociales, el Estado social de derecho es fruto de unas circunstancias históricas precisas que es importante analizar a efecto de lograr el pleno significado, los valores, las ventajas y desventajas que se desprenden de tal fórmula jurídico-política que tan prolijamente ha adoptado nuestra Constitución Política.

En el siglo XVIII, el Estado de derecho surgió en torno a la necesidad de la clase burguesa –en tanto que nueva clase social emergente– de ganarse un lugar dentro del poder que, exclusiva y arbitrariamente, ejercía el monarca. Para el logro de tal cometido, se hacía necesaria la invención de un método legitimante y legitimador que permitiera acceder al goce de las decisiones políticas. Para tal empresa, el barón de Montesquieu, con su idea de la división de poderes, y Juan Jacobo Rousseau, con su idea de la fundamentación democrática del poder, llegaron a dar las claves que necesitaba la clase burguesa para llevar a cabo los cambios que requería una nueva época. La sujeción a la ley como la expresión más pura de la voluntad popular –como *volonté générale* del pueblo– permite recrear un ambiente de seguridad jurídica para efecto de las transacciones comerciales de un capitalismo naciente, que se constituye con los elementos jurídico-políticos antes vistos, propios de la Ilustración en un nuevo orden social: el Estado demoliberal.

Las revoluciones burguesa, francesa, inglesa y norteamericana establecieron una lucha no solo hacia el logro de la libertad, sino también por la

igualdad, principales banderas de los cambios que se pretendían. Sin embargo, la primera quedó relegada frente a la segunda, pues la igualdad, aunque quedó consignada como valor, fue solo de carácter formal, consistente en la igualdad que todos los ciudadanos tienen frente a la ley. La libertad en cambio se convirtió –adecuada, sutil y eficazmente– en la razón instrumental del liberalismo económico clásico, cuyos máximos representantes fueron los economistas Adam Smith y David Ricardo, quienes a partir de sus teorías justificaron el capitalismo y sus leyes de mercado: oferta y demanda como el orden lógico, natural y más razonable. Así las cosas, la libertad de los individuos y su voluntad sin cortapisas innecesarias por parte del soberano son las que permiten el progreso económico y lo que, de acuerdo a esta teoría, va necesariamente a producir bienestar.

Entre mediados del siglo XIX y principios del siglo XX el Estado de derecho ya se encontraba consolidado y firmemente instalado en la conciencia política y jurídica colectiva, de tal manera que sus categorías y esquemas aún presiden y animan las acciones estatales. Las grandes conquistas de este esquema fueron la fundamentación democrática del poder, y, de otro lado, la reducción de este dominio a favor del ciudadano, que empezó a gozar de medios judiciales que colocaban límites al poder omnímodo del Estado que, con sujeción a la legalidad, tenía terrenos vedados para sus acciones en los ya consagrados legislativamente derechos o garantías fundamentales, que implicaban para el Estado un supuesto deber de abstención. Los derechos que este prohibía giraban fundamentalmente en torno al valor *libertad*.

Sin embargo, este tipo de Estado se encontraba literalmente apartado de la sociedad. Ambos conceptos apuntaban a lógicas distintas, aunque poseían algunos puntos de contacto, pero el Estado no estaba en función directa de la sociedad, sino exclusivamente en la garantía de la libertad, la seguridad, la propiedad y el orden público. La sociedad como orden espontáneo estaba orientada al ejercicio de la autonomía de la voluntad individual y a la competencia, teniendo en cuenta la lógica del capitalismo liberal.² El Estado solo se

² Luciano Parejo Alfonso, A. Jiménez-Blanco y L. Ortega-Álvarez, *Manual de derecho administrativo*, 5.ª ed., Vol. 1 (Barcelona: Ariel Derecho, 1998).

relacionaba con la sociedad a partir de su poder de *imperium*, en tanto que su poder jerárquicamente establecido imponía las reglas.

Pero los cimientos y el andamiaje del edificio estatal y jurídico del Estado de derecho empezaron a ser removidos por fuertes y acelerados cambios sociales precisamente cuando este se encontraba totalmente construido. Así entonces, con la consolidación del capitalismo industrial a mediados del siglo XIX se produjo una urbanización a gran escala, generándose una nueva clase social, el proletariado urbano, que comenzó a desarrollar actividades revolucionarias en búsqueda de poder político y protección para su actividad laboral por parte del Estado. La Revolución rusa de 1917 desencadenó varias reformas sociales en Europa por temor al avance de la ideología comunista, que pretendía acabar con el modelo económico liberal e instaurar, en términos de Marx y Engels, la dictadura del proletariado.

Todos estos cambios vertiginosos generaron una toma de conciencia frente a la insuficiencia de la igualdad formal o igualdad ante la ley, bandera fundamental del Estado liberal a fin de instaurar una igualdad material que posibilitara el arreglo de las disfunciones del sistema. Las dos guerras mundiales y la recesión económica que se llegó a presentar en el periodo de entre-guerras obligaron al Estado a asumir un papel decisivo en la vida económica. El Estado se volvió empresario; el acelerado progreso tecnológico, sumado a las grandes presiones sociales que se fueron generando en las crecientes urbes, llevó a que el Estado terminara siendo el más importante prestador de servicios básicos de salud, de educación, de energía, acueducto y comunicaciones.

Algunos de los cambios percibidos con mayor fuerza fueron, entre otros: un compromiso del Estado con la búsqueda de la justicia material; un cambio de ser mero regulador a ser un Estado gestor que distribuye, dirige y presta servicios fundamentales; el protagonismo del Estado en los ámbitos social y político, lo que implica una recomposición de los poderes del Estado a fin de dar cabida a las nuevas expectativas y funciones que este debe desarrollar en su nuevo papel. Bajo este contexto, se impuso el fortalecimiento del poder ejecutivo en detrimento del poder legislativo.

En este contexto surgió el Estado benefactor o de prosperidad general, en el que los deberes sociales por parte del Estado obedecieron a una coyuntura

específica de graves conflictos sociales y se reflejaron, de una parte, en reformas normativas, donde los seguros sociales de Otto von Bismarck³ constituyen un ejemplo típico, y, por otro lado, en un intervencionismo estatal en el ámbito social como respuesta inmediata de choque a problemas específicos y coyunturales, mas no como una razón propia y esencial de la naturaleza jurídica y política del propio Estado, como sí lo es la fórmula política Estado social de derecho que entraremos a analizar a continuación.

3.2.2. Estado social

El Estado social de derecho ha sido definido por muchos autores de diferente forma, pero todos coinciden en algunas notas esenciales que vale la pena entrar a elucidar. Para Manuel García-Pelayo, “el Estado Social significa históricamente el intento de adaptación del Estado tradicional (por el que entendemos en este caso el Estado liberal burgués) a las condiciones de la civilización industrial y post-industrial con sus nuevos y complejos problemas, pero también con sus grandes posibilidades técnicas, económicas y organizativas para enfrentarlos”.⁴

Esta definición, aunque pudiera ser válida, no es totalmente de recibo, pues en esta el Estado social es solo un agregado histórico, un simple complemento para el Estado de derecho a fin de adecuarlo a las nuevas funcionalidades del Estado ante los cambios vertiginosos de las sociedades modernas. Lo cierto es que el Estado social de derecho es un elemento esencial y no meramente accidental, tal como lo ha dicho la Corte Constitucional en palabras del magistrado Ciro Angarita Barón: “Lo primero que debe ser advertido es que el término ‘social’, ahora agregado a la clásica fórmula del Estado de derecho, no debe ser entendido como una simple muletilla retórica que proporciona un elegante toque de filantropía a la idea tradicional del Derecho y del Estado”.⁵

- 3 Solo hasta 1946 se instauró el seguro social en Colombia y solo cubría enfermedad y maternidad. Era presidente en aquel entonces Mariano Ospina Pérez.
- 4 Manuel García-Pelayo, *Las transformaciones del Estado contemporáneo* (Madrid: Alianza Universidad, 1985).
- 5 Colombia, Corte Constitucional, Sentencia T-406 del 5 de junio de 1992, M. P.: Ciro Angarita Barón.

José Ramón Cossío Díaz se refiere al Estado social de derecho de la siguiente manera: “la previsión de una línea de conducta para el Estado, por la que regule fenómenos sociales; asuma la protección de sectores de la población; conciba políticas de recaudación; gasto para alcanzar tales fines, etc. Significa superar la hasta entonces mítica división entre Estado y sociedad. A la confluencia entre las nuevas tareas a realizar por el Estado y los cambios que gracias a ella se han producido, suele designársele como Estado Social”⁶

El Estado social de derecho se determina fundamentalmente en todas las definiciones por sus tareas de carácter social, por sus quehaceres sociales. La verdad es que el concepto de *Estado social* tiene implicaciones mayores a las que en definiciones anteriores se le ha dado, pues no es solo un activismo en el ámbito social lo que define al Estado social de derecho, sino toda una nueva filosofía, un nuevo pensamiento que, a través de valores y principios, le imprimen un carácter ya no de beneficencia o de simple caridad a esta labor prodigadora del Estado, sino de dialéctica constante entre derechos y deberes, enmarcados dentro del ámbito propio de la seguridad social, para lograr el equilibrio de posibilidades de los hombres asegurando un mínimo existencial.

Aunque el concepto de *Estado social de derecho* sea equívoco, esto no es óbice para que intentemos definirlo de la siguiente manera: el Estado social de derecho es un sistema jurídico-político del que se derivan valores y principios fundamentales de carácter normativo, que informan todo el ordenamiento jurídico ontológica y axiológicamente, permitiendo la compaginación de la libertad propia del Estado liberal y de la igualdad material propia del Estado social en torno al concepto de *dignidad humana*, todo lo cual implica tareas de obligatorio cumplimiento para el Estado en procura de la consecución y mantenimiento de un mínimo existencial para todos los ciudadanos, como supuestos básicos para la realización de la justicia material, sustento de la democracia social.

6 José Ramón Cossío Díaz, *Estado social y derechos de prestación* (Madrid: Centro de Estudios Constitucionales, 1989), 32-33.

3.2.3. Características del Estado social de derecho

De acuerdo con la anterior definición, es posible caracterizar al Estado social de derecho a partir de un método analítico, es decir, descomponiendo el todo de la definición en sus partes principales.

El Estado social de derecho define al Estado ontológica y axiológicamente

Ontológicamente: el ser mismo del Estado de derecho gira en torno a la realización material de las finalidades de carácter social que al Estado se le imponen dentro de la búsqueda de justicia material y eficaz. Esto implica que el “elemento social” da contenido propio al Estado y al derecho mismo, de allí que se reitere insistentemente que el carácter de lo social dentro del Estado social de derecho no es un agregado más, es decir, no es un accidente, sino algo propio y consustancial al Estado mismo. Esta se constituye en la característica principal que marca la diferencia entre un Estado benefactor y un Estado social de derecho.

Axiológicamente: además, el Estado social de derecho define de manera axiológica al Estado, porque tal fórmula es un deber ser en tanto que tiene carácter normativo. En la carta constitucional colombiana, precisamente en su artículo 4.º, se afirma que la Constitución es norma de normas. De ese carácter normativo se infiere lógicamente que la fórmula “Colombia es un Estado Social de Derecho” del artículo 1.º es propiamente una norma. Además, en la nueva teoría jurídica, en lo que hace alusión a las teorías de la norma, iusfilósofos tales como Herbert Hart, Ronald Dworkin y Robert Alexy⁷ han superado el concepto positivista de la norma que había formulado Hans Kelsen, según el cual toda norma jurídica lleva implícita una sanción. Los anteriores autores plantean que hoy es posible hablar de normas sin sanciones, a las cuales denominan normas de alta jerarquía, normas principios o normas de carácter secundario. En este orden de ideas, el Estado social de derecho es

⁷ Acerca del carácter normativo de los principios, véase las siguientes obras: Gustavo Zagrebelsky, *El derecho dúctil. Ley, derechos, justicia* (Madrid: Editorial Trotta, 1999); Ronald Dworkin, *Los derechos en serio* (Barcelona: Ariel, 2002) y Herbert Hart, *El concepto de derecho* (Buenos Aires: Abeledo-Perrot, 2009).

un ejemplo de este tipo de normas, que podría llamarse, en palabras de Robert Alexy, una norma principio.

Respeto por la dignidad humana

Se entiende por dignidad humana, a partir de Immanuel Kant, el imperativo de tomar al hombre como un fin en sí mismo, nunca como un medio. Consiste en el respeto por las facultades propias de cada hombre, específicamente sus capacidades de pensamiento (racionalidad), su accionar libre o autonomía moral (libertad), y su búsqueda constante de bienestar material para sí y para los demás (igualdad y solidaridad). Para algunos tratadistas, el problema del Estado social de derecho radica en cómo lograr compaginar precisamente la libertad como supuesto básico del Estado liberal con la igualdad material que apuntala al Estado social. La solución, según José Ramón Cossío Díaz,⁸ está en el concepto de *dignidad humana*, comprendida como el centro o núcleo sobre el cual giran las pretensiones y logros propios del Estado social de derecho. Precisamente, tal autor plantea que una vía para solucionar este enfrentamiento puede alcanzarse incorporando un elemento referencial que relativice ambos calificativos estatales: cuál es la dignidad de la persona como fundamento del orden jurídico-político. Por eso, este elemento se convierte en la finalidad a desarrollar, haciendo que los valores igualdad material y libertad tomen un carácter instrumental o medial.⁹

Retomando lo anterior, la Corte Constitucional ha dicho: en el Estado social de derecho “la concepción clásica del Estado de Derecho no desaparece, sino que viene a armonizarse con la condición social del mismo al encontrar en la dignidad de la persona humana el punto de fusión”.¹⁰ La dignidad humana se constituye entonces en elemento central y, a partir de allí, los derechos propios de la libertad y de la igualdad, todos girando en torno al criterio de la esencialidad en tanto que a partir de esta nota propia de la dignidad humana

⁸ Cossío Díaz, *Estado social*.

⁹ *Ibid.*, 36.

¹⁰ Colombia, Corte Constitucional, Sentencia C-449 del 9 de julio de 1992, M. P.: Alejandro Martínez Caballero.

se llegan a determinar los derechos fundamentales que, como tal, corresponden a la persona.

Realización de los derechos de igualdad

El Estado social de derecho se caracteriza por su papel protagónico en la formulación y realización de empresas y actividades de diversa índole, encaminadas al logro del bienestar integral de todos los ciudadanos. Para ello proyecta las siguientes tareas:

Procura del mínimo existencial¹¹

Es deber del Estado luchar porque sus ciudadanos tengan una existencia digna, esto se puede lograr cuando se procura satisfacer las necesidades básicas de los mismos. Para ello, debe garantizar a todos los habitantes del territorio unas condiciones de vida que materialicen el principio de la dignidad humana. Por eso el Estado debe asumir la responsabilidad directa de que se realicen todos los fines del Estado social de derecho y, en consecuencia, los poderes y autoridades públicos deben dirigir sus actuaciones en tal sentido.

La Corte Constitucional, mediante Sentencia SU-111 de marzo 6 de 1997, manifiesta respeto a esto lo siguiente:

La cláusula Estado Social de Derecho (art. 1º C.P.) tiene el poder jurídico de movilizar los órganos públicos en el sentido de concretar, en cada momento histórico, un modo de vida público y comunitario que ofrezca a las personas las condiciones materiales adecuadas para gozar de una igual libertad. En este orden de ideas, tras este objetivo la Constitución consagra derechos sociales, económicos y culturales; asigna competencias al legislador, establece como deber del Estado asegurar la prestación eficiente de los servicios públicos a todos los habitantes del territorio nacional; amplía el ámbito de responsabilidades de la administración en punto a la gestión, inspección y vigilancia de los servicios y prestaciones a cargo del Estado; abre un claro espacio de participación a los usuarios y beneficiarios de los servicios y prestaciones

11 Este término ha sido acuñado por el tratadista Ernst Forsthoff. Ernst Forsthoff, "Concepto y esencia del Estado social de derecho", en *El Estado social* (Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, 1986).

estatales; en fin, convierte los procesos de planificación económica, diseño y ejecución del presupuesto y descentralización y autonomía territorial, en oportunidades institucionales para fijar el alcance del Estado servicial y de los medios financieros y materiales destinados a su realización.¹²

Dentro de la política social del Estado dirigida a procurar a los ciudadanos dicho mínimo existencial, se encuentra la seguridad social como herramienta estatal encaminada a proteger las contingencias vitales de los asociados y garantizar así la protección de derechos fundamentales tales como la vida, la dignidad, la igualdad material y el mínimo vital, entre otros. Así lo propone Ramón Eduardo Madriñán Rivera: “Así la principal manifestación de un mínimo existencial en el Estado Social de Derecho se encuentra en la existencia de los sistemas de seguridad social, con garantía y coadministración estatal, los cuales tienden hacia la disminución de los riesgos sociales de los integrantes del Estado. Por tanto, para que un Estado pueda llevar el calificativo de social debe procurar por la existencia de sistemas de seguridad social”.¹³

Y más adelante agrega: “de aquí se le otorga la función asistencial al Estado, que lo convierte en gestor de toda clase de prestaciones, servicios y asistencias destinadas a asegurar las condiciones fundamentales de la existencia humana”.¹⁴ En la Constitución colombiana, la seguridad social es un servicio público y un derecho irrenunciable, caracteres regulados expresamente en el artículo 48 que deben dirigirse a garantizar la dignidad humana, la cual se erige como valor principal del Estado social de derecho en el artículo 1.º.

Igualdad de oportunidades

El Estado, a través de la educación brindada a sus ciudadanos como un derecho, los coloca en pie de igualdad, posibilitándoles la realización a través de ejercer una profesión, arte u oficio de los cuales deriven su propia subsistencia y, de no ser posible, el Estado debe brindar subsidios de desempleo que im-

¹² Colombia, Corte constitucional, Sentencia SU-111 del 6 de marzo de 1997, M. P.: Eduardo Cifuentes Muñoz.

¹³ Ramón Eduardo Madriñán Rivera, *El Estado Social de Derecho* (Medellín: Ediciones Jurídicas Gustavo Ibáñez, 2001), 55.

¹⁴ Madriñán Rivera, *El Estado Social*, 55.

pidan que el ciudadano caiga en indigencia. Esta igualdad de oportunidades implica necesariamente para el ciudadano el derecho a la educación y al trabajo, los cuales constituyen dos valores contenidos en el “Preámbulo” y en el artículo 1.º de la Constitución Política. La Corte Constitucional lo dice así: “desde este punto de vista así: el Estado Social puede ser definido como el Estado que garantiza estándares mínimos de salario, de alimentación, salud, educación, asegurados para todos los ciudadanos bajo la idea de derecho y no simplemente de caridad”.¹⁵

Olga Mestre de Tobón, en torno a la igualdad de oportunidades que el Estado social de derecho debe brindar, hace un aporte especial cuando afirma:

La democracia social apunta a procurar mayores niveles reales de igualdad de oportunidades, como necesaria actualización de la vieja idea de la igualdad formal procurando abarcar así el mayor número de componentes de la mayor cantidad de sectores sociales. Ante la imposibilidad de prometer una igualdad real (los hombres son desiguales por naturaleza) la democracia acentúa el riesgo de la permanencia en el sector de los muy pobres para que puedan acceder a la posibilidad de un goce real de aquellos derechos que el constitucionalismo clásico reconoció como los más inherentes a la personalidad humana (los derechos del hombre). De nada vale seguir reconociendo y proclamando catálogos de derechos si la mayoría de sus destinatarios se sitúan por debajo de las condiciones mínimas de bienestar que permitan al hombre ejercitar esos aspectos de su libertad (enseñar, aprender, circular por el territorio, usar y disponer de la propiedad, etc.).¹⁶

Justicia material

La justicia material es un elemento principal de diferenciación frente al Estado liberal clásico, pues permite superar la idea de la simple igualdad formal “frente a la Ley”. En el Estado social de derecho lo importante es la obtención de la justicia material, y para ello el juez debe ampliar la frontera de la norma y, con base en los principios constitucionales y valores propios del Estado

¹⁵ Colombia, Corte Constitucional, Sentencia T-406 del 5 de junio de 1992.

¹⁶ Olga Mestre de Tobón, “Estado de Derecho y Estado Social de Derecho”, *Ciencias Humanas Universidad Nacional*, no. 20 (1995): 45.

social de derecho, resolver el caso concreto. El juez debe partir del respeto a los principios constitucionales por encima del principio de legalidad, especialmente cuando se están discutiendo derechos que tocan la esencia propia de la dignidad humana, como son todos lo que se incluyen en la seguridad social. Precisamente, la Corte Constitucional se pronunció al respecto mediante Sentencia C-1064 de octubre 10 de 2001:

Cabe resaltar, pues, que a diferencia del Estado de Derecho que atiende exclusivamente a un concepto formal de igualdad y libertad, en el Estado Social de Derecho la igualdad material es determinante como principio fundamental que guía las tareas del Estado con el fin de corregir las desigualdades existentes, promover la inclusión y la participación y garantizar a las personas o grupos en situación de desventaja el goce efectivo de sus derechos fundamentales. De esta forma el Estado Social de Derecho busca realizar la justicia material y la dignidad humana mediante la sujeción de las autoridades públicas a los principios, derechos y deberes sociales de orden constitucional.¹⁷

Procura del orden económico

Al Estado le compete el manejo de la economía a fin de lograr que los recursos tengan un adecuado manejo y distribución para el logro de sus finalidades sociales. Su protagonismo en esta materia tiene por objeto regular las relaciones económicas, superando así el modelo liberal basado en la autorregulación y la espontaneidad del mercado, y logrando de esta manera ejercer su papel de redistribuidor de los ingresos, los cuales se destinan a la prestación de servicios públicos, entre ellos el de seguridad social. Esta última depende a su vez de su intervención activa en la economía para su supervivencia, pues el equilibrio financiero de los sistemas de seguridad social no está aislado de la economía nacional; por el contrario, en un mundo globalizado depende en forma directa de la macroeconomía, de las políticas de tasas de interés, inflación, devaluación y, ante todo, del empleo. Este último es la savia de la seguridad social y su existencia depende de políticas nacionales adelantadas por el Estado como consecuencia de su papel de interventor en la economía.

¹⁷ Colombia, Corte Constitucional, Sentencia C-1064 del 10 de octubre 2001, M. P.: Manuel José Cepeda y Jaime Córdoba Triviño.

La Corte Constitucional, mediante Sentencia SU-111 de marzo 6 de 1997, dijo lo siguiente al respecto:

La cláusula Estado Social de Derecho (art 1º) tiene el poder jurídico de movilizar los órganos públicos en el sentido de concretar, en cada momento histórico, un modo de vida público y comunitario que ofrezca a las personas condiciones materiales adecuadas para gozar de una igual libertad. En este orden de ideas, tras este objetivo la Constitución consagra derechos sociales, económicos y culturales; asigna competencias al legislador, establece como deber del Estado asegurar la prestación eficiente de los servicios públicos a todos los habitantes del territorio nacional; amplía el ámbito de responsabilidades de la administración en punto a la gestión, inspección y vigilancia de los servicios y prestaciones a cargo del Estado; abre un claro espacio de participación a los usuarios y beneficiarios de los servicios y prestaciones estatales; en fin, convierte los procesos de planificación económica, diseño y ejecución del presupuesto y descentralización y autonomía territorial, en oportunidades institucionales para fijar el alcance del Estado servicial y de los medios financieros y materiales destinados a su realización.¹⁸

Procura de un orden social y democrático

La democracia es un sistema político heredado del Estado liberal, se entiende como un camino, como la vía más propicia para establecer un orden social no autoritario, sino participativo y pluralista, en el que todas las personas coadyuvan en la búsqueda y respeto de las garantías libertarias y las conquistas sociales igualitarias. No se trata entonces de una democracia única y exclusivamente para proteger las libertades públicas, sino ante todo para que esta sea el cauce adecuado para disfrutar los beneficios y conseguir bienestar para todos. Así mismo, hace referencia a las actividades de carácter social que procuran el bienestar y la promoción del ser humano para satisfacer sus necesidades más apremiantes, encontrando aquí una necesidad inmensa de prevenir y cortar de raíz posibles atropellos a los más débiles: niños, ancianos, limitados físicos, mujeres cabeza de familia, etc.

¹⁸ Colombia, Corte Constitucional, Sentencia SU-111 del 6 de marzo de 1997.

La democracia en Colombia enfrenta graves amenazas, precisamente porque no se han logrado obtener y garantizar los derechos que una democracia social requiere para su propia estabilidad, lo que abre espacios propicios para la entronización de totalitarismos de derecha o izquierda como los que se padecen actualmente en el país, reflejados en una guerra interna absolutamente radicalizada y polarizada. Esta opinión premonitoria respecto del futuro de la democracia en Colombia es coadyuvada por Olga Mestre en los siguientes términos: “Con verdad ha advertido Hans Kelsen ‘[...] si la democracia no asegura la igualdad lo hará en su lugar la autocracia que es lo que tenemos que evitar’. El terreno que deje de ocupar el modelo democrático será fatalmente arrasado por los modelos antidemocráticos. O la democracia ofrece una alternativa sugerente y asequible, o sus enemigos la desplazarán de nuestra sociedad. Este desafío requiere una actitud que no podrá prescindir del valor que la democracia social ofrece y tiene como posibilidad creadora para un tiempo de crisis y de cambio”¹⁹

3.2.4. Principios del Estado social de derecho en la Constitución de 1991

De la definición y características anteriormente señaladas, así como del texto constitucional mediante el cual el constituyente de 1991 introdujo la fórmula de Estado social de derecho, se desprenden expresamente unos principios sobre los cuales está fundada la república.

La dignidad humana

El respeto a la dignidad humana que debe inspirar a todas las actuaciones del Estado y de los particulares entre sí es el pilar y principio fundamental del Estado social de derecho. La Constitución Política de 1991 no solo propende por la protección de la persona, sino que, a su materialidad, le agrega una cualidad ontológica indiscutible: la dignidad. Bajo este principio, las autoridades de Colombia tienen el deber de proteger la vida, pero también una cierta calidad de vida. “En el término dignidad, predicado de lo ‘humano’, esté encerrada una calidad de vida, que es un criterio cualitativo. Luego para la carta no basta

que la persona exista; es necesario aún que exista un marco de condiciones materiales y espirituales que permita vivir con dignidad”.²⁰

Así las cosas, la integridad del ser humano se constituye en la razón de ser, principio y fin último de la organización estatal, por ello el principio fundamental de la dignidad humana no solo es una declaración ética, sino una norma jurídica de carácter vinculante para todas las autoridades. Pero esa integridad del ser humano no puede entenderse en un sentido restringido ni limitado, sino, por el contrario, para la plena realización del individuo como persona íntegra dentro de la sociedad. Así lo ha expresado la Corte: “la integridad física, psíquica y espiritual, la salud, el mínimo de condiciones materiales necesarias para la existencia digna, son elementos constitutivos de una vida íntegra y presupuesto necesario para la autorrealización individual y social”.²¹

La solidaridad

La solidaridad constituye otro gran principio sobre el cual está fundado el Estado social de derecho. El concepto de *democracia participativa*, que busca simultáneamente que el Estado provea de necesidades sociales y que la sociedad civil participe en la consecución de los fines estatales, se presenta como una gran alternativa en la búsqueda de la superación de las grandes diferencias socioeconómicas que tiene la sociedad colombiana. Y es que la lucha por conseguir la justicia y la igualdad material requiere de una actitud solidaria de todos los ciudadanos, lo cual se refleja en el deber ser constitucional, donde toda persona tiene que obrar respondiendo con acciones humanitarias ante situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas. Claro está que, como lo previene el magistrado Eduardo Cifuentes en la Sentencia T-505 de agosto 28 de 1992, “El principio de solidaridad social no solo se circunscribe a eventos de catástrofes, accidentes o emergencias, sino que es exigible también

20 Colombia, Corte Constitucional, Sentencia C-575 del 29 de octubre de 1992, M. P.: Alejandro Martínez Caballero.

21 Colombia, Corte Constitucional, Sentencia T-499 del 21 de agosto de 1992, M. P.: Eduardo Cifuentes Muñoz.

ante situaciones estructurales de injusticia social, en las cuales la acción del Estado depende de la contribución directa o indirecta de los asociados”.²²

De parte del Estado, la seguridad social es una forma de promover la solidaridad como mecanismo para efectuar la redistribución de los ingresos en la lucha por proteger a las personas de las clases sociales menos favorecidas y tendiente a lograr un equilibrio social. Y es precisamente por este medio como el Estado puede lograr que el ciudadano participe en forma solidaria, cuando impone a los que tienen mayores ingresos la obligación de contribuir económicamente para que el sistema pueda cubrir las necesidades y contingencias de los económicamente débiles. Igualmente, cuando interviene directamente en la economía del Estado, en la prestación de servicios a las personas que no están cubiertas por el sistema y por su carácter de garante financiero de la seguridad social.

La prevalencia del interés general

Otro principio del Estado social de derecho es el de la prevalencia del interés general, salvo cuando el particular está protegiendo un derecho fundamental. De esta forma, la dignidad humana, los derechos fundamentales y la mayor preocupación por la obtención de la justicia material en los casos concretos se vuelven el centro y fundamento de la actividad de las autoridades, adquiriendo gran relevancia el poder de la rama judicial como garante de la protección del derecho fundamental. Sobre la fuerza vinculante de los derechos fundamentales dice la Corte Constitucional:

Así, en el Estado Social de Derecho que reconoce el rompimiento de las categorías clásicas del Estado Liberal y se centra en la protección de la persona humana atendiendo a sus condiciones reales al interior de la sociedad y no del individuo abstracto, los derechos fundamentales adquieren una dimensión objetiva, más allá del derecho subjetivo que reconocen a los ciudadanos. En consecuencia, el Estado está obligado a hacer extensiva la fuerza vinculante de los derechos fundamentales a las relaciones privadas; el Estado legislador

²² Colombia, Corte Constitucional, Sentencia T-505 del 28 de agosto de 1992, M. P.: Eduardo Cifuentes Muñoz.

debe dar eficacia a los derechos fundamentales en el tráfico jurídico privado; el Estado juez debe interpretar el derecho siempre a través de la óptica de los derechos fundamentales.²³

3.2.5. Crítica al Estado social de derecho

El Estado social de derecho ha sido criticado desde posiciones tanto de derecha como de izquierda. Para los neoliberales, por ejemplo, este esquema estatal es inviable económicamente, ya que son tantas las demandas sociales que el Estado debe cumplir que aun los Estados desarrollados llegan a presentar problemas fiscales de grave envergadura, todo esto si se tiene en cuenta que cada vez es más difícil para ellos, en un ambiente de globalización, tener un manejo y un control que les permita mantener estable la dinámica del gasto público. Además, los neoliberales afirman que los Estados sociales no alcanzan realmente a beneficiar a los sectores más pobres, sino solo a grupos organizados de clase media, de tal manera que la igualdad como principio de vital importancia termina reproduciendo la desigualdad. Por otra parte, se crítica el deterioro moral que puede llegar a generar un orden paternalista como el que propone el Estado social, pues el hombre deja de ser responsable de la consecución de sus propios recursos existenciales en vista de que el Estado le suministra buena parte de lo que necesita para sobrevivir.

De otro lado, los socialistas critican el Estado social de derecho porque coloca a los ciudadanos bajo la égida y poder de los burócratas que, en un Estado como el social, se constituyen en una clase mayoritaria, precisamente porque este tiene en su estructura muchos servicios públicos para prestar. Además, el Estado social de derecho, con su propuesta de un mínimo existencial, lo que hace es resolver a corto plazo los requerimientos sociales, evitando que se realicen los profundos cambios estructurales que requiere la sociedad y prolongando en el tiempo el modelo capitalista, pues con el simple cubrimiento de necesidades sociales básicas se acallan las propuestas sociales de cambio. Y los ciudadanos terminan teniendo una actitud pasiva frente al Estado que, al

²³ Colombia, Corte Constitucional, Sentencia C-587 del 12 de noviembre de 1992, M. P.: Ciro Angarita Barón.

brindarles tantas seguridades y garantías, impide la crítica social y criterios de solidaridad.

En el caso colombiano, al ser un país con escasos recursos, en el que las necesidades sociales son cada vez más crecientes, no suena lógico –según los críticos– un Estado social que pretende redistribuir ganancias que no ha conseguido. De allí el énfasis de los políticos neoliberales en proponer reformas a efecto de que el desarrollo económico lleve a un crecimiento que permita repartir después. Ante esta situación tan negativa frente al Estado social de derecho, y a pesar de encontrar en las críticas algunos elementos objetivos que deben ser tomados en cuenta, es importante hacer las siguientes consideraciones en vía de apoyar la posible configuración de un Estado social de derecho para Colombia.

Las políticas neoliberales que buscan disminuir el Estado y ubicarlo en sus funciones esenciales, quitándole cargas sociales y concentrándolo en actividades más productivas de riqueza que posteriormente pudieran ser distribuidas, no ha mostrado frutos que contribuyan al desarrollo del país. De hecho, tal vez de los graves problemas para el logro de la constitución de un Estado social de derecho en Colombia han sido precisamente las contradicciones de políticas neoliberales implementadas junto a la Constitución Política instaurada en 1991. Como ejemplo de esta contradicción, se presenta el sistema de seguridad social, en donde la iniciativa privada se ha impuesto sobre las políticas sociales de bienestar que deben ser inherentes al sistema y cuyos resultados desastrosos son bastante visibles en la actualidad.

La realidad histórica de Colombia, desde una perspectiva crítica, muestra –de manera obvia– que muchos de los derechos y garantías predicados por el Estado liberal solo se cumplen en el papel. Algunos economistas y sociólogos han demostrado que en Colombia ni siquiera se ha llegado a constituir el Estado de derecho acorde a como la modernidad lo llegó a estructurar, pues el ingreso del país a la modernidad no ha concluido. Lo anterior, toda vez que muchas de las relaciones sociales se enmarcan dentro de los cacicazgos, caudillismos, patronazgos y clientelas característicos del siglo XIX. Por ejemplo, los sistemas modernos de contratación impuestos por el Código Sustantivo del Trabajo no han tenido arraigo en las relaciones laborales entre campesinos y dueños de la tierra. Es por ello por lo que el Estado social de derecho, como

un medio para alcanzar la justicia material y derrotar las inequidades propias de Colombia, debe ser, por razones éticas y políticas, un ideal ante el cual no se puede claudicar.

Rodrigo Uprimny utiliza la metáfora de la construcción de un edificio para explicar cómo la consolidación del Estado social de derecho en los países europeos se logró a través de la superación paulatina de las etapas o fases necesarias para llegar a este. Es decir, se vivió el Estado feudal, al cual lo siguió el triunfo de las revoluciones burguesas con sus valores libertarios e individualistas, que lograron imponer el Estado liberal clásico, para que luego de innumerables luchas sociales se lograra la entronización del Estado social que busca la protección de valores como la igualdad material y la dignidad humana.

La construcción del edificio para Colombia es obviamente mucho más compleja, pero no por eso desdeñable, aunque la propuesta que Uprimny esboza parezca paradójica:

No nos queda otro camino. En Colombia –y contra todas las reglas de prudencia de la ingeniería– las distintas partes de esta completa construcción constitucional que es el Estado Social de Derecho pluralista deberán ser edificadas, no por etapas, sino en forma simultánea. Por difícil que sea, mientras seguimos trabajando para alcanzar la paz, esto es, mientras aún estamos simplemente poniendo los cimientos del edificio debemos también perfeccionar los pisos superiores, esto es, impulsar la participación democrática y luchar por la justicia social. La esperanza es que la labor simultánea en los pisos de arriba refuerce, en vez de que debilite los precarios cimientos de la construcción. Esta idea nuevamente se opone a las leyes de la física, pero se encuentra razonable fundada en ciertas experiencias históricas que muestran que en nuestra época las paces duraderas se construyen por medio de la profundización y no de la restricción de la democracia. Los problemas de la democracia se resuelven profundizando la democracia, no restringiéndola. En este nuevo milenio resulta entonces impensable políticamente e indeseable éticamente una paz construida sobre la arbitrariedad estatal y el silenciamiento de las demandas democráticas y sociales de la población.²⁴

24. Rodrigo Uprimny, *Constitución de 1991, Estado Social y Derechos Humanos* (Bogotá: Universidad Nacional, 2001).

Bibliografía

- Almansa Pastor, José Manuel. *Derecho de la seguridad social*. Madrid: Tecnos S. A., 1991.
- Arenas Monsalve, Gerardo. "Cómo entender la Reforma a la Seguridad Social". *Apertura Económica Internacional*, no. 63 (1994): 33-48.
- Buen Lozano, Néstor de. *Seguridad social*. Ciudad de México: Editorial Porrúa, 1995.
- Cepeda Espinosa, Manuel José. "La acción de tutela colombiana". En *La protección constitucional del ciudadano –Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica y Venezuela–*, 109-57. Buenos Aires: Fundación Konrad Aden Adenauer, Centro Interdisciplinarios de Estudios sobre el Desarrollo Latinoamericano, 1999.
- Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T-426 del 24 de junio de 1992. M. P.: Eduardo Cifuentes Muñoz.
- _____. Sentencia C-575 del 29 de octubre de 1992. M. P.: Alejandro Martínez Caballero.
- _____. Sentencia C-449 del 9 de julio de 1992. M. P.: Alejandro Martínez Caballero.
- _____. Sentencia C-587 del 12 de noviembre de 1992. M. P.: Ciro Angarita Barón.
- _____. Sentencia T-406 del 5 de junio de 1992. M. P.: Ciro Angarita Barón.
- _____. Sentencia T-499 del 21 de agosto de 1992. M. P.: Eduardo Cifuentes Muñoz.
- _____. Sentencia T-505 del 28 de agosto de 1992. M. P.: Eduardo Cifuentes Muñoz.
- _____. Sentencia T-290 del 21 de junio de 1994. M. P.: Vladimiro Naranjo Mesa.
- _____. Sentencia C-408 del 15 de septiembre de 1994. M. P.: Fabio Morón Díaz.
- _____. Sentencia C-083 del 1 de marzo de 1995. M. P.: Carlos Gaviria Díaz.
- _____. Sentencia SU-111 del 6 de marzo de 1997. M. P.: Eduardo Cifuentes Muñoz.
- _____. Sentencia C-1064 del 10 de octubre 2001. M. P.: Manuel José Cepeda y Jaime Córdoba Triviño.
- Cossío Díaz, José Ramón. *Estado social y derechos de prestación*. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales, 1989.
- Dworkin, Ronald. *Los derechos en serio*. Barcelona: Ariel, 2002.
- Dupeyroux, Jean-Jacques. *Sécurité sociale*. Paris: Précis Dalloz, 1993.
- Forsthoﬀ, Ernst. "Concepto y esencia del Estado social de derecho". En *El Estado social*. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, 1986: 48-49.
- García-Pelayo, Manuel. *Las transformaciones del Estado contemporáneo*. Madrid: Alianza Universidad, 1985.
- García Villegas, Mauricio. "Derechos sociales y necesidades políticas. La eficacia judicial de los derechos sociales en el constitucionalismo colombiano". En *El*

- caleidoscopio de las justicias en Colombia*. Editado por Boaventura de Sousa Santos y Mauricio García Villegas, 455-83. Bogotá: Siglo del Hombre Editores, 2001.
- Gómez Isaza, María Cristina. "La función del Juez en un Estado Social de Derecho". *Revista Berbiquí*, no. 13 (1999): 13.
- Hart, Herbert. *El concepto de derecho*. Buenos Aires: Abeledo-Perrot, 2009.
- Kammerman, Sheila B. y Alfred Kahn. *La privatización y el estado benefactor*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica, 1993.
- Kauffman, Arthur. *Filosofía del derecho*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 1999.
- Madriñán Rivera, Ramón Eduardo. *El Estado Social de Derecho*. Medellín: Ediciones Jurídicas Gustavo Ibáñez, 2001.
- Mestre de Tobón, Olga. "Estado de Derecho y Estado Social de Derecho". *Ciencias Humanas, Universidad Nacional*, no. 20 (1995): 31-47.
- Organización Internacional del Trabajo. "Seguridad social: temas, retos y perspectivas". En *Seguridad social: un nuevo consenso*, 36-48. Ginebra: OIT, 2002.
- Parejo Alfonso, Luciano, A. Jiménez-Blanco y L. Ortega-Álvarez. *Manual de derecho administrativo*. 5.ª ed. Vol. 1. Barcelona: Ariel Derecho, 1998.
- Perelman, Chaïm. *El imperio retórico*. Barcelona: Ariel, 1991.
- Plá Rodríguez, Américo. *Principios de derecho laboral*. Buenos Aires: Editorial de Palma, 1965.
- Ramos Álvarez, Óscar Gabriel. *Trabajo y seguridad social*. Ciudad de México: Trillas, 1991.
- Rodríguez Mesa, Rafael. *La seguridad social en Colombia*. 1.ª ed. Bogotá: Legis Editores S. A., 1999.
- Rojas Lugo, Osvaldino. *El desarrollo del Derecho Laboral en Puerto Rico e Iberoamérica y su interrelación con el desarrollo Político*. San Juan: Ramallo Bros, 1997.
- Ruiz Moreno, Ángel Guillermo. *Nuevo derecho de la seguridad social*. Ciudad de México: Editorial Porrúa, 2001.
- Uprimny, Rodrigo. *Constitución de 1991, Estado Social y Derechos Humanos*. Bogotá: Universidad Nacional, 2001.
- Zagrebelsky, Gustavo. *El derecho dúctil. Ley, derechos, justicia*. Madrid: Editorial Trotta, 1999.

4. Transformaciones del derecho a la seguridad social a partir de la Constitución Política de 1991

Sandra Patricia Duque Quintero¹

Luis Albeiro Pérez Villa²

4.1. Introducción

La Asamblea Nacional Constituyente de Colombia, instalada en febrero de 1991, venía precedida de una serie de intentos por reformar la Constitución que no habían resultado exitosos. El país se encontraba en estado de sitio desde 1984, como consecuencia de la violencia política y del narcotráfico. Se caracteriza el momento como uno de crisis de legitimidad del sistema político y sus partidos tradicionales. En este contexto, en las elecciones parlamentarias de marzo de 1990 el movimiento estudiantil Todavía podemos salvar a Colombia había promovido con éxito que la ciudadanía exigiera la convocatoria a una Asamblea Constituyente, introduciendo una séptima papeleta en la

¹ Grupo de investigación Derecho y Sociedad, Facultad de Derecho y Ciencias Políticas, Universidad de Antioquia UdeA, Calle 70 No. 52-21, Medellín, Colombia, profesora titular, correo: spatricia.duque@udea.edu.co.

² Grupo de investigación Respuesta Social en Salud, Facultad de Medicina, Facultad de Derecho y Ciencias Políticas, Universidad de Antioquia UdeA, Calle 70 No. 52-21, Medellín, Colombia, docente de cátedra, correo: perezvillaluis@hotmail.com.

urna. El Gobierno, apoyándose en esta movilización, y respondiendo también a la presión de otros actores, propuso una Asamblea Constituyente como un mecanismo para avanzar hacia la paz, especialmente con los grupos políticos armados.³

Así, el proceso constituyente fue posible por la confluencia de varias dinámicas: la movilización ciudadana promovida por los estudiantes con la llamada Séptima Papeleta, que consiguió a través de unas votaciones la creación de la Constituyente, el proceso de paz con varias guerrillas que también demandaron esta última, las medidas de sometimiento del narcotráfico a la justicia que refrenaron sus atentados terroristas, los fallos progresistas de la Corte Suprema de Justicia que hicieron posible convocar una auténtica Asamblea Nacional Constituyente y los decretos gubernamentales, que, aunque inicialmente pretendieron limitar el contenido y alcance de dicho organismo, luego lo facilitaron. De allí que la Asamblea Nacional Constituyente de 1991 consiguió el respaldo de todos los sectores y asumió un ejercicio de consenso y construcción política para adoptar una Constitución de contenido democrático y progresista. En términos de legitimidad, puede afirmarse que todos los partidos políticos, las agrupaciones políticas que surgieron, las iglesias, organizaciones sociales, estudiantes e indígenas que accedieron, y la propia insurgencia, apoyaron la Asamblea Nacional Constituyente.⁴

Todos estos factores fijaron los parámetros y delinearón el terreno para entrar en un debate deliberativo que permitiría escuchar las propuestas que pretendían cambiar la forma como se administraba el país. Estos hechos confluyeron en las grandes transformaciones globales como el denominado Consenso de Washington difundido en 1989, el cual fue respaldado por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, dentro del cual se estableció un decálogo de políticas que deberían ser implementadas en primera instancia

3 “Elementos del proceso constituyente colombiano”, Matías Meza-Lopehandía, Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, mayo de 2020, <https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/28696/3/BCN2020%20-%20Proceso%20constituyente%20colombiano.pdf>.

4 Camilo González Posso, “Proceso pre Constituyente, antecedentes de la Asamblea Nacional Constituyente de 1991”, en *Memorias para la democracia y la paz: Veinte años de la Constitución Política de Colombia* (Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá, 2012), 63-69.

en Latinoamérica, y que consistían en establecer una disciplina fiscal para los Estados, priorizar el gasto público en educación y salud, llevar a cabo una reforma tributaria, establecer tasas de interés positivas determinadas por el mercado, lograr tipos de cambio competitivos, desarrollar políticas comerciales liberales, una mayor apertura a la inversión extranjera, privatizar las empresas públicas, llevar a cabo una profunda desregulación y garantizar la protección de la propiedad privada.⁵

El desarrollo de este proyecto reformista concluyó con la elaboración, aprobación e inicial aplicación de la Constitución de 1991, la cual se encargó de regular los derechos, garantías y deberes en el Título II (Capítulo I de los Derechos Fundamentales, Capítulo II de los Derechos Sociales, Económicos y Culturales), y en su artículo 48 consagró la seguridad social como un derecho de carácter obligatorio que prestaría bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Este reconocimiento constitucional se desarrolla con la expedición de la Ley 100 de 1993, la cual creó el denominado sistema de seguridad social integral, donde se concretan temas de cobertura, calidad y eficiencia, entre otros, permitiendo la participación de los particulares en su administración.

A 30 años de la promulgación de la Constitución Política de 1991, y partiendo de la consagración de la seguridad social como un derecho que debe garantizarse a todos los colombianos, es importante analizar cuál ha sido la transformación que ha tenido este derecho desde su promulgación en la Constitución. Para ello, en un primer momento se describe la tutela como garante del derecho a la seguridad social. Posteriormente, mediante la metodología de línea jurisprudencial se establecen los cambios y transformaciones del derecho a la seguridad social, a partir de tres etapas identificadas en la línea: una primera etapa, denominada de conexidad con otros derechos fundamentales, una segunda etapa, que podemos catalogar como de transmutación y

5 Wilson Jiménez Barbosa, “Devenir histórico y retos del sector salud en el marco del bicentenario de vida republicana”, en *Miradas prospectivas desde el bicentenario: Reflexiones sobre el desarrollo humano en el devenir de doscientos años*, comps. Jorge Eliécer Martínez y Fabio Orlando Neira (Bogotá: Universidad de la Salle, 2011), 167-82.

progresividad y, finalmente, una tercera etapa, de fundamentabilidad, donde la Corte Constitucional considera la seguridad social como derecho fundamental autónomo.

4.2. El papel de la acción de tutela y la Corte Constitucional en el derecho a la seguridad social

La Constitución de 1991 refleja el sentir del pueblo, mezclado con la aparición de otros factores, como las sugerencias internacionales que impulsaron el pensamiento neoliberal para reducir el Estado a favor del mercado, flexibilizar las relaciones laborales y reformar la seguridad social. El Estado se separa de la gestión de la seguridad social reservándose la tutela, supervisión y control. El mercado, por su parte, asume la gestión mediante entidades especializadas: administradoras de fondos de pensiones, administradoras de fondos de salud, instituciones prestadoras de servicios de salud y administradoras de riesgos laborales.⁶ Es así como la articulación entre el sector privado, donde las aseguradoras destinadas como administradoras del sistema de seguridad social (salud, pensiones y riesgos laborales) y el Estado, con función de dirección, supervisión y control del sistema, favoreció y propició la comercialización de la seguridad social.

Este elemento de mercantilización activó de manera directa un componente de protección especial, único en nuestro país y que permitió salvaguardar los postulados esenciales del Estado social de derecho: la acción de tutela. La Asamblea Nacional Constituyente creó esta acción como mecanismo excepcional para garantizar el cumplimiento de los derechos y garantías constitucionales, convirtiéndose en una herramienta judicial innovadora y accesible a cualquier ciudadano, que la convierte en el principal instrumento con el que se puede exigir ese sentir popular que busca el reconocimiento de los derechos en la Constitución Política.

6 Absalón Méndez Cegarra, “Derecho a la seguridad social en las constituciones políticas de Colombia y Venezuela. Su desarrollo legislativo fundamental: Ley 100 de 1993 y Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social del 2002”, *Páginas de Seguridad Social*, Vol. 2, no. 3 (2019): 63-91, <https://doi.org/10.18601/25390406.n3.02>.

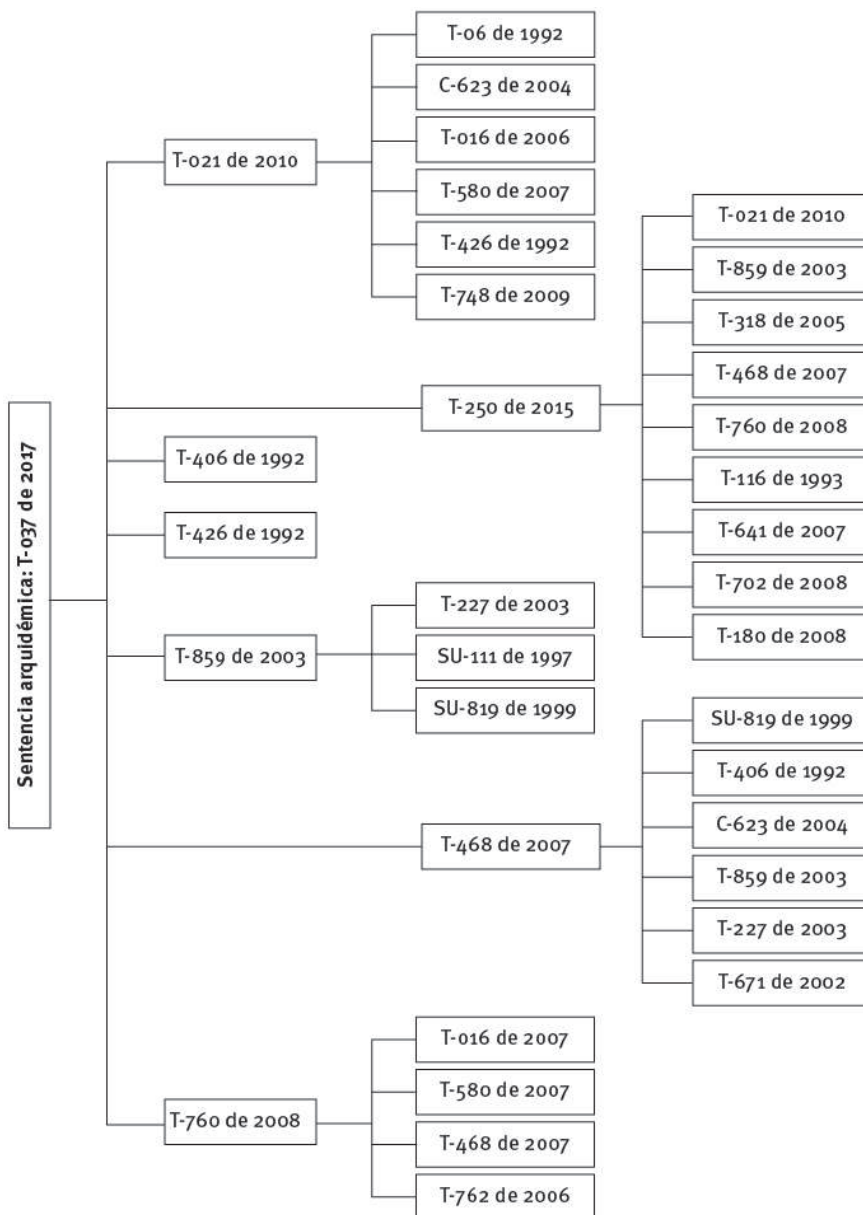
Para la creación de esta herramienta de protección constitucional, varios constituyentes coincidieron en la necesidad de instaurar una acción vigorosa de defensa efectiva de los derechos humanos, lo que le permitió a la sociedad utilizarla como herramienta capaz de hacer cumplir y respetar los derechos no solo vulnerados por el Estado, sino también por particulares, poniendo con ello en evidencia la infectividad del sistema judicial ordinario, el cual no es suficiente para garantizar la protección de los derechos fundamentales. No obstante, esta herramienta de protección constitucional no hubiese tenido el éxito e impacto que tiene en materia de protección a la seguridad social si la Corte Constitucional no hubiera participado en su proceso de creación, ya que esta ha tenido la función de velar por el cumplimiento de lo establecido en la Constitución Política y, dentro de sus decisiones judiciales, ha desarrollado un alcance mayor de protección del derecho a la seguridad social.

4.3. Transformaciones del derecho a la seguridad social desde la Constitución de 1991: línea jurisprudencial

Para evidenciar las transformaciones que ha tenido el derecho a la seguridad social desde la promulgación de la Constitución Política de 1991, seguiremos la metodología de línea jurisprudencial aplicando la ingeniería de reversa mediante la metodología de Diego Eduardo López Medina.⁷ Se define como sentencia arquidémica la T-037 de 2017 por tratarse de una decisión cuyos hechos relevantes traducen con precisión el patrón fáctico de la pregunta a resolver: ¿es la seguridad social un derecho fundamental? A su vez, esta sentencia columnar permite derivar todo un nicho citacional que admite el análisis jurisprudencial en un periodo comprendido entre 1992 y 2021. Veamos el nicho citacional definido en la TABLA 1:

7 Diego Eduardo López Medina, *El derecho de los jueces. Obligatoriedad del precedente constitucional, análisis de sentencias y líneas jurisprudenciales y teoría del derecho judicial* (Bogotá: Legis, 2006).

TABLA 1. Nicho citacional.



Fuente: elaboración propia

Establecido el nicho citacional, definidas y analizadas la sentencia fundadora de línea, las sentencias hito y las sentencias confirmadoras de principio se establecen tres etapas en la línea jurisprudencial: una primera etapa, denominada de conexidad con otros derechos fundamentales, una segunda etapa, que podemos catalogar como de transmutación y progresividad y, finalmente, una tercera etapa, de fundamentabilidad, donde la Corte Constitucional considera la seguridad social como un derecho fundamental autónomo.

4.3.1. Primera etapa: conexidad del derecho

En esta primera etapa, el derecho a la seguridad social no es *per se* un derecho fundamental, pero adquiere dicho carácter en conexidad con otros derechos fundamentales. Con la entrada en vigor de la Ley 100 de 1993, la seguridad social adquiere un papel protagónico en cuanto a la acción de tutela como su mecanismo de protección, a pesar de ser considerado un derecho social. En este sentido, la Sentencia T-406 de 1992 establece sobre la protección a los derechos sociales:

La aceptación de la tutela para los derechos económicos, sociales y culturales, sólo cabe en aquellos casos en los cuales exista violación de un derecho fundamental de acuerdo con los requisitos y criterios de distinción anotados; sólo en estos casos, el juez puede, en ausencia de pronunciamiento del legislador, y con el fin de adecuar una protección inmediata del derecho fundamental, pronunciarse sobre el sentido y alcance de la norma en el caso concreto y, si es necesario, solicitar la intervención de las autoridades competentes para que tenga lugar la prestación del Estado que ponga fin a la violación del derecho.⁸

Sobre el derecho a la seguridad social, la Sentencia T-426 de 1992 señaló puntualmente:

El derecho a la seguridad social no está consagrado expresamente en la Constitución como un derecho fundamental. Sin embargo, este derecho establecido de forma genérica en el artículo 48 de la Constitución, y de manera espe-

8 Colombia, Corte Constitucional, Sentencia T-406 del 5 de junio de 1992, M. P.: Ciro Angarita Barón.

cífica respecto de las personas de la tercera edad (C. P. art. 46 inc. 2), adquiere el carácter de fundamental cuando, según las circunstancias del caso, su no reconocimiento tiene la potencialidad de poner en peligro otros derechos y principios fundamentales como la vida (C. P. art. 11), la dignidad humana (C. P. art. 1), la integridad física y moral (C. P. art. 12) o el libre desarrollo de la personalidad (C. P. art. 16) de las personas de la tercera edad (C. P. art. 46).⁹

Siguiendo con esta línea de decisión, la Sentencia T-116 de 1993 señala que “[...] la seguridad social es un derecho constitucional desarrollado en la ley que, en principio, no ostenta el rango de fundamental, salvo que las circunstancias concretas permitan atribuirle esta connotación por su importancia imprescindible para la vigencia de otros derechos fundamentales”.¹⁰

Esta posición de la Corte se ratifica durante un período caracterizado por la generación de un volumen significativo de reglamentación por parte del ejecutivo, en el que se realizan reformas al sistema de seguridad social y donde la Corte protege el derecho a la seguridad en conexidad con derechos fundamentales como la vida, la dignidad, el trabajo, el mínimo vital y el debido proceso.

4.3.2. Segunda etapa: progresividad y transmutación

En este periodo de pronunciamientos jurisprudenciales, si bien se mantiene la tesis de que la seguridad social no es *per se* un derecho fundamental y que su eficacia directa solo puede predicarse en la medida en que se afecte con su desconocimiento la garantía de un derecho que sí lo sea, la Corte va asumiendo una tesis de progresividad en el sentido de moderar el discurso de no fundamentalidad y dar a esta una mayor trascendencia al tener la connotación de derecho constitucional y servicio público desde la perspectiva de los fines del Estado social de derecho. Así, la Corte expresó lo siguiente en la Sentencia SU-819 de 1999, sobre la transmutación de los derechos sociales: “[...] en principio los derechos de contenido social, económico o cultural no involucran la posibilidad de exigir del Estado una pretensión subjetiva. Empero, la jurisprudencia

⁹ Colombia, Corte Constitucional, Sentencia T-426 del 24 de junio de 1992, M. P.: Eduardo Cifuentes Muñoz.

¹⁰ Colombia, Corte Constitucional, Sentencia T-116 de 26 de marzo de 1993, M. P.: Hernando Herrera Vergara.

de la Corte ha sido reiterativa en manifestar que la condición meramente programática de los derechos económicos, sociales y culturales tiende a transmutarse hacia un derecho subjetivo, en la medida en que se creen los elementos que le permitan a la persona exigir del Estado la obligación de ejecutar una prestación determinada, consolidándose entonces (el deber asistencial) en una realidad concreta en favor de un sujeto específico [...]”¹¹

Por su parte, la Sentencia C-671 de 2002, sobre la progresividad de los derechos sociales, determina: “Ahora bien, la Constitución y los tratados de derechos humanos señalan que, si bien los derechos sociales prestacionales no son de aplicación inmediata e integral, sin embargo, los Estados tienen no sólo el deber de tomar todas las medidas posibles para lograr su realización progresiva integral, sino que además deben asegurar el goce de estos derechos a todos los habitantes, sin ninguna discriminación”¹²

En la Sentencia C-623 de 2004, la Corte Constitucional, en ejercicio de control de constitucionalidad de la Ley 797 de 2003, analiza el alcance de la seguridad social como derecho prestacional y programático, estableciendo que la condición programática tiende a transmutarse hacia un derecho subjetivo: “[...] en principio los derechos de contenido social, económico o cultural no involucran la posibilidad de exigir del Estado una pretensión subjetiva. Empero, la jurisprudencia de la Corte ha sido reiterativa en manifestar que la condición meramente programática de los derechos económicos, sociales y culturales tiende a transmutarse hacia un derecho subjetivo [...]”¹³

Por su parte, la Sentencia T-662 de 2006 señala:

los derechos prestacionales y asistenciales no gozan de condición fundamental *per se*, razón por la que *prima facie* no son susceptibles de amparo por parte de los jueces constitucionales, a través de la acción de tutela. No obstante, la Corte Constitucional ha señalado, en reiterada jurisprudencia, que a la

11 Colombia, Corte Constitucional, Sentencia SU-819 del 20 de octubre de 1999, M. P.: Álvaro Tafur Galvis.

12 Colombia, Corte Constitucional, Sentencia C-671 del 20 de agosto de 2002, M. P.: Eduardo Montealegre Lynett.

13 Colombia, Corte Constitucional, Sentencia C-623 del 29 de junio de 2004, M. P.: Rodrigo Escobar Gil.

seguridad social, a la salud y, en general, a los derechos prestacionales se les puede ser reconocida la naturaleza de derecho fundamental, entre otras, por dos vías, a saber: i) La transmutación del derecho prestacional en un derecho subjetivo como consecuencia del desarrollo legislativo o administrativo de las cláusulas constitucionales y ii) La conexidad con otros derechos que sí tienen naturaleza fundamental, de tal manera que la protección del derecho prestacional deviene necesaria porque, de lo contrario, se afectaría un derecho de dicha naturaleza.¹⁴

Desde esta perspectiva, el derecho a la seguridad social va adquiriendo un carácter de fundamentabilidad, en tanto para este derecho de concreción progresiva y programática se vayan creando las condiciones que permitan exigir del Estado el cumplimiento de una prestación determinada. Así las cosas, esa transmutación va intrínsecamente ligada al principio de progresividad, en tanto la libertad configurativa del legislador se reduce y se proscriben medidas regresivas en desmedro del derecho a la seguridad social.

4.3.3. Tercera etapa: fundamentabilidad del derecho

Al analizar el nicho citacional se identifican sentencias importantes que evidencian la transformación del derecho a la seguridad social en un derecho fundamental autónomo. Así, en las sentencias T-859 de 2003, T-580 de 2007, T-760 de 2008, T-021 de 2010 y T-037 de 2017 se advierte este giro argumentativo.

En la Sentencia T-859 de 2003 la Corte se pronunció acerca de la naturaleza fundamental del derecho a la salud, afirmando tal atributo. En esta ocasión, la Corte precisó lo siguiente: “[...] la naturaleza de derecho fundamental que tiene el derecho a la salud implica que tratándose de la negación de un servicio, medicamento o procedimiento establecido en el P. O. S., se estaría frente a la violación de un derecho fundamental. No es necesario, en este escenario, que exista amenaza a la vida u otro derecho fundamental, para satisfacer el primer elemento de procedibilidad de tutela: violación o amenaza de un derecho fundamental”¹⁵

¹⁴ Colombia, Corte Constitucional, Sentencia T-662 del 10 de agosto de 2006, M. P.: Rodrigo Escobar Gil.

¹⁵ Colombia, Corte Constitucional, Sentencia T-859 del 25 de septiembre de 2003, M. P.: Eduardo Montealegre Lynett.

En la Sentencia T-580 de 2007 la Corte abordó la cuestión específica de la exigibilidad del derecho a la seguridad social en el marco de la acción de tutela. Las consideraciones realizadas en esa ocasión enseñan la dinámica que guía, de forma general, los derechos sociales dentro de los márgenes del proceso especial consagrado en el artículo 86 superior y, por supuesto, de manera concreta, el derecho bajo estudio:

Al dirigir las consideraciones precedentes al análisis del derecho a la seguridad social se concluye que, una vez ha sido provista la estructura básica sobre la cual ha de descansar el sistema de seguridad social, lo cual, además de los elementos ya anotados –prestaciones y autoridades responsables–; a su vez supone el establecimiento de una ecuación constante de asignación de recursos en la cual están llamados a participar los beneficiarios del sistema y el Estado como último responsable de su efectiva prestación; la seguridad social adquiere el carácter de derecho fundamental, lo cual hace precedente su exigibilidad por vía de tutela.¹⁶

En la Sentencia Hito T-760 de 2008 la Corte Constitucional ha reconocido el carácter fundamental del derecho a la salud. En esta sentencia la Corte delimitó el concepto *derecho fundamental* de forma negativa, indicando cómo no debe ser entendido. Posteriormente, aportó un elemento definitorio de carácter positivo, con el fin de caracterizar el derecho a la salud como fundamental. En este orden e ideas, se señala:

Aunque la Corte ha coincidido en señalar que el carácter fundamental de un derecho no se debe a que el texto constitucional lo diga expresamente, pues no pueden negarse como derechos aquellos que “siendo inherentes a la persona humana”, no estén enunciados en la Carta. Este concepto, ha señalado la Corte, guarda relación con la “libertad de elección de un plan de vida concreto en el marco de las condiciones sociales en las que el individuo se desarrolle” y con la posibilidad real y efectiva de gozar de ciertos bienes y de ciertos servicios que le permiten a todo ser humano funcionar en la sociedad según sus especiales condiciones y calidades, bajo la lógica de la inclusión y

¹⁶ Colombia, Corte Constitucional, Sentencia T-580 del 30 de julio de 2007, M. P.: Humberto Antonio Sierra Porto.

de la posibilidad de desarrollar un papel activo en la sociedad. Por tanto, será fundamental todo derecho constitucional que funcionalmente esté dirigido a lograr la dignidad humana y sea traducible en un derecho subjetivo. [...] Así pues, considerando que son fundamentales (i) aquellos derechos respecto de los cuales existe consenso sobre su naturaleza fundamental y (ii) todo derecho constitucional que funcionalmente esté dirigido a lograr la dignidad humana y sea traducible en un derecho subjetivo.¹⁷

Así, la Corte, en esta importante sentencia, señala que el derecho a la salud es un derecho fundamental, “de manera autónoma” cuando se puede concretar en una garantía subjetiva derivada de las normas que rigen el derecho a la salud, advirtiendo que algunas de estas se encuentran en la Constitución misma, otras en el bloque de constitucionalidad y la mayoría, finalmente, en las leyes y demás normas que crean y estructuran el Sistema Nacional de Salud, y definen los servicios específicos a los que las personas tienen derecho.

En la Sentencia T-021 de 2010, confirmadora de línea, se reitera la fundamentabilidad del derecho a la seguridad social al señalar: “todos los derechos constitucionales son fundamentales pues se conectan de manera directa con los valores que las y los Constituyentes quisieron elevar democráticamente a la categoría de bienes especialmente protegidos por la Constitución”.¹⁸

Finalmente, en la Sentencia T-037 de 2017, en materia del derecho a la seguridad social, este tribunal estableció que “una vez ha sido provista la estructura básica sobre la cual ha de descansar el sistema de seguridad social, a su vez supone el establecimiento de una ecuación constante de asignación de recursos en la cual están llamados a participar los beneficiarios del sistema y el Estado como último responsable de su efectiva prestación; la seguridad social adquiere el carácter de derecho fundamental, lo cual hace procedente su exigibilidad por vía de tutela”.¹⁹

- 17 Colombia, Corte Constitucional, Sala Segunda de Revisión, Sentencia T-760 del 31 de julio de 2008, M. P.: Manuel José Cepeda Espinosa.
- 18 Colombia, Corte Constitucional, Sentencia T-021 del 25 de enero de 2010, M. P.: Humberto Antonio Sierra Porto.
- 19 Colombia, Corte Constitucional, Sentencia T-037 del 30 de enero de 2017, M. S.: Gloria Stella Ortiz Delgado.

Como evidenciamos, en esta etapa final la Corte Constitucional considera el derecho a la seguridad social como un derecho fundamental autónomo. Así las cosas, el derecho a la seguridad social es un derecho constitucional fundamental que la Corte ha protegido a partir de tres enfoques: el primero ha sido estableciendo su relación de conexidad con el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal, el derecho a la dignidad humana, el mínimo vital, entre otros derechos fundamentales, lo cual le ha permitido a la Corte identificar aspectos del núcleo esencial del derecho y admitir su *tutelabilidad*; el segundo, donde, si bien mantiene la inicial postura en el sentido de que la seguridad social no es, *per se*, un derecho fundamental, se dota a la seguridad social, así como a otros derechos políticos, sociales y económicos, de una mayor trascendencia en el orden constitucional al gozar de la doble connotación de derecho constitucional y servicio público desde la perspectiva de los fines del Estado social de derecho; el tercero es afirmando, en general, la fundamentalidad del derecho en lo que respecta a un ámbito básico, el cual coincide con los servicios contemplados por la Constitución, el bloque de constitucionalidad y la ley.

4.4. A modo de conclusión

El derecho a la seguridad social, bajo la Constitución Política de 1991, trascendió el contrato de trabajo y se estableció como un derecho fundamental irrenunciable para todos los habitantes del territorio nacional. La seguridad social, mediante sus prestaciones económicas, da ingresos mínimos en caso de desempleo, enfermedad y accidente laboral, vejez, invalidez y la subsistencia del grupo familiar en caso de muerte. Al proporcionar asistencia médica, seguridad de los medios de vida y servicios sociales, la seguridad social contribuye a la dignidad y el desarrollo humano de los individuos. Por consiguiente, cobra especial importancia la labor del Estado, el cual, por medio de recursos económicos, tiene la obligación constitucional de brindar las condiciones necesarias para asegurar el goce del derecho irrenunciable a la seguridad social.²⁰

²⁰ Colombia, Corte Constitucional, Sentencia C-623 del 29 de junio de 2004, M. P.: Rodrigo Escobar Gil.

Si bien en los inicios de la Corte Constitucional la seguridad social era considerada un derecho de segunda generación, y se acogió la distinción teórica entre derechos civiles y políticos, de una parte, y derechos sociales, económicos y culturales, de otra, esta tesis cambia y admite que los derechos sociales, económicos y culturales son derechos fundamentales que implican tanto obligaciones de carácter negativo como de índole positiva, esto es, el Estado ha de abstenerse de realizar acciones orientadas a desconocer estos derechos (deberes negativos del Estado) y, con el fin de lograr la plena realización en la práctica de todos los derechos, es preciso, también, que el Estado adopte un conjunto de medidas y despliegue actividades que impliquen exigencias de orden prestacional (deberes positivos del Estado).²¹

De esta manera, tal como se evidenció en el análisis jurisprudencial, todos los derechos constitucionales son fundamentales, pues se conectan de manera directa con la dignidad humana; no obstante, y dado que en Colombia no todos gozamos de las mismas oportunidades en materia de salud, pensiones y riesgos laborales, el Estado está en la obligación de compensar los profundos desequilibrios en la sociedad mediante una acción estatal eficaz, que permita el disfrute del derecho fundamental a la seguridad social a toda la población.

Finalmente, podemos señalar que, a 30 años de promulgada la Constitución, la carta sí ha tenido una profunda fuerza simbólica en la sociedad colombiana y ha permitido el empoderamiento del discurso de los derechos en la sociedad. Adicional a ello, mecanismos de protección como la acción de tutela y el activismo judicial de la Corte Constitucional han generado un avance en la exigencia²² del derecho a la seguridad social de la población vulnerable del país, activismos que han significado una evolución progresiva de este derecho. Sin embargo, es preciso señalar que, aun cuando vía acción de tutela y control de constitucionalidad se ha logrado el reconocimiento del derecho a la seguridad social, existen grandes retos en cuanto a la materialización efectiva de estas decisiones y el disfrute real de estos derechos para todos los colombianos.

21 Christian Courtis y Víctor Abramovich, *Los derechos sociales como derechos exigibles* (Madrid: Trotta, 2006).

22 César Rodríguez Garavito y Diana Rodríguez Franco, *Cortes y cambio social. Cómo la Corte Constitucional transformó el desplazamiento forzado en Colombia*, 1.ª ed. (Bogotá: Dejusticia, 2010).

Bibliografía

- Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T-406 del 5 de junio de 1992. M. P.: Ciro Angarita Barón.
- _____. Sentencia T-426 del 24 de junio de 1992. M. P.: Eduardo Cifuentes Muñoz.
- _____. Sentencia T-116 de 26 de marzo de 1993. M. P.: Hernando Herrera Vergara.
- _____. Sentencia SU-819 del 20 de octubre de 1999. M. P.: Álvaro Tafur Galvis.
- _____. Sentencia C-671 del 20 de agosto de 2002. M. P.: Eduardo Montealegre Lynett.
- _____. Sentencia T-859 del 25 de septiembre de 2003. M. P.: Eduardo Montealegre Lynett.
- _____. Sentencia C-623 del 29 de junio de 2004. M. P.: Rodrigo Escobar Gil.
- _____. Sentencia T-662 del 10 de agosto de 2006. M. P.: Rodrigo Escobar Gil.
- _____. Sentencia T-580 del 30 de julio de 2007. M. P.: Humberto Antonio Sierra Porto.
- _____. Sentencia T-021 del 25 de enero de 2010. M. P.: Humberto Antonio Sierra Porto.
- _____. Sentencia T-037 del 30 de enero de 2017. M. S.: Gloria Stella Ortiz Delgado.
- Colombia. Corte Constitucional, Sala Segunda de Revisión. Sentencia T-760 del 31 de julio de 2008. M. P.: Manuel José Cepeda Espinosa.
- Courtis, Christian y Víctor Abramovich. *Los derechos sociales como derechos exigibles*. Madrid: Editorial Trotta, 2006.
- González Posso, Camilo. “Proceso pre Constituyente, antecedentes de la Asamblea Nacional Constituyente de 1991”. En *Memorias para la democracia y la paz: veinte años de la Constitución Política de Colombia*, 63-69. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá, 2012.
- Jiménez Barbosa, Wilson. “Devenir histórico y retos del sector salud en el marco del bicentenario de vida republicana”. En *Miradas prospectivas desde el bicentenario: Reflexiones sobre el desarrollo humano en el devenir de doscientos años*. Compilado por Jorge Eliécer Martínez y Fabio Orlando Neira, 167-82. Bogotá: Universidad de la Salle, 2011.
- López Medina, Diego Eduardo. *El derecho de los jueces. Obligatoriedad del precedente constitucional, análisis de sentencias y líneas jurisprudenciales y teoría del derecho judicial*. Bogotá: Legis, 2006.
- Méndez Cegarra, Absalón. “Derecho a la seguridad social en las constituciones políticas de Colombia y Venezuela. Su desarrollo legislativo fundamental: Ley 100 de 1993 y Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social del

2002". *Páginas de Seguridad Social*, Vol. 2, no. 3 (2019): 63-91. <https://doi.org/10.18601/25390406.n3.02>

Meza-Lopehandía, Matías. "Elementos del proceso constituyente colombiano". Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, mayo de 2020. <https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/28696/3/BCN2020%20-%20Proceso%20constituyente%20colombiano.pdf>

Rodríguez Garavito, César y Diana Rodríguez Franco. *Cortes y cambio social. Cómo la Corte Constitucional transformó el desplazamiento forzado en Colombia*. 1.^a ed. Bogotá: Dejusticia, 2010.

5. Esencia neoliberal de las políticas de protección social de los Gobiernos del país que se han sucedido después de la aprobación de la Constitución Política de 1991¹

Luz Mery Mejía-Ortega²

Álvaro Cardona³

5.1. Introducción

La apreciación de las orientaciones y de los contenidos de las políticas social y económica definidas por los Gobiernos que se han sucedido en las tres décadas después de la aprobación de la Constitución Política de Colombia de 1991 permite decir que se han encauzado por conceptos neoliberales semejantes y

- ¹ En este capítulo se presentan algunos avances del proyecto de investigación presentado como tesis doctoral para optar al título de doctora en Salud Pública, en cuyo proceso el doctor Álvaro Cardona ofició como asesor.
- ² *Grupo de Investigación Gestión y Políticas en Salud, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, UdeA, Calle 70 No. 52-21, Medellín, Colombia, profesora titular, correo: mery.mejia@udea.edu.co*
- ³ *Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, UdeA, Calle 70 No. 52-21, Medellín, Colombia, médico, profesor e investigador, correo: alvarocardona66@hotmail.com*

que las variaciones identificables son relativamente secundarias. Esto dicho es aplicable también a las principales políticas que han definido en las áreas de protección en salud, pensiones y otras prestaciones sociales, cuya esencia conceptual se estructuró fundamentalmente en las leyes 100 de 1993,⁴ 50 de 1990⁵ y 789 de 2002.⁶

La fundamentación conceptual que ha sido común en las políticas de estos Gobiernos es aquella derivada del denominado Consenso de Washington, que orientó y promovió la liberalización de los mercados y la sustracción paulatina del Estado del desarrollo de políticas conducentes a la satisfacción de derechos de la población. De ese modo, el país ha sido insertado activamente en el proceso contemporáneo de globalización neoliberal, reduciendo las responsabilidades del Estado en la economía y en las políticas sociales.

Como parte de la identidad con esas políticas neoliberales, ha sido común a todos los Gobiernos su distanciamiento de conceptos y/o estrategias para la implementación de modelos universales de protección social y redistribución de la propiedad y la riqueza. En sustitución, han optado por alternativas de creación de fondos de solidaridad y de emergencia social para la atención de la población más pobre y vulnerable con programas de salud, educación, vivienda, agua potable y alcantarillado. Haciendo uso de estrategias de focalización, el propósito evidente es paliar en algo las consecuencias negativas derivadas del modelo neoliberal impuesto.⁷

En relación con los lineamientos en salud, pensiones y riesgos profesionales, siguen desarrollándose plenamente, de acuerdo con la Ley 100 de 1993, sin que ninguno de los Gobiernos nacionales de este periodo haya alterado los

4 Colombia, Congreso de la República, Ley 100 de 1993, Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

5 Colombia, Congreso de la República, Ley 50 de 1990, Por la cual se introducen reformas al Código Sustantivo del Trabajo y se dictan otras disposiciones.

6 Colombia, Congreso de la República, Ley 789 de 2002, Por la cual se dictan normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se modifican algunos artículos del Código Sustantivo de Trabajo.

7 Román Vega Romero y María Inés Jara Navarro, “Década de los noventa: discurso de la focalización de subsidios en la salud”, *Gerencia y Políticas de Salud*, Vol. 1, no. 2 (2002): 82-112; Departamento Nacional de Planeación, *Documento Conpes 3877. Declaración de importancia estratégica del sistema de identificación de potenciales beneficiarios (Sisbén IV)* (Bogotá: DNP, 2016).

contenidos fundamentales de su andamiaje conceptual neoliberal. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) son del dominio mayoritario del sector privado y han logrado captar el mayor porcentaje de los voluminosos recursos financieros del sector, al tiempo que crece aceleradamente la participación de las clínicas y servicios de salud privados en el total de la infraestructura asistencial del país.

Entretanto, el Estado ha venido debilitando progresivamente su disposición y capacidad para orientar políticas de promoción de la salud y de intervención sobre determinantes de la salud colectiva, ha frenado significativamente sus inversiones en el mantenimiento y desarrollo de infraestructura sanitaria pública, y mantiene en ciernes la liquidación de muchos hospitales públicos.⁸ En el área de pensiones y cesantías, los grupos financieros privados han copado el mayor porcentaje de trabajadores afiliados a través de los fondos autorizados originariamente por la Ley 50 de 1990, y refrendados por la Ley 100 de 1993 y otras normas complementarias.⁹

Así, en materia de protección social los Gobiernos que se han sucedido desde la Constitución Política de 1991 se han empeñado en consolidar la alternativa neoliberal presente en esa carta política, en detrimento de la alternativa garantista de derechos también presente en esta.

A continuación, presentamos una reseña básica de los contenidos más salientes de los planes de gobierno de cada uno de los presidentes que han gobernado desde entonces, haciendo énfasis en sus políticas en salud y protección social.

5.2. Plan de gobierno del presidente César Gaviria Trujillo (1990-1994)

Al Gobierno del presidente Gaviria le correspondió estimular y propiciar la reunión de la Asamblea Nacional Constituyente que aprobó la Constitución Política de 1991. Su apoyo a la elaboración de una nueva Constitución fue

8 Álvaro Cardona et al., “Temas críticos en la reforma de la ley de seguridad social de Colombia en el capítulo de salud”, *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, Vol. 23, no. 1 (2005): 117-33.

9 “¿Cómo funcionan las pensiones en Colombia?”, Asofondos, 2021, <https://asofondos.org.co/sistema-pensional/>

explícitamente enunciado, aparte de otros aspectos, debido a la necesidad de que el país se insertara en el proceso de internacionalización de la economía mediante la modernización del Estado.¹⁰ Ese fue también un rasgo muy notable en su plan de desarrollo “La revolución pacífica”,¹¹ que tenía como ejes estructuradores el impulso a una “apertura económica” y el desarrollo de la descentralización, con asignación de responsabilidades político-administrativas a los municipios y departamentos.

Este plan no deja dudas de que el Gobierno estaba en total acuerdo con los rumbos dictados por las doctrinas neoliberales. Luego de mostrar afinidad con las críticas a los modelos intervencionistas de los Estados, se declara solidario con los conceptos de las nuevas tendencias neoliberales. Señalaba: “Las antiguas ideas, que valoraban excesivamente la inversión física, el papel activista del Estado, el supuesto papel reactivador del gasto público, los sectores líderes y el proteccionismo a ultranza, han quedado relegadas conceptualmente, por su ineficacia e inutilidad. Por el contrario, el papel de los mercados, la información, el efecto del capital humano y las externalidades son los temas que dominan hoy las ideas del desarrollo”.¹²

La agenda por desarrollar, con fundamento en los conceptos ideológicos señalados, contempla explícitamente la apertura económica, diciendo que “Se concede al sector privado una atmósfera sana para que adelante sus proyectos e iniciativas, con reglas de juego claras. Las reformas en la estructura de los mercados, [...] tienen el objeto de fomentar la eficiencia y la competitividad en el país, eliminando escollos de índole microeconómica. Con ello, la apertura de la economía nos conducirá por un sendero de crecimiento y oportunidad”.¹³

Igualmente claro es el propósito de adelgazamiento de las responsabilidades del Estado y su intervención en la economía. Se anota: “El plan busca promover un ambiente institucional para que el sector privado, y en general todos los

10 Eduardo Pizarro y Ana Bejarano, “Colombia. Neoliberalismo moderado y liberalismo socialdemócrata”, *Nueva Sociedad*, no. 133 (1994): 12-19.

11 Departamento Nacional de Planeación, *La revolución pacífica. Plan de Desarrollo Económico y Social 1990-1991* (Bogotá: DNP, 1991).

12 Departamento Nacional de Planeación, *La revolución pacífica*, 7.

13 *Ibid.*, 8.

ciudadanos, sean los actores centrales del proceso de cambio y crecimiento. El Estado puede hacer más por el desarrollo económico concentrándose en sus acciones sociales básicas, deshaciéndose de funciones que no le corresponden, y dejando de intervenir en numerosos escenarios de la vida económica¹⁴.

Frente a la descentralización, que complementa las restricciones al Estado central, se indica que “[...] se han combinado los mecanismos más eficaces que se conocen para ejecutar el gasto público, tales como los subsidios a la demanda, en lugar de la promoción indiscriminada de la oferta, con las reformas institucionales indicadas, como la descentralización de una parte importante de la administración y el control de la actividad estatal”¹⁵.

La aplicación de estos postulados, que ponía al país en la ruta de la globalización neoliberal, produjo consecuencias que rápidamente comenzaron a percibirse. Abiertas a la competencia internacional por las disposiciones arancelarias y de comercio exterior, muchas empresas fueron incapaces de sobrevivir e incluso algunos sectores de la producción prácticamente desaparecieron.¹⁶ A esto se sumó el impulso dado a los procesos de privatización de entidades del Estado, con sus efectos desde entonces derivados sobre el empleo-desempleo.

En efecto, al final del Gobierno se registraba la pérdida de más de 77.000 empleos públicos por la privatización de puertos marítimos, aeropuertos, ferrocarriles, telecomunicaciones y seguridad social.¹⁷ La tasa de desempleo se registraba en el 7,1 %, ¹⁸ al tiempo que la informalidad laboral alcanzaba el 52,5 %, ¹⁹

14 Ibid., 11.

15 Ibid.

16 V. López, “Evolución de la pequeña y mediana empresa en el contexto de la globalización de la economía, 1990-1996” (Tesis de grado, Universidad de Antioquia, Medellín, 1997); Luis Fernando López, “Transformación productiva de la industria en Colombia y sus regiones después de la apertura económica”, *Cuadernos de Economía*, Vol. 29, no. 53 (2010): 239-86.

17 Luis Javier Orjuela, “El Estado colombiano entre la legitimidad y la eficiencia”, *Revista de Estudios Sociales*, no. 1 (1998): 56-60.

18 “Encuesta Nacional de Hogares 1991-2000”, Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE, s. f.

19 Manuel Ramírez y Diego Guevara, “Mercado de trabajo, subempleo, informalidad y precarización del empleo. Los efectos de la globalización”, *Economía y Desarrollo*, Vol. 5, no. 1 (2006): 95-131.

poniendo de presente desde entonces el deterioro de la calidad del empleo de muchos colombianos.

Este Gobierno impulsó la Ley 100 de 1993, que estableció el andamiaje legal para la creciente participación del sector privado en el manejo de inmensos recursos financieros dispuestos para el aseguramiento, la prestación de servicios de salud y las pensiones. El modelo así establecido por esta ley ha sido mantenido hasta la fecha por todos los Gobiernos.

5.3. Plan de gobierno del presidente Ernesto Samper Pizano (1994-1998)

Este Gobierno estuvo precedido por una campaña electoral que enfatizó la necesidad de acentuar el compromiso social en las políticas públicas. Su promesa de gobierno apuntaba a favorecer a la población afectada por las decisiones de apertura económica intensificadas en el anterior Gobierno. Explícitamente, enunciaba su compromiso con el mejoramiento de las oportunidades de empleo y el nivel salarial de los trabajadores.²⁰

Su Plan de Desarrollo “El salto social” no incluía, sin embargo, ninguna intención de cambio sustancial en el modelo económico que venía estructurándose. Por el contrario, también se esforzaría por complementar, mediante diversos instrumentos legales, la voluntad de las elites sociales y económicas de insertar al país en los circuitos de la globalización neoliberal.²¹ Se señalaba claramente el propósito de consolidar la apertura económica y estimular la competitividad para la internacionalización.

La combinación de políticas de favorecimiento social y de políticas de consolidación de la apertura económica las resumía el propio presidente Ernesto Samper como un modelo alternativo de desarrollo, en el que “sin desprestigiar el valor indicativo del mercado, tampoco renuncie a la función correctiva de

²⁰ Departamento Nacional de Planeación, *El Salto Social. Plan Nacional de Desarrollo Ley de Inversiones 1994-1998* (Bogotá: DNP, 1995).

²¹ F. Giraldo, “La política social y de seguridad en el discurso samperista ‘Yo me excluyo, tú te excluyes, nosotros...’” *Estrategia Económica y Financiera* (1997): 19-22.

un buen gobierno, más transparente, más eficiente y más descentralizado. Un modelo que nos permita al mismo tiempo pronunciar palabras como equidad y competitividad, resolviendo el viejo dilema entre crecimiento económico y reparto social”.²²

En materia de seguridad social, este Gobierno se empeñó en desarrollar y reglamentar los contenidos de la Ley 100 de 1993, sin alentar ninguna contradicción con la filosofía del modelo. A lo sumo, expresó la necesidad de corregir algunas inconsistencias en las normativas producidas por el Gobierno anterior. En el plan se indicó lo siguiente: “Compartimos las bondades de un sistema de libre competencia en el sistema de salud, al cual puedan concurrir, con las entidades de medicina privada, entes solidarios y oficiales”.²³ Tampoco hubo ninguna variación importante respecto de las orientaciones del sistema de pensiones.

Como hemos indicado, sin enunciar ni asumir rupturas de fondo con el modelo de apertura económica y de favorecimiento de la inversión de capitales privados en diferentes ramas de la actividad económica y social del país, este Gobierno se había comprometido a favorecer la inversión social. Sin embargo, sus logros en esa dirección fueron bastante limitados.

Enfrentado a la profunda crisis económica que comenzó a afectar al país en el año 1998,²⁴ el Gobierno hizo importantes recortes del gasto público que terminaron impactando las metas sociales del “Salto Social”. Se despidió un gran número de trabajadores del sector público y, adicionalmente, se cerraron numerosas empresas privadas.²⁵ Al finalizar el Gobierno de Samper, la cifra de desempleo a nivel nacional estaba situada en 15,8 %, el empleo informal era superior al 55 % y la calidad del empleo había sufrido gran deterioro.²⁶

²² Ernesto Samper, “La empresa Colombia siglo XXI” (Acta de sanción de la ley del Salto Social, Santiago de Cali, 2 de junio de 1995).

²³ Samper, “La empresa Colombia”, 11.

²⁴ Salomón Kalmanovitz, “Recesión y recuperación de la economía colombiana”, *Nueva Sociedad*, no. 192 (2004): 98-116.

²⁵ César Jaramillo Londoño, “El fracaso de la Política Social de Samper”, *Revista Universidad Eafit*, Vol. 33, no. 107 (1997): 109-30.

²⁶ C. Restrepo, “Empleo y economía al final del cuatrienio Samper”, *Desde la región*, no. 26 (1998): 12-16.

5.4. Plan de gobierno del presidente Andrés Pastrana Arango (1998-2002)

Este Gobierno se inició cuando la crisis económica de 1998 ya era evidente y concluyó cuando aún el país no se recuperaba de esta. Además, al asumir la presidencia, la actividad de los movimientos insurgentes y de los grupos paramilitares había escalado niveles muy altos, al tiempo que el narcotráfico, la delincuencia común y otras formas de violencia se incrementaban ostensiblemente.²⁷

Su plan de gobierno “Cambio para construir la paz” identificó el conflicto social como uno de los problemas más importantes de la sociedad colombiana e indicaba que “una de sus expresiones más concretas se halla en los altísimos niveles de violencia que golpean a Colombia. El país tiene una de las tasas anuales de homicidios y de secuestros por cada cien mil habitantes más altas del mundo. [...] La violencia y la pobreza son dos de las muchas formas en que se expresa el conflicto social en Colombia”.²⁸ Reconocía además que otro de los problemas cruciales era el pobre desempeño económico a causa del desempleo y de la política macroeconómica, que “no ha producido otra cosa que altas tasas de interés; revaluación real de la moneda doméstica y pérdida de competitividad internacional; alto gasto público, con el consecuente déficit fiscal excesivo; y déficit en la cuenta corriente del sector externo”.²⁹

En virtud de este diagnóstico, las estrategias definidas por el Plan de Desarrollo incluyeron la búsqueda de la paz (que contemplaba la negociación con las organizaciones insurgentes) y la reactivación de la economía con la promoción de las exportaciones y de la competitividad regional. Estas dos estrategias marcarían significativamente la concentración del Gobierno.

Con respecto a la paz, se decía que “el Plan busca consolidar el desarrollo, el cual sólo será posible acompañado de la paz. [...] Se buscarán los mecanismos propicios, los instrumentos adecuados para un proceso de negociación

²⁷ Juan Arango, “Un dramático balance social”, *Deslinde*, Vol. 31 (2002): 8-14; Rosa Duro, “Plan Colombia o la paz narcótica”, *Revista Opera*, Vol. 2, no. 2 (2002): 87-116.

²⁸ Departamento Nacional de Planeación, *Plan Nacional de Desarrollo 1998-2002. Cambio para construir la paz* (Bogotá: DNP, 1999), 19.

²⁹ Departamento Nacional de Planeación, *Plan Nacional de Desarrollo 1998-2002*, 22.

que conduzca al fin del conflicto armado y a la vez se propenderá por resolver aquellos factores que propician y dinamizan la violencia”³⁰

En relación con la reactivación de la economía, el sentido de la estrategia se establecía así: “Los mercados externos son el camino más viable para garantizar la prosperidad sostenida, y el Plan abarca acciones concretas en los sectores de infraestructura, minas y energía, industria y comercio, turismo y otros que nos abran perspectivas y reorienten el aparato productivo doméstico hacia dichos mercados”³¹

Otra estrategia que anunciaba este plan era la adecuación de las “estructuras políticas y de gobierno con el propósito de cohesionar y consolidar la democracia”³² De esa estrategia hacía parte el fortalecimiento de la descentralización, que también buscaba aliviar las cargas del Estado central transfiriendo responsabilidades a las entidades locales y a los propios ciudadanos en asuntos sociales, afirmando que “El Plan es, así pues, un programa y una propuesta de compartir responsabilidades entre los diversos actores de la sociedad y de asumir cada cual su compromiso en la gestión del desarrollo. El Plan lo lleva a cabo no solamente el Estado, es también una tarea de la sociedad civil en su conjunto”³³

Todas estas expresiones ponían de manifiesto su compromiso vocacional con los postulados neoliberales del Consenso de Washington. No había, en consecuencia, ninguna intención de ruptura fundamental con el modelo neoliberal que venían construyendo los Gobiernos posteriores a la aprobación de la Constitución de 1991.

En consonancia con lo dicho, en un informe del Gobierno para el Fondo Monetario Internacional (FMI) se anunciaba que se harían recortes del gasto, se ampliaría la base para el cobro del IVA y se incrementarían los impuestos a los combustibles.³⁴ Además, el Gobierno se comprometió a avanzar en

30 Ibid., 15.

31 Ibid.

32 Ibid., 14-15.

33 Ibid., 16.

34 “Acuerdo extendido de Colombia con el Fondo Monetario Internacional”, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Banco de la República, Bogotá, 3 de diciembre de 1999.

el programa de reformas estructurales en los siguientes tres años, las cuales efectivamente redujeron la intervención del Estado en asuntos de política social, aunque no se cumplieron las metas de equilibrio macroeconómico y fiscal, como lo había proyectado y condicionado el FMI para otorgar el millonario crédito del Acuerdo Extendido.³⁵

En medio de esa coyuntura económica, el Gobierno inició un proceso de negociación con las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia-Ejército del Pueblo (FARC-EP), buscando que esa guerrilla se desmovilizara y se integrara a la actividad política legal, previo acuerdo de compromisos entre el Gobierno y el movimiento insurgente. Sin embargo, el proceso de negociación fracasó estruendosamente y el presidente Andrés Pastrana rompió el diálogo en febrero de 2002, produciéndose un gran desconcierto que provocó, aunado al fracaso del Gobierno en los frentes económicos y sociales, la falta de confianza y un descenso abrupto de su favorabilidad, alcanzando solo un 21 %.³⁶

En cuanto al sistema de salud, este Gobierno se propuso ampliar la cobertura del aseguramiento, especialmente del Régimen Subsidiado en las regiones con mayores índices de necesidades básicas insatisfechas, sin pretender ninguna modificación a lo dispuesto por la Ley 100 de 1993.

5.5. Planes de gobierno de los dos periodos del presidente Álvaro Uribe Vélez (2002-2006 y 2006-2010)

No se requiere mucho análisis para percatarse de la intensificación, por parte de los Gobiernos del presidente Álvaro Uribe Vélez, de la perspectiva neoliberal dispuesta en la Constitución Política de 1991, ni para advertir la intensificación de la corrupción política y de las prácticas criminales contra la población que ocurrieron a su amparo.

35 Luis Eduardo Amador, "Análisis del Acuerdo Extendido firmado entre el Gobierno colombiano y el Fondo Monetario Internacional, logros y desafíos", *Con-texto*, no. 22 (2007): 77-112.

36 Gallup Colombia Ltda., *Gallup Poll Bimestral mayo de 2011* (Bogotá: Gallup, 2011), <https://www.lasillavacia.com/sites/default/files/media/photo/24556/gallup.pdf>

En los Planes de Desarrollo “Hacia un Estado comunitario” (2002-2006)³⁷ y “Estado comunitario: desarrollo para todos” (2006-2010)³⁸ se señaló enfáticamente el propósito de intensificar las ofensivas militares contra las agrupaciones guerrilleras, lo que caracterizaría notablemente sus Gobiernos y a cuya sombra crecieron las organizaciones paramilitares, las expropiaciones de tierras a los campesinos, las violaciones a los derechos humanos, las desapariciones de personas, los desplazamientos masivos de población, los asesinatos de líderes sociales³⁹ y las ejecuciones extrajudiciales de ciudadanos inermes (“falsos positivos”), estimados en la pavorosa cifra de 6.402.⁴⁰ Todo este tipo de acciones causaron gran temor en la población e impusieron un evidente reflujo en la movilización popular para reivindicar sus derechos.

Los contenidos neoliberales de sus políticas económicas y sociales pueden percibirse con notoriedad en los siguientes contenidos del Plan de Desarrollo de su primer gobierno, a los que daría continuidad en el segundo: apertura y desregulación de los mercados de capitales y de servicios; negociación de acuerdos internacionales que eliminen barreras de acceso y estimulen la inversión extranjera; impulso a procesos de privatizaciones y concesiones en la construcción; desarrollo de una política comercial que le daría continuidad a la ejecución del Plan Estratégico Exportador 1999-2009 y promovería los tratados de libre comercio.

Allí mismo se mencionaba la generación de empleo, señalando que para ello era preciso la “eliminación de recargos salariales, el incremento del número de contratos de aprendizaje y la reducción tanto en los costos de despido

37 Departamento Nacional de Planeación, *Plan Nacional de Desarrollo 2002-2006. Hacia un Estado comunitario* (Bogotá: DNP, 2003).

38 Departamento Nacional de Planeación, *Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010. Estado comunitario: desarrollo para todos* (Bogotá: DNP, 2006).

39 Sandra Borda Guzmán, “La administración de Álvaro Uribe y su política exterior en materia de derechos humanos: de la negación a la contención estratégica”, *Análisis Político*, Vol. 75, no. 25 (2012): 111-37.

40 “Comunicado 019 de 2021. La JEP hace pública la estrategia de priorización dentro del Caso 03, conocido como el de falsos positivos”, Jurisdicción Especial Para la Paz, JEP, Bogotá, 18 de febrero de 2021, <https://www.jep.gov.co/Sala-de-Prensa/Paginas/La-JEP-hace-p%C3%BAblica-la-estrategia-de-priorizaci%C3%B3n-dentro-del-Caso-03-conocido-como-el-de-falsos-positivos.aspx>.

como en los aportes parafiscales con destino al Sena, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF- y las cajas de compensación”.⁴¹

De acuerdo con lo anterior, una de las mayores preocupaciones de este Gobierno sería impulsar una reforma al sistema pensional y al Código Sustantivo del Trabajo, buscando que, a través de la flexibilización del empleo y del desmonte de derechos laborales adquiridos, los costos de la fuerza de trabajo tuvieran menos participación en los costos totales de producción de las empresas. Con la reforma pensional también se buscaba que el Estado redujera el gasto público, deshaciéndose de la carga pensional que en las décadas anteriores había tenido que asumir. En adelante, sería el propio trabajador quien debería formar el acumulado de recursos financieros necesarios para su pensión.⁴² Se contemplaba también “La renovación de la administración pública”, anunciando la liquidación y fusión de entidades estatales y la supresión de cargos públicos. Estos propósitos fueron implementados por disposiciones como la Ley 790 del 27 de diciembre de 2002, provocando la reducción de un número notable de empleos públicos.

Con relación específica al área de la protección social, era obvio que, habiendo sido el presidente Uribe el principal impulsor de la Ley 100 de 1993 cuando era senador de la República, durante su Gobierno no se modificaría la estructura conceptual y organizativa del modelo. Al terminar sus dos períodos de gobierno, la crisis financiera y de corrupción en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (sgsss) comenzaba a develarse, trasluciendo las grandes problemáticas que el Gobierno se negaba a aceptar y que habían sido puestas en evidencia por múltiples investigaciones académicas.⁴³

41 Departamento Nacional de Planeación, *Plan Nacional de Desarrollo 2002-2006*.

42 C. González, “Las reformas al sistema de pensiones en Colombia”, *Cultura y Trabajo*, no. 60 (2003): 28-38.

43 Francisco Yepes et al., *Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993* (Bogotá: Assalud, Universidad del Rosario, Mayol Ediciones S. A., 2010); Gloria Molina y Andrés Ramírez, “Conflicto de valores en el sistema de salud de Colombia: entre la economía de mercado y la normativa constitucional, 2007-2009”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 33, no. 4 (2013): 287-93.

5.6. Planes de gobierno de los dos periodos del presidente Juan Manuel Santos (2010-2014 y 2014-2018)

El Gobierno del presidente Juan Manuel Santos se anunciaba como estricto continuador de las políticas económicas, sociales, militares e internacionales del Gobierno precedente, en tanto que se había desempeñado en este como ministro de Defensa y porque su postulación como candidato presidencial se hizo en nombre del partido que había sido creado por iniciativa de los seguidores políticos del presidente Álvaro Uribe.

Con estos precedentes, su Gobierno se presentó como ejecutor de uno de “Tercera Vía”, que acogería como principio rector la formulación hecha en el texto de su autoría en compañía del ex primer ministro británico Tony Blair, *El mercado hasta donde sea posible y el Estado hasta donde sea necesario*.⁴⁴

Aunque esta consideración fue incluida en el Plan de Desarrollo 2010-2014 “Prosperidad para todos”⁴⁵ y se formularon algunos aspectos que parecían indicar una inclinación más favorable al desarrollo social que al exclusivo desarrollo económico, los lineamientos generales del plan mantenían en esencia la continuidad de las políticas neoliberales que venían ejecutándose en el país no solo en los dos períodos de gobierno del presidente Uribe, sino en general en todos los Gobiernos que se sucedieron después de la Constitución de 1991. Así se desprende de la persistencia en los esfuerzos por insertar al país en los circuitos de mercado en el marco de la globalización capitalista neoliberal, así como el énfasis en que muchas de las funciones que tradicionalmente había asumido el Estado fueran transferidas al sector privado. A estos conceptos se les dio continuidad, como podía esperarse, en el Plan de Desarrollo “Todos por un nuevo país”, de su segundo periodo presidencial.

En la perspectiva del posicionamiento internacional, se anunció la meta de “obtener el acceso a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo (OCDE)”, proceso que culminó en 2018 unos meses previos a la culminación

44 Juan Manuel Santos y Tony Blair, *La tercera vía: una alternativa para Colombia* (Bogotá: Aguilar, 1999).

45 Departamento Nacional de Planeación, *Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014. Prosperidad para todos* (Bogotá: DNB, 2011).

de su segundo periodo de gobierno habiéndose oficializado la aceptación del ingreso a este organismo en octubre de 2019.⁴⁶

Con relación al tema de la seguridad social en salud, debe señalarse que durante los dos periodos de este Gobierno hubo algunos avances normativos importantes. En cumplimiento con lo ordenado por la Corte Constitucional en su Sentencia T-760 de 2008, entre 2009 y 2012 se unificaron los planes de beneficio para ambos regímenes (contributivo y subsidiado), se amplió el contenido del Plan Obligatorio de Salud (pos)⁴⁷ y se estableció un control de precios para un buen número de medicamentos.⁴⁸ Asimismo, en 2011 se intentaron solucionar algunas de las dificultades del sistema con la aprobación de la Ley 1438,⁴⁹ incorporando conceptos importantes de gestión en salud pública como la *Atención Primaria de la Salud (APS)* y la *elaboración de planes decenales de salud pública*.

Lastimosamente, esos postulados no fueron respaldados por una decidida voluntad política de transformar los fundamentos conceptuales del sistema de salud establecidos por la Ley 100 de 1993, quedando reducidos a formulaciones normativas que no lograron importantes efectos en la situación sanitaria del país. Específicamente, es preciso mencionar que, a pesar de que se formulara el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021,⁵⁰ ha sido evidente que no se ha llevado a cabo todo lo que allí se planteaba, pues lo evidencia el desastre sanitario en el que discurre actualmente el afrontamiento de la pandemia por Covid-19 en Colombia.

46 "Colombia da otro paso para el ingreso a la OCDE", Departamento Nacional de Planeación, DNP, Bogotá, 23 de octubre de 2019, <https://www.dnp.gov.co/Paginas/Colombia-da-otro-paso-para-el-ingreso-a-la-OCDE.aspx>.

47 Álvaro Cardona et al., "Análisis de la actualización del Plan Obligatorio de Salud del Sistema de Seguridad Social en Salud colombiano, 2009-2012", *Revista de Salud Pública*, Vol. 15, no. 2 (2013): 258-70.

48 Departamento Nacional de Planeación, *Documento Conpes social 155 de 2012. Política farmacéutica nacional* (Bogotá: DNP, 2012).

49 Colombia, Congreso de la República, Ley 1438 de 2011, Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en salud y se dictan otras disposiciones.

50 Ministerio de Salud y Protección Social, *El ABC del plan decenal de salud pública Colombia 2012-2021* (Bogotá: Minsalud, 2013).

Algo semejante a lo que acabamos de expresar puede decirse de la aprobación, presionada por la crisis del sgsss y por las exigencias clamorosas de la ciudadanía, de acoger el concepto de la *salud* como un derecho fundamental de la Ley Estatutaria, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud.⁵¹ Si bien esta norma consagró importantes contenidos, su realización fáctica se ha visto truncada por la prevalencia en las decisiones políticas de los fundamentos de mercado contenidos en la Ley 100 de 1993.

Anotemos finalmente que, aunque en los Gobiernos del presidente Santos no se alteró fundamentalmente el contenido neoliberal de las más importantes políticas sociales y económicas, debe destacarse su postura en relación con el conflicto armado interno, que contrastó notablemente con la de su predecesor, Uribe Vélez.

A partir del reconocimiento de la existencia histórica de ese conflicto, decidió llevar a cabo el proceso de negociación de paz con las FARC-EP, que, a pesar de múltiples dificultades y de la obstinada oposición de la extrema derecha del país, culminó con la firma del Acuerdo Final de Paz entre el Estado colombiano y la antigua guerrilla el 24 de noviembre de 2016.

Este hecho histórico, que propició la desmovilización de varios miles de insurgentes y la entrega de sus armas de combate, pareció abrirle al país la oportunidad de transitar hacia un clima de convivencia y de emulación política pacífica. A contrapelo de esta ilusión y para desconuelo del país, su sucesor en la presidencia de la república, Iván Duque, se empeñaría en interponer múltiples obstáculos al cumplimiento de lo pactado por el Estado colombiano en cabeza del presidente Santos.

5.7. Plan de gobierno del presidente Iván Duque (2018-2022)

Para comprender adecuadamente los compromisos de este Gobierno con la continuidad de la perspectiva neoliberal dispuesta como alternativa en la Constitución Política de 1991, es preciso recordar que su elección para el cargo se hizo como candidato del partido Centro Democrático, orientado política

⁵¹ Colombia, Congreso de la República, Ley 1751 de 2015, Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

e ideológicamente por el expresidente Álvaro Uribe Vélez, a cuya orientación neoliberal ya hicimos referencia. Y ocurrió, además, agitando conceptos intensamente adversos al Acuerdo de Paz que el Gobierno precedente había suscrito con las FARC-EP, hecho lastimoso tras el cual se ha producido el asesinato de cientos de excombatientes desmovilizados, líderes sociales y defensores de derechos humanos.

No extraña, por tanto, que en el trasfondo de su Plan de Desarrollo “Pacto por Colombia, pacto por la equidad”⁵² –que contempla tres pactos estructurales, 13 pactos transversales y nueve pactos por la productividad y la equidad en las regiones– se expresen a cabalidad los principales instrumentos derivados del Consenso de Washington con los que se busca la plena integración del país a las estructuras y políticas de la globalización neoliberal. Y que para el caso particular del sistema de salud se insista en los fundamentos teórico-ideológicos que sirvieron de fundamento a la Ley 100 de 1993.

La primera indicación de su modelo económico-social está dada en el Pacto II (Pacto por el emprendimiento, la formalización y la productividad), señalando el propósito de “garantizar un ambiente de negocios propicio para el emprendimiento y el fortalecimiento de la libre competencia”,⁵³ asumiendo paralelamente la necesidad de fortalecer el sector financiero y el mercado de capitales.⁵⁴

Las formulaciones anteriores se complementan señalando que uno de los principales objetivos de la estrategia macroeconómica del Plan de Desarrollo es “promover la afluencia de ahorro externo, principalmente de Inversión Extranjera Directa”,⁵⁵ e indicando que “la reducción de la carga tributaria para las empresas, será la base para el emprendimiento de los próximos años, para la generación de nuevas fuentes de generación de riqueza y para el aprovechamiento de nuestro potencial productivo, en general”.⁵⁶

52 Departamento Nacional de Planeación, *Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022. Pacto por Colombia, pacto por la equidad* (Bogotá: DNP, 2019).

53 Departamento Nacional de Planeación, *Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022*, 154.

54 *Ibid.*, 1204, 1306.

55 *Ibid.*, 1291.

56 *Ibid.*, 1292.

Esa orientación del plan para fortalecer la inserción del país en el mercado globalizado neoliberal tiene su contrapartida igualmente neoliberal en la necesidad de reducir el gasto público, con su consecuente impacto sobre la política social del Estado. Se señala que la estrategia del mayor ajuste en el gasto público, principalmente en el Gobierno nacional central, “es la de alcanzar mayores logros sociales con menos o con los mismos recursos”. A esto se le asigna el nombre de “política social moderna”, que, se dice, está dirigida a “aprovechar las ganancias del crecimiento y a crear o fortalecer canales de redistribución para que el progreso económico se traduzca en bienestar y oportunidades reales para todos”.⁵⁷

Con respecto al sistema de salud (incluido en el Pacto III: Pacto por la equidad), el plan se propone corregir algunas de las falencias identificadas, empleando los mismos instrumentos neoliberales que lo soportan. Se indica que “es necesario fortalecer la capacidad del Estado para el ejercicio de la función de rectoría y gobernanza del sistema de salud, la cual requiere especialización y neutralidad para garantizar la transparencia en las transacciones que tienen lugar”.⁵⁸ Es decir, garantizando el respeto al modelo de mercado de la salud en el que las EPS privadas han acaparado el control, de lo cual no queda duda al leer lo siguiente: “la función de articulación debe ser el puente entre los recursos y la prestación de los servicios. Los agentes articuladores serían los aseguradores que, basados en la gestión de los riesgos de su población, organizarían la provisión de los servicios”.⁵⁹

El desarrollo práctico de estos postulados ha podido verse reflejado en las grandes falencias de las políticas y de las estrategias de salud pública del Gobierno nacional y del Congreso de la República para afrontar la pandemia por Covid-19 (con lo que se ha producido el desastre sanitario que estamos viviendo), así como en los contenidos de los proyectos de reforma del sistema de salud y de reforma tributaria, que afortunadamente han levantado la indignación, lo que condujo a voluminosas protestas de los trabajadores de la salud y del pueblo colombiano.

57 Ibid., 231.

58 Ibid., 259.

59 Ibid., 261.

Bibliografía

- Amador, Luis Eduardo. “Análisis del Acuerdo Extendido firmado entre el Gobierno colombiano y el Fondo Monetario Internacional, logros y desafíos”. *Con-texto*, no. 22 (2007): 77-112.
- Arango, Juan. “Un dramático balance social”. *Deslinde*, Vol. 31 (2002): 8-14.
- Borda Guzmán, Sandra. “La administración de Álvaro Uribe y su política exterior en materia de derechos humanos: de la negación a la contención estratégica”. *Análisis Político*, Vol. 75, no. 25 (2012): 111-37.
- Cardona, Álvaro, Luz Mery Mejía, Emmanuel Nieto y Román Restrepo. “Temas críticos en la reforma de la ley de seguridad social de Colombia en el capítulo de salud”. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, Vol. 23, no. 1 (2005): 117-33.
- Cardona, Álvaro, Luz Mery Mejía, Gilma Vargas, Edwin Álvarez y Emmanuel Nieto. “Análisis de la actualización del Plan Obligatorio de Salud del Sistema de Seguridad Social en Salud colombiano, 2009-2012”. *Revista de Salud Pública*, Vol. 15, no. 2 (2013): 258-70.
- Colombia. Congreso de la República. Ley 50 de 1990. Por la cual se introducen reformas al Código Sustantivo del Trabajo y se dictan otras disposiciones.
- _____. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.
- _____. Ley 789 de 2002. Por la cual se dictan normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se modifican algunos artículos del Código Sustantivo de Trabajo.
- _____. Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en salud y se dictan otras disposiciones.
- _____. Ley 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. “Encuesta Nacional de Hogares 1991-2000”. s. f.
- Departamento Nacional de Planeación. *La revolución pacífica. Plan de Desarrollo Económico y Social 1990-1991*. Bogotá: DNP, 1991.
- _____. *El Salto Social. Plan Nacional de Desarrollo Ley de Inversiones 1994-1998*. Bogotá: DNP, 1995.
- _____. *Plan Nacional de Desarrollo 1998-2002. Cambio para construir la paz*. Bogotá: DNP, 1999.
- _____. *Plan Nacional de Desarrollo 2002-2006. Hacia un Estado comunitario*. Bogotá: DNP, 2003.

- Departamento Nacional de Planeación. *Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010. Estado comunitario: desarrollo para todos*. Bogotá: DNP, 2006.
- _____. *Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014. Prosperidad para todos*. Bogotá: DNP, 2011.
- _____. *Documento Conpes social 155 de 2012. Política farmacéutica nacional*. Bogotá: DNP, 2012.
- _____. *Documento Conpes 3877. Declaración de importancia estratégica del sistema de identificación de potenciales beneficiarios (Sisbén IV)*. Bogotá: DNP, 2016.
- _____. “Colombia da otro paso para el ingreso a la OCDE”. DNP, Bogotá, 23 de octubre de 2019. <https://www.dnp.gov.co/Paginas/Colombia-da-otro-paso-para-el-ingreso-a-la-OCDE.aspx>
- _____. *Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022. Pacto por Colombia, pacto por la equidad*. Bogotá: DNP, 2019.
- Duro, Rosa. “Plan Colombia o la paz narcótica”. *Revista Opera*, Vol. 2, no. 2 (2002): 87-116.
- Gallup Colombia Ltda. *Gallup Poll Bimestral mayo de 2011*. Bogotá: Gallup, 2011. <http://lasillavacia.com/sites/default/files/media/photo/24556/édico.pdf>
- Giraldo, F. “La política social y de seguridad en el discurso samperista ‘Yo me excluyo, tú te excluyes, nosotros...’”. *Estrategia Económica y Financiera* (1997): 19-22.
- González Posso, Camilo. “Las reformas al sistema de pensiones en Colombia”. *Cultura y Trabajo*, no. 60 (2003): 28-38.
- Jaramillo Londoño, César. “El fracaso de la Política Social de Samper”. *Revista Universidad Eafit*, Vol. 33, no. 107 (1997): 109-30.
- Jurisdicción Especial Para la Paz. “Comunicado 019 de 2021. La JEP hace pública la estrategia de priorización dentro del Caso 03, conocido como el de falsos positivos”. JEP, Bogotá, 18 de febrero de 2021. <https://www.jep.gov.co/Sala-de-Prensa/Paginas/La-JEP-hace-p%C3%Bablica-la-estrategia-de-priorizaci%C3%B3n-dentro-del-Caso-03,-conocido-como-el-de-falsos-positivos.aspx>
- Kalmanovitz, Salomón. “Recesión y recuperación de la economía colombiana”. *Nueva Sociedad*, no. 192 (2004): 98-116.
- López, Luis Fernando. “Transformación productiva de la industria en Colombia y sus regiones después de la apertura económica”. *Cuadernos de Economía*, Vol. 29, no. 53 (2010): 239-86.
- López, Víctor Hugo. “Evolución de la pequeña y mediana empresa en el contexto de la globalización de la economía, 1990-1996”. Tesis de grado, Universidad de Antioquia, Medellín, 1997.

- Ministerio de Hacienda y Crédito Público. “Acuerdo extendido de Colombia con el Fondo Monetario Internacional”. Banco de la República, Bogotá, 3 de diciembre de 1999.
- Ministerio de Salud y Protección Social. *El ABC del plan decenal de salud pública Colombia 2012-2021*. Bogotá: Minsalud, 2013.
- Molina, Gloria y Andrés Ramírez. “Conflicto de valores en el sistema de salud de Colombia: entre la economía de mercado y la normativa constitucional, 2007-2009”. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 33, no. 4 (2013): 287-93.
- Orjuela, Luis Javier. “El Estado colombiano entre la legitimidad y la eficiencia”. *Revista de Estudios Sociales*, no. 1 (1998): 56-60.
- Pizarro, Eduardo y Ana Bejarano. “Colombia. Neoliberalismo moderado y liberalismo socialdemócrata”. *Nueva Sociedad*, no. 133 (1994): 12-19.
- Ramírez, Manuel y Diego Guevara. “Mercado de trabajo, subempleo, informalidad y precarización del empleo. Los efectos de la globalización”. *Economía y Desarrollo*, Vol. 5, no. 1 (2006): 95-131.
- Restrepo, Juan Camilo. “Empleo y economía al final del cuatrienio Samper”. *Desde la región*, no. 26 (1998): 12-16.
- Samper, Ernesto. “La empresa Colombia siglo XXI”. Acta de sanción de la ley del Salto Social, Santiago de Cali, 2 de junio de 1995.
- Santos, Juan Manuel y Tony Blair. *La tercera vía: una alternativa para Colombia*. Bogotá: Aguilar, 1999.
- Sarmiento, Libardo. “La política social y el gasto público”. En *Modernización económica vs. Modernización social*. Compilado por S. E., 255-85. Bogotá: Empresa Editorial Universidad Nacional de Colombia, 1994.
- Vega Romero, Román y María Inés Jara Navarro. “Década de los noventa: discurso de la focalización de subsidios en la salud”. *Gerencia y Políticas de Salud*, Vol. 1, no. 2 (2002): 82-112.
- Yepes, Francisco, Manuel Ramírez, Luz Sánchez, Martha Ramírez e Iván Jaramillo. *Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993*. Bogotá: Assalud, Universidad del Rosario, Mayol Ediciones S. A., 2010.
- “¿Cómo funcionan las pensiones en Colombia?”. Asofondos, 2021. <https://asofondos.org.co/sistema-pensional/>

6. Disyuntiva de desarrollo en la Constitución Política de 1991, consecuencias para la planificación de la salud pública y su relación con las manifestaciones de la pandemia de Covid-19

Álvaro Cardona¹

Luz Mery Mejía-Ortega²

6.1. Contenidos diferenciales en la Constitución Política de 1991 y la disyuntiva a que dio lugar

Trascurría el año 1964 y el presidente de Colombia era Guillermo León Valencia, dirigente conservador y miembro del autoproclamado rancio abolengo payanés. Había sido elegido para esa dignidad en el marco del acuerdo político de las élites dirigentes de los partidos Liberal y Conservador que se dio

- ¹ *Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia UdeA, Calle 70 No. 52-21, Medellín, Colombia, docente e investigador, correo: alvarocardona66@hotmail.com*
- ² *Grupo de Investigación Gestión y Políticas en Salud, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia UdeA, Calle 70 No. 52-21, Medellín, Colombia, profesora titular, correo: mery.mejia@udea.edu.co*

en llamar Frente Nacional. Valencia había sucedido en 1962 a Alberto Lleras Camargo, quien fue el primero de los presidentes acordados en aquel pacto.³

Las ofensivas militares que se emprendieron durante el Gobierno de Valencia en contra de grupos de campesinos del sur del país que se habían organizado como autodefensas, para defender sus tierras y sus vidas de los arrebatos y de las acciones violentas que tradicionalmente habían sufrido por parte de grandes terratenientes, tuvieron como reacción la creación, en el año 1964, del Bloque Sur de Guerrilleros, que, bajo la dirección de Manuel Marulanda Vélez y de Jacobo Arenas, sería el origen de las posteriormente denominadas Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia-Ejército del Pueblo (FARC-EP).⁴

Pero este Gobierno, adherido como el que más a las políticas de la Alianza para el Progreso dictadas por el Gobierno de los Estados Unidos de América, se empeñó en masivas operaciones militares contra organizaciones campesinas que pudieran airear alguna influencia socialista y tuvo que contemplar también la creación del Ejército de Liberación Nacional (ELN) entre los años 1964 y 1965.⁵

A la presencia de estas dos organizaciones insurgentes en el país sobrevino la creación, en 1967, del Ejército Popular de Liberación (EPL) durante el Gobierno de Carlos Lleras Restrepo, tercer presidente pactado por el Frente Nacional.⁶ Y un poco después, en el año 1974, durante el cuarto Gobierno frente nacionalista encabezado por Misael Pastrana Borrero, se proclamó la creación del Movimiento 19 de Abril (M-19).⁷

3 David Roll, *Rojo difuso, azul pálido. Los partidos tradicionales en Colombia. Entre el debilitamiento y la persistencia* (Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2002), 345.

4 "FARC-EP. 35 años luchando por la nueva Colombia", Secretariado del Estado Mayor Central de las FARC-EP, Archivo Chile, 27 de mayo de 1999, http://www.archivochile.com/America_latina/Doc_paises_al/Co/farc/al_farc0016.pdf; Carlos Arango, *Farc 20 años. De Marquetalia a la Uribe* (Bogotá: Ediciones Aurora, 1984); Eduardo Pizarro Leongómez, "Los orígenes del movimiento armado comunista en Colombia (1949-1966)", *Análisis Político*, no. 7 (1989): 7-32.

5 Carlos Medina Gallego, *ELN. Ejército de Liberación Nacional. Notas para una historia de las ideas políticas (1958-2007)* (Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2012); Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD, *El conflicto, callejón con salida. Informe Nacional de Desarrollo Humano para Colombia - 2003* (Bogotá: PNUD, 2003), 25-26.

6 Juan Ibeas Miguel, "Colombia: de la lucha armada a la ilegalidad. Los casos del EPL, MAQL y PRT" (Tesis de doctorado, Universidad de Salamanca, Salamanca, 2017).

7 Pompeyo José Parada Sanabria, "El proceso político colombiano durante el gobierno de Julio César Turbay Ayala (1978-1982)", *Eleuthera*, Vol. 7 (2012): 160.

Las acciones del Estado colombiano contra estas organizaciones insurgentes, haciendo uso no solo de las fuerzas armadas constitucionales, sino también de operaciones encubiertas ilegales y en confabulación con organizaciones paramilitares, dieron lugar a que el conflicto armado se intensificara, con las consecuencias bien conocidas de crímenes, torturas y desplazamientos padecidos por la población civil.

Este recuento sucinto de uno de los periodos del prolongado conflicto armado interno en Colombia es solo para destacar algunas de las condiciones dificultosas previas a la convocatoria de la Asamblea Nacional Constituyente, que elaboró y aprobó la Constitución Política de 1991. No debe olvidarse que, enmarcadas en esa conflictividad armada, bullían además las condiciones precarias de vida de la mayoría de la población, expresadas en sus escasas oportunidades para acceder a la educación, a la salud, a la vivienda digna y a la tierra de labor.⁸

Aquella Asamblea Nacional Constituyente, surgida como resultado del acuerdo de paz pactado entre el Gobierno nacional, presidido por Virgilio Barco Vargas, y las organizaciones insurgentes M-19 y EPL, levantó jubilosas expectativas en la mayoría de la población, que esperaba que la nueva Constitución Política delineara las trayectorias para la aclimatación de la paz y para la solución de las profundas iniquidades sociales que se padecían. Su objetivo debía ser el establecimiento de un nuevo pacto social y político que condujera al logro de los siguientes aspectos fundamentales:

- a. Superación del conflicto armado interno y consolidación del relacionamiento y de la emulación política pacífica;
- b. Fundamentación de un Estado social de derecho en el que se respetaran las libertades ciudadanas, los derechos humanos y se superaran los déficits de calidad de vida de la población;
- c. Apertura política que superara el bipartidismo liberal-tradicional hegemónico y excluyente, y garantizara la actuación de organizaciones

⁸ Marco Palacios Roza, *Entre la legitimidad y la violencia. Colombia, 1875-1994*, 2.^a ed. (Bogotá: Grupo Editorial Norma S. A., 2003), 257, 261.

políticas de orientación filosófico-política diversa, a las que tradicionalmente se les habían interpuesto múltiples formas de impedimento.

- d. Respeto de las diversas culturas y etnias del país.⁹

El nuevo texto constitucional, que fue aprobado el 4 de julio de 1991, incluyó la consagración de importantes derechos que debían ser garantizados por el Estado. Entre ellos, debemos mencionar la libertad personal, la libertad de creencias religiosas, la libertad política, la libertad de expresión, el derecho a la atención de la salud y del medio ambiente, el derecho a la educación, a la autonomía universitaria y el acceso a la cultura. Y la indicación de que “el gasto público social tendrá prioridad sobre cualquier otra asignación”.¹⁰

Pero en el mismo texto también quedaron establecidos los compromisos con la inserción del país en el proceso de globalización mundial y con el modelo económico de mercado, que promueve la sustracción del Estado de la responsabilidad de garantizar a todos los ciudadanos las condiciones de bienestar para una vida digna, depositando esa responsabilidad en la capacidad de cada quien para insertarse exitosamente en las oportunidades que le deparen los mecanismos del mercado. En este marco de consideraciones, sectores tan significativos para el desarrollo social como lo son los componentes de la protección social fueron dispuestos para la participación cada vez más intensiva del sector privado.¹¹ Estas disposiciones tuvieron su complemento conceptual con los mandatos sobre política fiscal o tributaria, de muy precisas connotaciones neoliberales, promovidos por el Congreso de la República y por todos los Gobiernos nacionales subsiguientes a la promulgación de la Constitución Política de 1991.

- 9 Grupo de Memoria Histórica, *¡Basta ya! Colombia. Memorias de guerra y dignidad* (Bogotá: Imprenta Nacional, 2013); Carlos Guzmán Mendoza, Roberto González Arana y Francisco Eversley Torres, “Liberalización y re-democratización. De la representación a la participación política en Colombia. A veinticinco años de la Constitución de 1991”, *Historia Caribe*, Vol. 12, no. 31 (2017): 327-53.
- 10 Asamblea Nacional Constituyente, *Constitución Política de Colombia. Actualizada con los Actos Legislativos a 2015*, ed. Corte Constitucional (Bogotá: Imprenta Nacional, 2015), 96.
- 11 Luz M. Mejía, “Protección social en población desempleada 1997-2013” (Tesis de doctorado, Universidad de Antioquia, Medellín, 2015), 171, 173.

La mayoría de los analistas de ese nuevo texto constitucional concuerdan en que los disímiles contenidos (de derechos y de apertura al mercado) que los constituyentes conciliaron expresan la confluencia de dos grandes vertientes de filosofía político-económica, respecto de la organización de las sociedades contemporáneas enmarcadas por el modelo de producción capitalista. Una vertiente exalta la reivindicación de derechos sociales, económicos, políticos y culturales, abogando por la superación real de las iniquidades sociales y de la alta concentración de la riqueza que han existido en el país. La otra clama por la acentuación de las relaciones de mercado como medio articulador de las relaciones económicas y sociales, y adhiere plenamente a las doctrinas neoliberales puestas intensivamente en el escenario mundial durante las últimas seis décadas.¹²

Ese contenido bipolar de la nueva Constitución Política, que solo daba posibilidad muy parcial para desarrollar en la práctica políticas conciliadas, implicó el sometimiento de la sociedad colombiana a una disyuntiva para el futuro: la consolidación hegemónica de las políticas de mercado y de marchitamiento de la función social del Estado, o bien la marcha afianzada por la vía de políticas estatales francamente comprometidas con la equidad social, con la satisfacción de derechos y con el quiebre de la histórica concentración de la riqueza, soportándose en el fortalecimiento de la participación ciudadana y de la democracia participativa.

Obviamente, esa disyuntiva se resolvería en favor de una u otra de las vertientes mencionadas, según fuera la orientación político-económica de los Gobiernos que debían poner en ejecución los mandatos de la Constitución. Como es sabido, hasta el momento la resolución de esta disyuntiva se ha dado con el predominio de la vertiente neoliberal y privatizadora, que ha sido la concepción predominante de todos los Gobiernos del país a los que les ha correspondido actuar en el marco de la nueva Constitución.

12 Oscar Mejía Quintana, "A dos décadas de la Constitución Política de 1991", *Araucaria. Revista Iberoamericana de Filosofía, Política, Humanidades y Relaciones Internacionales*, Vol. 15, no. 29 (2013): 99-116.

6.2. El proceso político que ha permitido la hegemonía de la opción neoliberal presente en la Constitución Política de 1991

En los 30 años de vigencia de la Constitución Política de 1991 se han consolidado los compromisos del país con la globalización neoliberal; se han atendido con cuidado las políticas definidas por los grandes poderes capitalistas mundiales, en lo que se ha dado en llamar el Consenso de Washington; se ha debilitado la participación del Estado en áreas estratégicas de la economía en las que antes había mantenido importante presencia; se ha privatizado en gran proporción la gestión de la seguridad social; se ha estimulado en gran medida el flujo de capitales internacionales y se ha desprotegido la producción industrial y agraria nacional.

En conformidad con el marco general de esas políticas y estrategias neoliberales en que se ha dirimido hasta el momento la disyuntiva presente en la Constitución de 1991 para la orientación del país, las políticas sanitarias se han encaminado también por los rumbos de la privatización y del subsecuente debilitamiento de la red pública de instituciones del sector.

Prestando atención a los lineamientos del denominado Consenso de Washington y de los grandes ordenadores de las políticas en el mundo (el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial), poco después de aprobada la Constitución de 1991 se emprendieron reformas radicales en el sistema sanitario colombiano y, en general, en el sistema de protección social.

Han sido bien conocidos y analizados los ejes que estructuraron la reforma del sistema de salud a través de la Ley 100 del 23 de diciembre de 1993. El eje principal que le imprimió las características diferenciadoras a la reforma fue sin duda el de la intermediación financiera para el aseguramiento que se encargó a las EPS, que se dispusieron para que en su gestión pudiera participar el sector privado. De esa manera, el sector privado quedaba habilitado para participar en asuntos claves de la administración del sistema como la afiliación a los distintos regímenes de aseguramiento, la gestión del plan de beneficios y el recaudo de las cotizaciones, entre otros.¹³

¹³ Colombia, Congreso de la República, Ley 100 de 1993, Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

El colofón de esta y de las subsiguientes reformas introducidas en el sistema de salud, evidenciado en el transcurrir del tiempo y con el hecho evidente de las actuales circunstancias dramáticas provocadas por la pandemia por Covid-19, ha sido el marchitamiento de las funciones esenciales de la salud pública (especialmente la promoción de la salud, la participación de la comunidad y la planificación de objetivos sanitarios de mediano y largo plazo). Todo ello, sumado al sistemático debilitamiento de la red pública de instituciones de salud, y a la limitada capacidad de rectoría y gobernanza en salud pública de la autoridad sanitaria nacional y de las entidades territoriales.¹⁴

Sin lugar a dudas, la gestión del Estado colombiano se ha orientado preferentemente hacia la ejecución de políticas y de estrategias favorecedoras de los intereses de los consorcios económicos más poderosos, especialmente los del sector financiero. Esto, en tanto que la gestión social del Estado ha sido debilitada, concentrando sus precarios esfuerzos en paliar las condiciones de extrema miseria de la población arrojada a esa condición por la resuelta aplicación de las políticas neoliberales. Este comportamiento estatal guarda correspondencia, aun cuando no sea francamente reconocida, con las formulaciones hechas por los más destacados teóricos de la doctrina neoliberal, quienes, desde Ludwig von Mises y Friedrich von Hayek, hasta Robert Nozick y los esposos Milton y Rose Friedman, han sostenido la inconveniencia que tienen las políticas de bienestar y de intervención económica del Estado para el despliegue de la iniciativa privada, que, a su juicio, es el fundamento del progreso económico de las sociedades.

Como ya se dijo, esta dirección por la que se ha conducido al país hasta el presente, soportada en una de las vertientes a que dio lugar la Constitución de 1991, ha sido posible por el interés que han mantenido en recorrerla todos los Gobiernos nacionales que se han sucedido desde entonces.

Los Gobiernos de los presidentes César Gaviria (1990-1994), Ernesto Samper (1994-1998), Andrés Pastrana (1998-2002), Álvaro Uribe (2002-2006 y

14 André Noël Roth-Deubel y Gloria Molina-Marín, "Rectoría y Gobernanza en Salud Pública en el contexto del sistema de salud colombiano, 2012-2013", *Revista de Salud Pública*, no. 15 (2013): 44-55.

2006-2010), Juan Manuel Santos (2010-2014 y 2014-2018) e Iván Duque (desde 2018) han guardado una esencial línea de continuidad en sus orientaciones de filosofía político-económica, que le ha dado continuidad a la adherencia del país a los dictados neoliberales de la globalización: apertura económica y liberación de mercados, favorecimiento de los grupos poderosos de la economía y marchitamiento de las responsabilidades sociales por parte del Estado.

Esta identidad entre los Gobiernos ha sido bastante característica, así sea que en cada uno de estos puedan encontrarse algunas particularidades en el énfasis puesto a sus enfoques acerca del desarrollo social del país. En algunos casos, también pueden documentarse especificidades notables en relación con temas tan sensibles como el conflicto armado y con las acciones ordenadas en medio de este.

El estudio de los planes de desarrollo de cada uno de estos Gobiernos, así como el análisis *ex post* de sus políticas y estrategias, permiten afirmar lo que hemos expresado: “Algunos gobiernos han sido mucho más categóricos en su decisión de conducir al país por la vía de los postulados neoliberales sin hacer concesiones ni pausas, en tanto que otros han querido hacerlo teniendo en consideración algunos reclamos de sectores sociales afectados negativamente por las tendencias anotadas”.¹⁵ A manera de ejemplo por contraste, observemos lo siguiente: aun cuando la actuación del presidente Álvaro Uribe frente al conflicto armado interno señala diferencias significativas en relación con lo realizado por el presidente Juan Manuel Santos, no hubo diferencias notables entre estos Gobiernos respecto a la gestión de la economía y de las políticas sociales.

No siendo esta la ocasión para describir los resultados que ha producido esta hegemonía neoliberal en los indicadores de satisfacción de las expectativas que tenía la población hace 30 años acerca de la convivencia pacífica, de la superación de la corrupción, del desarrollo integral de las regiones y de la satisfacción de necesidades esenciales para tener una vida digna, solo diremos que se han acumulado en estas tres décadas los desengaños y las frustraciones, y que hay necesidad de que el país se plantee nuevos rumbos, pensados en

función de la mayoría de sus gentes y capaces de dar salida a la crisis social y sanitaria que estamos experimentando.

Así se desprende del repaso de las actuales condiciones de corrupción política y de inmoralidad en las instituciones del Estado, de criminalidad contra líderes sociales y contra defensores de derechos humanos, de prácticas aterradoras como los miles de asesinatos extrajudiciales por parte de instituciones estatales, de desplazamiento de millones de colombianos, de incumplimiento de los acuerdos pactados en el proceso de desmovilización de las FARC-EP, de los índices de concentración de la riqueza, de las cifras de pobreza, de desempleo, de precarización de las condiciones laborales, de empleo informal, de multiplicación de organizaciones de narcotraficantes que han tomado bajo su control extensos territorios del país, de incremento de los padecimientos de las minorías étnicas, de despojo de sus tierras a miles de campesinos y de violencia cotidiana en campos y en ciudades.

El país vive, además de la exacerbación de problemas como consecuencia del impacto de la pandemia por Covid-19, el lastre de la deuda histórica con la garantía para todos y todas de los derechos económicos, sociales y culturales que la Constitución de 1991 prometió saldar.

6.3. La virtual desaparición de la planificación de las acciones de salud pública como consecuencia de la hegemonía neoliberal

Acotamos atrás que, en los 30 años que han discurrido desde la aprobación de la Constitución de 1991, se ha impuesto en el país la vertiente de pensamiento neoliberal presente en ese documento esencial de la institucionalidad, restándole protagonismo a la vertiente garantista de derechos.

En un marco social, económico y político de la naturaleza del que se ha impuesto en el país, no caben posibilidades para que el instrumento de la planificación social integral de mediano y largo plazo sea aplicado. En la teoría de la planificación social se asume que su propósito esencial es la transformación de la sociedad. O sea, la elaboración de un proyecto social, estableciendo unos objetivos de largo plazo a partir de los valores discutidos y compartidos por sus miembros y definiendo unas estrategias que, mediante su ejecución persistente y rigurosa, conduzcan al logro de aquellos objetivos. Su fundamento

epistemológico es la convicción de que los hombres, como especie, están dotados de capacidades para perfilar su destino futuro.

En términos de Henrik L. Bloom, “la planeación [...] se dedica a darle dirección y a obtener cambios sociales de una naturaleza específica y deseada”.¹⁶ Y, en palabras de Carlos Matus Romo, “Parece innecesario recordar que la planificación carece de sentido como técnica per se, y que su propósito es lograr cierta disciplina en el cumplimiento de un conjunto de decisiones fundamentales para alcanzar los objetivos propuestos”.¹⁷

Un proceso de planificación social que se oriente a garantizar el bienestar de todos los miembros de la comunidad ha de apuntalarse en valores éticos que sean expresivos de ese propósito. En las sociedades modernas esos valores tendrán que ser el compromiso con la equidad y la justicia social, con la solidaridad intergeneracional, con la redistribución de la riqueza, con el respeto absoluto por la dignidad humana, con el imperativo de la protección de la naturaleza y con la aceptación de la responsabilidad que tiene el conjunto de la sociedad con la vida y con el bienestar de cada uno de sus miembros.

La planificación social exige, en consecuencia, la acción integrada y congruente de todos los sectores económico-sociales de la vida. Todos estos deben contribuir sinérgicamente a las políticas y a las estrategias que se definan para orientarse al logro de los objetivos de mediano y de largo plazo. Y requiere, sin falta, la firme voluntad por parte de las instancias centrales del Estado de que el proceso se lleve adelante, ejerciendo el liderazgo en su conducción y aplicando los instrumentos políticos, jurídicos, científicos y técnicos de que dispone.

Pero, además, la planificación social excluye que el futuro pensado y deseado esté adherido a los intereses particulares de algunas personas o de algún grupo social. Sus miras deben estar orientadas al logro satisfactorio de las expectativas de todos los miembros de la comunidad, establecidas mediante pacientes y rigurosos procesos de participación que permitan llegar a consensos.

¹⁶ Henrik L. Blum, *Planning for Health. Development and Application of Social Change Theory* (New York: Human Sciences Press, 1974), 14.

¹⁷ Matus Romo Carlos, *Estrategia y plan* (Santiago de Chile: Editorial Universitaria, 1972), 53.

Por eso, la planificación social enfrenta siempre la oposición de quienes tienen fundado su interés vital en la obtención de ganancias derivadas de negocios particulares que interfieren con la voluntad colectiva.

La planificación social es, por tanto, impropia para el desarrollo de las relaciones de mercado. No extraña por eso que en las décadas recientes el término y la conceptualización de la planificación social hayan casi desaparecido completamente de la agenda intelectual y política. Las condiciones económicas y políticas que hoy predominan condicionan las posibilidades de despliegue de la planificación social.

Y, correlativamente, ha estado ausente también la preocupación por pensar planes sanitarios a largo plazo, integrales y universales, que establezcan objetivos hacia los cuales se oriente consistentemente la acción del Estado y de la comunidad. Planes sanitarios que, además, deberían contar con la participación integrada de todos los sectores sociales cuya actuación determina las condiciones de salud de la población, articulados por la firme voluntad política del Gobierno central de propiciar las transformaciones deseadas. Los conceptos desarrollados por la teoría de los determinantes sociales de la salud les dan sustento bastante sólido a estas afirmaciones.¹⁸

Con lo que viene ocurriendo en Colombia pueden ejemplificarse las limitaciones que afronta contemporáneamente la planificación social, y específicamente la planificación sanitaria integral y universal, explicadas por la hegemonía que ha logrado la vertiente político-económica neoliberal entre las dos opciones que se posibilitaron en la Constitución Política de 1991. Veamos:

La Ley 100 de 1993 excluyó de tajo la planificación sanitaria integral, limitándose a lo que denominó como el Plan de Atención Básica a cargo de las entidades territoriales de salud, que debían complementar las acciones del Plan Obligatorio de Salud a cargo de las EPS y las acciones de saneamiento ambiental a cargo de los municipios.

¹⁸ Carlos Lema Añón, “La revolución de los determinantes sociales de la salud: derecho a la salud y desigualdad”, *Anuario de Filosofía del Derecho*, no. 36 (2020): 289-317.

Pasaron cerca de tres quinquenios para que por primera vez en la normatividad del sistema de salud colombiano se hablara de salud pública. Esto mediante la Ley 1122 del 9 de enero de 2007, en la que se planteó una definición de salud pública y se instauró la obligación de que el Gobierno nacional estableciera un Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio. Este plan, llamado también Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, reemplazaría el Plan de Atención Básica. Y, aunque ocho meses después, mediante Decreto 3039 de 2007, se adoptó dicho plan, su propósito no se cumplió porque el sistema no pudo conciliar los distintos intereses de los múltiples actores responsables: la nación, las entidades territoriales, las EPS de los regímenes Contributivo y Subsidiado, las entidades obligadas a compensar, las entidades administradoras de los regímenes especiales y exceptuados, y las IPS. Las prioridades, objetivos, metas y estrategias en salud pública allí propuestas se quedaron solo en el papel de los planes de salud de cada entidad territorial.

Cuatro años más tarde, la Ley 1438 de 2011 introdujo nuevas reformas al Sistema General de Seguridad Social en Salud y ordenó, entre otros aspectos, la elaboración de planes decenales de salud pública, el primero de los cuales fue adoptado el 28 de mayo de 2013 por el Ministerio de Salud y Protección Social.¹⁹ Pero, a pesar de que en el texto de dicha ley y en el texto del Plan Decenal de Salud de Salud Pública 2012-2021 se exteriorizan conceptos y propósitos significativos de cara a los retos que tiene la protección y la atención de salud de los colombianos, el contenido de esos documentos refleja los condicionamientos que las políticas sociales y económicas predominantes le imponen a la planificación.

En primer lugar, la Ley 1438 impidió completamente cualquier modificación a la intermediación financiera de las EPS, establecida en la Ley 100 de 1993. En otras palabras, dejó intactas las posibilidades y el interés del sector privado de copar este vital componente del bienestar de la población. Este solo hecho ya deja establecida la imposibilidad de que los planes decenales

¹⁹ Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 1841 de 28 de mayo de 2013, Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

de salud pública sean planes sanitarios integrales y universales, y que además se garantice su ejecución por parte del Gobierno nacional.

En efecto, en las ocho Dimensiones Prioritarias y las dos Dimensiones Transversales que contempla el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, solo se sugieren algunos mecanismos de coordinación con las EPS para las prestaciones asistenciales de salud. Y, adicionalmente, se señala que es un Plan Indicativo, inscribiéndose de ese modo en el concepto teórico de planificación llevado a efecto por el Estado para tratar de corregir las imperfecciones de la economía de mercado, sirviéndole de complemento, pero sin intervenir, el mecanismo de libertad de mercado. Por tanto, esa modalidad de planificación utiliza estrategias como los incentivos tributarios, la coordinación de inversiones o los subsidios, pero no establece ninguna obligatoriedad que pueda interferir la autonomía de los agentes económicos privados.

Estas características constreñidas del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 explican la razón de que su impacto haya sido tan pobre sobre los determinantes sociales de la salud, sobre la satisfacción del derecho a la salud de todos los ciudadanos colombianos, sobre la organización de la prestación de los servicios asistenciales, sobre la recomposición y ampliación de la red de instituciones públicas de salud y sobre la organización de estructuras territoriales para acciones como la educación en salud y la prevención de enfermedades. Las consecuencias que estas falencias han tenido para nuestra población han sido patéticamente desnudadas por la ineficacia en la actuación del Estado y sus incoherencias ante el reto impuesto por la pandemia por Covid-19.

6.4. A modo de cierre. La pandemia de Covid-19 en Colombia y las debilidades de la planificación de las acciones de salud pública

Bastantes han sido los estudios que demuestran que las afectaciones profundas que ha sufrido el relacionamiento de los seres humanos con las otras formas de vida existentes sobre la tierra (especies animales y vegetales), como consecuencia de la explotación intensiva de recursos inducida por las relaciones

de producción capitalista, están en la base del origen de las pandemias que ha sufrido el mundo en las últimas décadas.²⁰

Igual que ha ocurrido con todas las pandemias que han sido documentadas desde la antigüedad hasta nuestros días, la actual pandemia por Covid-19 ha producido inmensos sufrimientos en la población evidenciados en enfermedad, muerte y secuelas, generándose como consecuencia profundas alteraciones en la vida económica, social y política de las sociedades.

Debido a los millones de personas infectadas y muertas por la Covid-19 ha surgido una vez más en este siglo XXI, después de las pandemias de SARS (2002-03), gripe porcina H1N1 (2009), MERS (2012), Ébola (2014-16), Zika (2015) y Dengue (2016), la necesidad de replantearse muchos asuntos vitales para la vida de la humanidad. Quizás uno de los más significativos sea la urgencia de reconstituir conceptos consistentes de solidaridad para la organización de la sociedad, lo que inmediatamente remite a la obligatoriedad de repensar las concepciones de la producción económica, de la explotación de los recursos naturales y de la satisfacción de las necesidades de los seres humanos. Estos debates de alcance planetario también han sido, y deben seguir siendo, objeto de interés y de discusión de los colombianos.

Pero el impacto que la pandemia por Covid-19 ha tenido, particularmente en nuestro país, también ha mostrado las debilidades de las instituciones de nuestro Estado para afrontarla con algún grado de consistencia y rigor.

Probablemente, una de las mayores dificultades para actuar consistentemente, de acuerdo con los aprendizajes obtenidos por la salud pública y por la epidemiología a partir de las experiencias con pandemias previas, ha sido la incapacidad política y la falta de decisión del Gobierno nacional y del Congreso de la República para garantizar una renta básica de subsistencia para la población necesitada, que le permita acoger disciplinadamente las restricciones de

20 David Harvey, "Política anticapitalista en tiempos de Covid-19", *Sin permiso* (2020); Claudio Katz, "La pandemia que estremece al capitalismo (I)", *Posición* (2020); David Quammen, *Contagio. La evolución de las pandemias* (Barcelona: Penguin Random House, 2020).

movilidad y de relacionamiento aconsejables en el manejo de la pandemia. Y agreguemos a esto que el afán del Gobierno nacional por atender los intereses económicos de los empresarios le ha llevado en diferentes oportunidades a adoptar decisiones imprudentes, que han inducido aglomeraciones que han derivado en un incremento del número de contagios y de muertes.

De otro lado, las respuestas del sistema de salud se han visto condicionadas por la estructura privatizada a la que ha sido conducido. En razón de la debilitada red pública de instituciones de salud, que corre parejo con el proceso de privatización como consecuencia de la normatividad de la Ley 100 de 1993, el Gobierno ha tenido que desarrollar las estrategias frente a la pandemia con base en las EPS y sus redes privadas de instituciones prestadoras de servicios de salud. Más allá de esto, ha intentado improvisar acciones mediante las instituciones de la red pública supérstite, pero obviamente no podía esperarse que de esa manera precipitada pudieran desarrollar capacidades para garantizar impactos significativos.

La carencia de una red extendida por todo el territorio del país de equipos multidisciplinarios de salud comunitaria posiblemente sea uno de los aspectos que más se echa en falta para la ejecución de las necesarias acciones de educación, prevención, detección temprana de personas infectadas, aislamiento de casos, vigilancia de contactos, movilización de la solidaridad comunitaria y tratamiento oportuno de los enfermos.

Esta carencia tal vez sea la más fehaciente muestra del pobre impacto que ha tenido el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, y un valioso argumento para sostener que no puede haber planificación sanitaria integral y coherente en medio de condiciones económicas y políticas en las que predomina con la intensidad que tiene en Colombia el interés de las relaciones de mercado capitalista.

Los equipos de salud comunitaria permanentes y no coyunturales, que han sido resaltados siempre en los fundamentos aprendidos históricamente por la salud pública para el cuidado de la salud de las poblaciones, carecen de oportunidades en contextos que, como el colombiano, han llevado el campo de la salud a ser un espacio ventajoso para la competencia privada y para la obtención de réditos económicos por parte de grupos financieros poderosos.

La pandemia por Covid-19 nos ha advertido de la necesidad de corregir muy profundamente el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Solo de esa manera será posible afrontar los múltiples problemas que subsisten en nuestro sistema sanitario. Pero eso deberá hacerse paralelamente a la superación de la vertiente neoliberal que se ha consolidado hegemónicamente y se ha impuesto sobre la vertiente garantista de derechos en estos 30 años de vigencia de la Constitución Política de 1991.

Bibliografía

- Añón, Carlos Lema. “La revolución de los determinantes sociales de la salud: derecho a la salud y desigualdad”. *Anuario de Filosofía del Derecho*, no. 36 (2020): 289-317.
- Arango, Carlos. *Farc 20 años. De Marquetalia a la Uribe*. Bogotá: Ediciones Aurora, 1984.
- Asamblea Nacional Constituyente. *Constitución Política de Colombia. Actualizada con los Actos Legislativos a 2015*. Editado por Corte Constitucional. Bogotá: Imprenta Nacional, 1991.
- Blum, Henrik L. *Planning for Health. Development and Application of Social Change Theory*. New York: Human Sciences Press, 1974.
- Colombia. Congreso de la República. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.
- Grupo de Memoria Histórica. ¡Basta ya! Colombia. Memorias de guerra y dignidad. Bogotá: Imprenta Nacional, 2013.
- Guzmán Mendoza, Carlos, Roberto González Arana y Francisco Eversley Torres. “Liberalización y re-democratización. De la representación a la participación política en Colombia. A veinticinco años de la Constitución de 1991”. *Historia Caribe*, Vol. 12, no. 31 (2017): 327-53.
- Harvey, David. “Política anticapitalista en tiempos de Covid-19”. *Sin permiso* (2020).
- Ibeas Miguel, Juan. “Colombia: de la lucha armada a la ilegalidad. Los casos del EPL, MAQL y PRT”. Tesis de doctorado, Universidad de Salamanca, Salamanca, 2017.
- Katz, Claudio. “La pandemia que estremece al capitalismo (I)”. *Posición* (2020).
- Matus Romo, Carlos. *Estrategia y plan*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria, 1972.
- Medina Gallego, Carlos. *ELN. Ejército de Liberación Nacional. Notas para una historia de las ideas políticas (1958-2007)*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2012.

- Mejía Quintana, Oscar. "A dos décadas de la Constitución Política de 1991". *Araucaria. Revista Iberoamericana de Filosofía, Política, Humanidades y Relaciones Internacionales*, Vol. 15, no. 29 (2013): 99-116.
- Mejía, Luz M. "Protección social en población desempleada 1997-2013". Tesis de doctorado, Universidad de Antioquia, Medellín, 2015.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1841 de 28 de mayo de 2013. Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.
- Palacios Roza, Marco. *Entre la legitimidad y la violencia. Colombia, 1875-1994*. 2.ª ed. Bogotá: Grupo Editorial Norma S. A., 2003.
- Parada Sanabria, Pompeyo José. "El proceso político colombiano durante el gobierno de Julio César Turbay Ayala (1978-1982)". *Eleuthera*, Vol. 7 (2012): 135-66.
- Pizarro Leongómez, Eduardo. "Los orígenes del movimiento armado comunista en Colombia (1949-1966)". *Análisis Político*, no. 7 (1989): 7-32.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD. *El conflicto, callejón con salida. Informe Nacional de Desarrollo Humano para Colombia — 2003*. Bogotá: PNUD, 2003.
- Quammen, David. *Contagio. La evolución de las pandemias*. Barcelona: Penguin Random House, 2020.
- Roll, David. *Rojo difuso, azul pálido. Los partidos tradicionales en Colombia. Entre el debilitamiento y la persistencia*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2002.
- Roth-Deubel, André Noël y Gloria Molina-Marín. "Rectoría y Gobernanza en Salud Pública en el contexto del sistema de salud colombiano, 2012-2013". *Revista de Salud Pública*, no. 15 (2013): 44-55.
- Secretariado del Estado Mayor Central de las FARC-EP. "FARC-EP. 35 años luchando por la nueva Colombia". Archivo Chile, 27 de mayo de 1999. http://www.archivochile.com/America_latina/Doc_paises_al/Co/farc/al_farc0016.pdf

7. La gestión de la salud y la vida en el contexto de la Constitución de 1991, y en momentos de crisis ambiental y climática

David Arnovis Hernández Carmona¹

7.1. Introducción

Este ensayo se propone una mirada crítica de la salud como derecho fundamental en Colombia después de la Constitución de 1991. Un objetivo (el de la salud) que no ha sido fácil, sobre todo por las mismas contradicciones que la Constitución y la ley han experimentado desde un primer momento: mientras que en Colombia los derechos fundamentales se convertían en la carta de navegación del país bajo la nueva Constitución, la salud no era reconocida como uno de estos y, por el contrario, se dio vía libre para su mercantilización y afianzar el modelo médico hegemónico, centrado en la enfermedad y en la atención, y menos en la promoción de la salud y la vida (Ley 100 de 1993). Con este panorama, la salud como derecho se ha venido abriendo camino por la vía judicial y se ha avanzado hacia un concepto de salud más centrado en los de-

¹ Grupo de Investigación Historia de la Salud, Grupo de Epidemiología, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia UdeA, Calle 70 No. 52-21, Medellín, Colombia, investigador, correo: arnovis.hernandez@udea.edu.co

terminantes sociales; no obstante, en la práctica no ha sido posible una gestión integral de la salud, por esas mismas contradicciones internas y por la realidad fáctica del proceso vida-salud-enfermedad-muerte que se experimenta en Colombia. Con un agravante: la actual crisis ambiental y climática que atraviesa el planeta, a la que el país no es ajeno, y que impone nuevos retos a la salud y la vida, y nos obliga como sociedad a descentrar la mirada del proceso vida-salud-enfermedad del ser humano, de las personas, para incluir en esa mirada a las demás especies vivas, sus hábitats, sistemas ecológicos, diversidad, sin los cuales la vida y la salud, incluso las de los seres humanos, son posibles. El ensayo avanza hacia una mirada más allá de los determinantes sociales de la salud, centra la atención en la acción, con la intención de reducir la vulnerabilidad ecológica, y propone retos para la acción que contribuyan a enfrentar la crisis climática y ambiental y fortalecer el derecho a la salud en Colombia.

7.2. La salud como derecho fundamental en Colombia después de la Constitución de 1991

Después de un largo y convulso siglo xx, que se definió por su carácter dogmático, excluyente y desigual, en 1991 se proclamó la nueva Constitución de la República de Colombia, 105 años después de su última constitución (1886), que por demás está decir era eminentemente conservadora y confesional.² Esta nueva Constitución, surgida en un momento histórico de transición y de nuevos ideales (global: fin de la Guerra Fría, de la Unión Soviética, de los ideales comunistas, desmantelamiento del Estado de bienestar en Europa y consolidación de la hegemonía norteamericana y del neoliberalismo como política nacional e internacional; nacional: firma de acuerdo de paz con la extinta guerrilla M-19, surgimiento y consolidación del narcotráfico como una amenaza nacional y global, aumento de la violencia en las principales ciudades de Colombia y en el campo, desplazamiento del campo a las ciudades por control de territorio de diversos actores, crecimiento desbordado de ciudades y cordones de pobreza y miseria, y una economía devastada que aumentó las brechas de

2 Miguel Malagón Pinzón, “La regeneración, la Constitución de 1886 y el papel de la iglesia católica”, *Civilizar: Ciencias Sociales y Humanas*, Vol. 6, no. 11 (2006): 63-75, <https://doi.org/10.22518/16578953.764>

desigualdad e inequidad en todo el territorio nacional), fue el resultado de un gran consenso nacional, de unión de fuerzas de diversas corrientes que en su momento acordaron el rumbo del país, garantizando que las nuevas generaciones pudieran acceder efectivamente a sus derechos constitucionales, hasta ese momento todavía restringidos.

Una novedad en esta nueva Constitución fue que declaró a la república de Colombia como un Estado social de derecho,³ que en la práctica les garantizaba a todas las personas, sin distinción de raza, credo, ideología, orientación sexual, de género, entre otros, sus derechos fundamentales y los demás derechos consagrados en esta. Un salto cualitativo bien importante, porque además se crearon herramientas para su exigibilidad y protección, como la acción de tutela, que buscaba proteger los derechos fundamentales de las personas, evitar que fueran atropellados en cualquier contexto y exigir su restablecimiento cuando fueran vulnerados. No obstante, a pesar de estos avances en términos de derechos y garantías constitucionales, en el contexto de la Colombia de 1991 la salud no fue reconocida como un derecho fundamental: se reconoció que el derecho a la vida era inviolable (artículo 11), se le dio el carácter de derecho fundamental y la salud pasó a un segundo plano como un derecho conexo a este: “Artículo 49: La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”; “Artículo 48: La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley”.

Así las cosas, la salud fue considerada solo un servicio público de carácter obligatorio a cargo del Estado: como el servicio de transporte público, de recolección de basuras, de distribución de alimentos, entre otros, que podía ser ofrecido por el Estado o por terceros, como efectivamente ocurrió en

3 Artículo 1 de la Constitución Política de Colombia. Congreso de la República de Colombia, “Constitución Política 1991”, *Gaceta Constitucional*, no. 114 (1991): 1-83, <https://bibliotecadigital.ccb.org.co/bitstream/handle/11520/24627/CONSTITUCION%20POLITICA%201991.pdf?sequence=1>

Colombia después de la expedición de la Ley 100 de 1993.⁴ Un mal comienzo para uno de los derechos quizás más importante, sin el cual los demás derechos, entre ellos la vida, se pueden garantizar. Es claro que en esta visión de la salud de la Constitución de 1991 primó un concepto de salud más cercano al modelo médico hegemónico centrado en la enfermedad,⁵ en la gestión del riesgo, la asistencia, al modelo neoliberal, y más lejano a la gestión de la salud y la vida en toda su integralidad, a la promoción de la salud, como requisitos indispensables para el goce efectivo del derecho a la salud. En esta visión de mundo se desliga la salud de aspectos tan importantes como son las condiciones políticas, económicas, sociales, ambientales, de vida de las personas, sin los cuales la salud y vida son posibles. Un asunto que ya desde el siglo XIX en Europa, y el siglo XX en América Latina, venían denunciando los líderes de la medicina social y la salud colectiva, pero que para la Constitución de 1991 no tuvo un eco importante y, por lo tanto, la que primó fue una visión biológica y económica de la salud.

De aquí en adelante, la sociedad colombiana ha tenido que recorrer un largo camino para que la salud sea reconocida efectivamente como un derecho humano fundamental. Primero fueron las acciones de tutela, mediante las cuales las personas, amparadas en el derecho fundamental a la vida, pedían que la salud fuera reconocida como un derecho humano y solicitaban servicios tan básicos como acceso a especialistas, a pruebas diagnósticas, a atención oportuna, a tratamientos terapéuticos, a servicios de alta complejidad, a medicamentos, entre otros. En este caso, la justicia colombiana, por medio de la Corte Constitucional, encargada de velar por la integridad y la democracia de la Constitución Política de Colombia a través de varias sentencias, marcó las pautas para que la salud fuera reconocida como un derecho humano fundamental:

4 Colombia, Congreso de la República, Ley 100 de 1993, Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

5 Emilio Quevedo, "El Proceso de Salud Enfermedad: Hacia una clínica y una epidemiología no positivistas", 1990.

- Sentencia T-491 de 1992: derecho fundamental a la salud por conexión a la vida.
- Sentencias T-535 de 1999: derecho fundamental a la salud con relación a determinadas poblaciones.
- Sentencia T-261 de 2007: derecho a la salud del adulto mayor, como un derecho fundamental autónomo; el derecho a la vida digna sin que se violen los derechos fundamentales a la salud, a la seguridad social y a la protección a la tercera edad.
- Sentencia T-016 de 2007 y Sentencia T-760 de 2008: derecho fundamental a la salud con relación a su carácter constitucional.

En esta última sentencia, el derecho a la salud se convirtió en un derecho constitucional fundamental. La Corte lo protegió por tres vías:

“1. Conexidad con el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal y el derecho a la dignidad humana [...], y admitir su tutelabilidad;

2. Su naturaleza fundamental en contextos donde el tutelante sea un sujeto de especial protección, [...] a asegurar que un cierto ámbito de servicios de salud requeridos sea efectivamente garantizado;

3. Afirmando en general la fundamentalidad del derecho a la salud en lo que respecta a un ámbito básico, [...] con las extensiones necesarias para proteger una vida digna.”⁶

Si bien la Corte ya había sentado un precedente bien importante mediante la Sentencia T-760 de 2008, en la práctica todavía había muchos retos que superar para que la salud fuera reconocida en su integralidad como un derecho humano fundamental, empezando por el acento puesto en la enfermedad, el tratamiento y la asistencia desde la Ley 100, que obstaculizaba hacer una adecuada gestión territorial de la salud y la vida tal como lo proponía por ejemplo la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud de 1986,⁷ o

6 Colombia, Corte Constitucional, Sala Segunda de Revisión, Sentencia T-760 del 31 de julio de 2008, M. P.: Manuel José Cepeda Espinosa.

7 Organización Mundial de la Salud, OMS. *Carta de Ottawa de Promoción de la Salud. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Hacia un nuevo concepto de Salud Pública* (Ottawa: OMS, 1986).

el nuevo informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS.⁸ Con este precedente de la Sentencia T-760 de 2008, en 2012 salió a la luz pública el nuevo Plan Decenal de Salud Pública de Colombia 2012-2021, que tuvo como novedad el reconocimiento de la salud como un derecho humano fundamental y propuso una mirada desde los determinantes sociales de la salud. Y, mediante la Ley Estatutaria 1751 de 2015, se reguló el derecho fundamental a la salud.

Avances importantes para el reconocimiento de la salud como derecho humano fundamental, pero que en la práctica siguen siendo poco operativos por la desarticulación existente entre los actores del sistema de salud (aseguradores, entes territoriales, instituciones prestadoras de servicios de salud, comunidades, personas sanas y enfermas, entre otros) para acordar acciones conjuntas, territoriales, intersectoriales, participativas, amigables con el medio ambiente, y por la supremacía del modelo médico hegemónico que todavía persiste centrado en la enfermedad. Desarticulación que se evidencia hoy más que nunca cuando la crisis climática y ambiental generada por nuestras propias acciones –por ese concepto de *salud* reforzado en la Constitución de 1991– está arrasando con el planeta, los bosques, los ríos, la fauna, la flora, el agua, el aire, la tierra, pero también con nosotros mismos, porque la pandemia de la Covid-19 no es más que un reflejo de esta sociedad enferma, de un planeta enfermo, que no ha sabido gestionar adecuadamente la salud y la vida. Por lo tanto, es necesario tomar acciones individuales, familiares, colectivas, institucionales, políticas, que trasciendan el antropocentrismo sanitario⁹ y se reconcilien con las demás especies vivas y los ecosistemas.

8 Organización Mundial de la Salud, OMS, *Informe de la comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*. 62.^a Asamblea Mundial de la Salud (Ginebra: ONU, 2009).

9 Edmundo Granda Ugalde, “El saber en salud pública en un ámbito de pérdida de antropocentrismo y ante una visión de equilibrio ecológico”, *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, Vol. 26 (2008): 65-90.

7.3. Crisis climática y ambiental como oportunidad para privilegiar el derecho a la salud y la vida en el contexto colombiano

La crisis climática y ambiental, y su aceleración a nivel planetario, es una de las paradojas más absurdas de la humanidad en la época contemporánea: mientras que en algunas zonas del planeta se alcanza cierto nivel de confort y de necesidades básicas satisfechas, hasta el punto de la saciedad y consumo colectivo y frenético, en otras zonas la pobreza y la miseria son las constantes. El planeta se calienta, los recursos naturales se agotan, las tierras cultivables se reducen, los cordones de pobreza y miseria se incrementan sin que se hayan tomado las medidas necesarias para revertir este proceso planetario.¹⁰ Es tal la paradoja que, habiendo evidencias científicas sobre el cambio climático a nivel mundial, muchas personas y organizaciones siguen presentando este fenómeno como un tema de ideología,¹¹ de corrientes de izquierda (a favor del cambio climático) y de derecha (en contra del cambio climático), como si el solo hecho de creer o no en una u otra ideología hiciera desaparecer las evidencias del cambio climático. Los adeptos por tratarlo como un tema de ideología son aquellas personas, grupos, instituciones, empresas, Estados a quienes no les conviene que los recursos naturales dejen de ser un activo valioso para la humanidad, para seguir enriqueciendo sus ya apretados bolsillos.

Lo primero que habría que decir entonces es que la crisis climática y ambiental es una realidad contemporánea¹² como resultado de la interacción del ser humano con el ecosistema.¹³ Que el desarrollo de la técnica, la ciencia y los saberes acumulados le han propuesto al ser humano un estilo de vida y de interacción

10 Daniel Meierriesks, "Weather Shocks, Climate Change and Human Health", *WZB Berlin Social Science Center*, Vol. 138 (2021), <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2020.105228>.

11 Luis Fernández Carril, "La intratabilidad ideológica en la política internacional del cambio climático", *Andamios*, Vol. 12, no. 29 (2015): 49-71.

12 David Wallace-Wells, *El planeta inhóspito. La vida después del calentamiento* (Bogotá: Penguin Random House Grupo Editorial, 2019).

13 Intergovernmental Panel on Climate Change, IPCC, "Summary for Policymakers", in *Climate Change 2014: Impacts, Adaptation, and Vulnerability. Part A: Global and Sectoral Aspects. Contribution of Working Group II to the Fifth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change*, ed. C. B. Field et al. (Cambridge, New York: Cambridge University Press, 2014), 1-32.

con la naturaleza que a todas luces va en contra del mantenimiento de la salud y la vida, de la diversidad biológica, de la conservación de los recursos naturales, de los ecosistemas. Como una de las especies vivas más depredadoras, los seres humanos estamos acabando con el equilibrio ecológico,¹⁴ sin en el cual no se puede lograr el mantenimiento de la salud y la vida de las personas y de las demás especies vivas.

Si aceptamos entonces que la crisis climática y ambiental es una realidad contemporánea, como sociedad debemos unir esfuerzos para estudiarla, entenderla, comprenderla y enfrentarla.¹⁵ Y en este ejercicio tanto las personas, como las familias, las comunidades, las instituciones públicas y privadas, las empresas, las organizaciones de base, los colectivos sociales y comunitarios deben dialogar y discutir sobre el impacto de la crisis climática y ambiental en la salud, en sus comunidades, en sus territorios, sobre sus recursos naturales, sobre las amenazas que ello implica, de modo que se puedan tomar acciones. En este ejercicio no son suficientes las declaraciones de buenas intenciones tanto de Gobiernos, empresas e instituciones, como de personas, es necesario tomar acciones individuales, colectivas, institucionales, gubernamentales, pues sin una acción consciente y en sintonía con los retos del presente no se podrán lograr los cambios necesarios que se requieren para detener y revertir la crisis climática en el menor tiempo posible, y reducir la vulnerabilidad, que de entrada atenta contra el derecho a la salud y la vida ya consagrado en la Constitución Política de Colombia.

7.4. De los determinantes sociales de la salud en el contexto de la crisis climática y ambiental, hacia la acción para reducir la vulnerabilidad ecológica

América Latina es una de las regiones más inequitativas del mundo¹⁶ y Colombia no escapa a esta realidad. A pesar de haberse registrado en los últimos

¹⁴ Granda Ugalde, “El saber en salud pública”.

¹⁵ Organización de las Naciones Unidas, “La salud humana y la adaptación: entender los efectos del clima en la salud y las oportunidades de acción” (Órgano Subsidiario de Asesoramiento Científico y Tecnológico, 46 Período de sesiones, Bonn, 2017).

¹⁶ Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL, *Matriz de la desigualdad social en América Latina. I reunión de la mesa directiva de la conferencia regional sobre Desarrollo Social* (Santo Domingo: ONU, 2016).

años un aumento considerable en los ingresos de los países de la región, la mayoría de las personas aún sigue viviendo en condiciones de desventaja social, en comparación con la población más rica.¹⁷ Esta desventaja se refleja en la falta de oportunidades para acceder a un empleo digno y bien remunerado, a las distintas formas de discriminación (étnica, género, ideología, sexual...), a las precarias condiciones de vida de las personas, a sistemas educativos que, en ocasiones, no responden a las necesidades de la población, a condiciones ambientales y climáticas adversas, a hábitats inseguros y poco amigables con el ser humano y demás especies vivas, a sistemas de salud que siguen centrados en la enfermedad y en la atención, más que en la persona y en la salud como un asunto público. Y, quizá lo más importante, al sistema económico imperante, porque es excluyente y despiadado con el ser humano y la naturaleza, y porque cada día reproduce más la pobreza y la miseria,¹⁸ y acelera la crisis ambiental y climática.¹⁹

Todos estos aspectos, denominados por algunos teóricos como determinantes sociales de la salud/²⁰ determinación social de la salud,²¹ son en últimas los que condicionan el estado de vida y salud de las personas, de la comunidad en general y de las demás especies vivas del planeta. Si estos determinantes son favorables para la salud y la vida, lo más probable es que el estado de salud y calidad de vida de todas las especies vivas sean adecuados; por el contrario, si estos determinantes no favorecen el mantenimiento de la vida, el estado de salud será más vulnerable de lo habitual. Estos determinantes tienen que ver con la distribución desigual del poder, de las políticas, de los ingresos de las personas y los países, de los bienes y servicios, del acceso a los servicios de

17 Organización Mundial de la Salud, oms, *Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud. 62 a asamblea Mundial de la Salud* (Ginebra: ONU, 2009).

18 Amartya Sen, “¿Por qué la equidad en salud?”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 11, nos. 5-6 (2002): 302-9.

19 Manuel Espinosa Sánchez, “Cambio Climático: las contradicciones del capitalismo contemporáneo en la producción de maíz en México”, *Polis*, Vol. 14, no. 40 (2015): 351-76.

20 oms, *Informe de la comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*.

21 Jaime Breilh Paz y Miño, “Epidemiología crítica latinoamericana: raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica”, en *Tras las huellas de la determinación social. Memorias del seminario interuniversitario de determinación social*, eds. Carolina Morales y Juan Carlos Eslava (Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá, 2015), 17-100.

salud, de educación; tienen que ver con las condiciones laborales y de ocio, con el entorno, la vivienda y al medio ambiente, con el género, la clase social, la pertenencia étnica, la condición sexual. Es decir, es aquel conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales, individuales y culturales que ejercen gran influencia sobre la salud.²²

Sin embargo, uno de los determinantes que sobresale por encima de los demás es la inequidad, porque es claro que las personas que viven en desventaja social, en la pobreza y la miseria, son las que generalmente tienen mayores probabilidades de enfermar o morir. Por eso, desde hace más de cuatro décadas se viene abogando en diferentes países del mundo por un cambio de paradigma en el abordaje del proceso vida-salud-enfermedad, en el cual la promoción de la salud y la vida, e impactar los determinantes sociales, sean la prioridad de los Gobiernos, las comunidades y las personas.²³ No obstante, la consecución de este objetivo no ha sido fácil.

Marc Lalonde, en la década de los 70, propuso un concepto de *salud* más amplio que el que planteaba la Organización Mundial de la Salud desde 1946: “la salud es un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”.²⁴ El concepto de Lalonde, denominado *campo de la salud*, señalaba cuatro aspectos fundamentales a tener en cuenta: la biología humana, el medio ambiente, los estilos de vida y la organización de la atención de la salud.²⁵ Sin embargo, Carol Buck, unos años después, criticó el concepto de Lalonde por considerar que el componente más importante, y que además determinaba los demás, era el medio ambiente. Si el medio ambiente era adverso a las personas, la biología humana, los estilos de vida y la organización de la atención de la salud iban a ser deficientes.²⁶ A partir de estos planteamientos, en los últimos 30 años se han realizado diferentes conferencias y se han

²² OMS, *Informe de la comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*.

²³ OMS, *Informe de la comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*.

²⁴ Gustavo Alcántara Moreno, “La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad”, *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, Vol. 9, no. 1 (2008): 96.

²⁵ Marc Lalonde, “El concepto de salud: una perspectiva canadiense”, en *Promoción de la salud: una antología* (Washington: OPS, 1996), 3-5.

²⁶ Carol Buck, *Después de Lalonde: hacia la generación de salud* (Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1984).

redactado varios acuerdos internacionales que hacen énfasis en la promoción de la salud y la vida como una estrategia regional y mundial para alcanzar la salud de todas las personas²⁷ e impactar los determinantes sociales, entre ellos los ambientales, como un compromiso de toda la comunidad, al tiempo que contribuya a reducir la vulnerabilidad del cambio climático.

No obstante, desde hace más de 60 años el modelo médico hegemónico en nuestro contexto, inspirado en el modelo flexneriano,²⁸ se centró en las especialidades médicas y, por tanto, en la enfermedad, dejando en un segundo plano la promoción de la salud y el cuidado del medio ambiente. No es casualidad que en Colombia el sistema de salud dé prioridad al aseguramiento de la enfermedad y deje en un segundo plano la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Es decir, en Colombia ha funcionado mejor la gestión de la enfermedad y todo lo relacionado con esta –medicamentos, tecnología de punta, nuevas patentes, sedes de alta complejidad, entre otros...– y ha funcionado muy mal la gestión de la salud y la vida. Si el énfasis del sistema de salud estuviera en la promoción de la salud y el impacto de los determinantes sociales de la salud, el costo financiero de la salud sería muy inferior al actual (7,2 % PIB 2018)²⁹ y la población tendría mejor calidad de vida.

En este contexto, en la actualidad se requieren soluciones innovadoras para la gestión de la salud y, en especial, de la salud ambiental y la vulnerabilidad ante el inminente progreso de la crisis climática y ambiental. Soluciones que trasciendan el desarrollo tecnológico para tratar la enfermedad y propendan por desarrollos tecnológicos y científicos que privilegien la vida, que las personas tomen conciencia de su propia salud y la de los demás, que privilegien la cooperación y las alianzas intersectoriales para mejorar la salud y el medio ambiente. Se requiere un cambio de paradigma en el abordaje del proceso de

27 Frank Stahnisch and Marja Verhoef, “The Flexner Report of 1910 and its Impact on Complementary and Alternative Medicine and Psychiatry in North America in the 20th Century”, *Evid Based Complement Alternat Med* (2012): 647896; oms, *Carta de Ottawa de Promoción de la Salud*.

28 Stahnisch and Verhoef, “The Flexner Report”.

29 Johan Chiquiza Nonsoque, “El gasto en salud de Colombia es 7,2 % del PIB, según informe de la OCDE”, *La República*, 6 de julio de 2019, <https://www.larepublica.co/globoeconomia/el-gasto-en-salud-de-colombia-es-72-del-pib-segun-informe-de-la-ocde-2881922>

vida-salud-enfermedad, en el cual se disminuya sustancialmente la carga de enfermedad en la población y las demás especies vivas, y se privilegien la promoción de la salud y la vida como un imperativo ético.³⁰

En este sentido, Colombia ha venido avanzando en la definición de un concepto de *salud* que apunta a trascender el morbicentrismo sanitario, en el cual el modelo de análisis se centra en los determinantes sociales de la salud. Para ello, en 2012 se expidió el nuevo Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), en el cual se plantea la salud como derecho fundamental y el actuar sobre los determinantes sociales de la salud para garantizar en el mediano y largo plazo calidad de vida a cientos de familias que aún siguen viviendo en condiciones de desventaja social, en comparación con el resto de la población.³¹ Y esta desventaja social, que se traduce en vivir en lugares no aptos para la vida humana o en condiciones de riesgo, en hábitats inseguros, con deficientes sistemas sanitarios, educativos, de movilidad, de acceso a las oportunidades, entre otros, está contribuyendo de una u otra forma en el estado de salud-enfermedad de las personas, a la aceleración del cambio climático y a aumentar los desafíos para garantizar condiciones de vida y salud digna tanto para las personas, como para las demás especies vivas.

Para alcanzar el goce efectivo del derecho a la salud, el PDSP de Colombia 2012-2021 propone una metodología que denomina BIT-PASE, que fue adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social y Planeación Nacional para gestionar los Planes Territoriales de Salud de los departamentos y las municipalidades de todo el país. Esta metodología, que se adoptó en Colombia con el nombre PASE al Desarrollo, propone un modelo en el cual se analiza la realidad social a partir de cuatro dimensiones: poblacional, ambiental, social y económica. Estas cuatro dimensiones interactúan entre sí, y de su interacción y equilibrio depende la supervivencia de la población y, por lo tanto, el estado de salud-enfermedad de las personas.³²

30 Quevedo, "El Proceso de Salud Enfermedad".

31 Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, *Plan Decenal de Salud Pública de Colombia 2012-2021* (Bogotá: Minsalud, 2012).

32 Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, *Plan Decenal de Salud Pública*.

Para aterrizarla al territorio y armonizarla con los determinantes sociales de la salud, la metodología PASE a la Equidad en Salud propone analizar la situación de la población a partir de ocho dimensiones prioritarias: 1. Salud ambiental; 2. Salud, convivencia social y salud mental; 3. Vida saludable y condiciones no transmisibles; 4. Seguridad alimentaria y nutricional; 5. Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos; 6. Vida saludable y enfermedades transmisibles; 7. Salud pública en emergencias y desastres, y 8. Salud y ámbito laboral. Además de dos dimensiones transversales: Gestión diferencial de poblaciones vulnerables y fortalecimiento de la autoridad nacional. Sin embargo, aunque esta metodología propone una mirada más amplia y sistémica de la salud, en la práctica se sigue abordando la salud desde un enfoque morbicéntrico, sanitarista, desarticulado de los demás actores y sectores que intervienen en el proceso vida-salud-enfermedad. Además, da pocas posibilidades a las comunidades de participar en todas las fases de la planeación y gestión de su propia salud, y sigue dejando en manos del sector sanitario el complejo campo de la salud. Aunque en el discurso del PDSF está la intención de incorporar este nuevo concepto de la salud desde los determinantes sociales, más cercano a la promoción de la salud y la vida, en la práctica se sigue repitiendo el modelo médico hegemónico, ya criticado y superado por otras corrientes en salud.

7.5. Retos para la acción con el fin de enfrentar la crisis climática y ambiental, y fortalecer el derecho a la salud en Colombia. A modo de conclusión

Sin bien las condiciones de salud y vida son resultado del proceso de globalización, es en la localidad, en lo micro, donde estas se manifiestan y donde realmente debe llegar toda la sociedad para enfrentarlas. En palabras del profesor Edmundo Granda, para hablar de la globalización es mejor hacerlo desde lo local, lo global,³³ pues es allí donde mejor se expresan las identidades, las historias compartidas, las necesidades de un grupo determinado de personas, es el lugar de materialización de la globalización, pues es en esa comprensión de

33 Edmundo Granda Ugalde, *La salud y la vida*, Vol. 1 (Quito: Organización Panamericana de la Salud, 2009).

la parte, de lo micro, de lo territorial, donde se puede comprender el todo, y viceversa.

Y es en este contexto donde se reafirma nuevamente que son precisamente las condiciones de vida, el desarrollo acelerado del capitalismo, el crecimiento de las ciudades, de la población, de la contaminación ambiental, lo que está detrás de la crisis ambiental y climática, y de las condiciones de salud, enfermedad y vida de las personas y demás seres vivos. Lo que una vez Karl Marx y Friedrich Engels habían identificado en la Inglaterra decimonónica: que las personas más pobres, peor alimentadas, con peores condiciones de salud ambiental, de vida, tenían más carga de enfermedad y propensión a la muerte que el resto de la población.³⁴

En este sentido, la corriente latinoamericana de la medicina social y salud colectiva, representada por el profesor Edmundo Granda y por otros, hace un llamado para dar un viraje en la concepción de la salud desde tres aspectos: la *mirada*, la *interpretación* y la *acción*.³⁵

Con respecto a la *mirada* se plantea que la salud pública clásica “miró a la población como objeto a ser intervenido por parte de la norma y ciencia positivista, mientras que ahora requerimos mirar cómo los sujetos individuales y colectivos producen su salud en el diario vivir”.³⁶ Para ello es necesario acercarse a las personas, a las comunidades, conocer su cosmogonía, su espiritualidad, su forma de entender los procesos naturales, porque de ello dependerán las acciones propuestas. Sin este conocimiento es inocuo intentar cualquier acción. Son las personas, los habitantes de los territorios los llamados a pensarse a sí mismos, a pensar sus territorios, sus necesidades y potencialidades, y los retos actuales del cambio climático y las acciones de adaptación. Así y solo así se puede generar el cambio de conciencia que se necesita para enfrentar los retos del mundo contemporáneo, en especial los relativos a la crisis climática y ambiental.

34 Andrés Piqueras, María Tijoux y Antonio Elizalde, “Capitalismo tardío y sujetos transformadores”, *Polis*, no. 24 (2009): 1-7.

35 Edmundo Granda Ugalde, “Salud: globalización de la vida y solidaridad”, en *La salud y la vida*, Vol. 1 (Quito: Organización Panamericana de la Salud, 2009), 130-51.

36 Granda Ugalde, *La salud y la vida*, 147.

Con relación a la *interpretación* se plantea que es “fundamental que comprendamos los lenguajes de la vida natural y en este campo tanto la ecología como la biología han avanzado notoriamente en la comprensión de la vida como autopoiesis, relación en redes autodependientes, sistemas complejos, etc., avances que en alguna medida van integrándose a la medicina social y que nos brindarán nuevos elementos para una mejor comprensión del complejo mundo de la vida”.³⁷ En este contexto, el conocimiento de la naturaleza, de sus ciclos, de sus intermitencias, de sus desafíos para garantizar condiciones de vida y salud no solo a los seres humanos, sino a todas las especies vivas del planeta es una condición necesaria para detener la destrucción del planeta, de los recursos naturales, para impactar el cambio climático y adaptarse a las contingencias del presente.

Como tercer y último elemento se propone una transformación para la *acción*: “En este momento de globalismo es fundamental, entonces, para la medicina social impulsar la lucha por la salud sustentada en sólidos principios éticos, que deben estar dirigidos a defender la salud poblacional, la dinámica ecológica, las diversidades sustentadas por las distintas identidades y sus instituciones”.³⁸ Hay un llamado de atención sobre las condiciones necesarias para la acción. Contrario a una salud teórica, esquematizada e idealizada matemáticamente, se propone una salud cercana a las personas, a los sujetos de carne y hueso que viven en el territorio. A partir de estos encuentros construir nuevos métodos de conocimiento de la realidad social y ecológica, y emprender acciones para su transformación. Echar mano de los saberes acumulados de las personas y de los colectivos, así como de la ciencia y de la técnica que conversan con las personas y en armonía con la naturaleza. La ecología como punta de lanza para la acción con sentido.

Bibliografía

Alcántara Moreno, Gustavo. “La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad”. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, Vol. 9, no. 1 (2008): 93-107.

³⁷ Almeida citado en Granda Ugalde, “Salud: globalización de la vida”, 147.

³⁸ Granda Ugalde, *La salud y la vida*.

- Breilh Paz y Miño, Jaime. “Epidemiología crítica latinoamericana: raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica”. En *Tras las huellas de la determinación social. Memorias del seminario interuniversitario de determinación social*. Editado por Carolina Morales y Juan Carlos Eslava, 17-100. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá, 2015.
- Buck, Carol. *Después de Lalonde: hacia la generación de salud*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1984.
- Carvajal Bañados, Yuri. “Historiografía de la salud pública. Una mirada local”. *Cuadernos Médicos Sociales Chile*, Vol. 49, no. 3 (2009): 193-200.
- _____. “Indeterminaciones en los ‘Determinantes Sociales de la Salud’”. *Cuadernos Médicos Sociales Chile*, Vol. 52, no. 3 (2012): 164-71.
- Castells, Manuel. *La era de la información. Economía, sociedad y cultura*. Vol. 1. Oxford: Blackwell, 1996.
- Colombia. Congreso de la República. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.
- _____. Ley 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.
- Colombia. Corte Constitucional, Sala Segunda de Revisión. Sentencia T-760 del 31 de julio de 2008. M. P.: Manuel José Cepeda Espinosa.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL. *Matriz de la desigualdad social en América Latina. I reunión de la mesa directiva de la conferencia regional sobre Desarrollo Social*. Santo Domingo: ONU, 2016.
- Congreso de la República de Colombia. “Constitución Política 1991”. *Gaceta Constitucional*, no. 114 (1991): 1-83. <https://bibliotecadigital.ccb.org.co/bitstream/handle/11520/24627/CONSTITUCION%20POLITICA%201991.pdf?sequence=1>
- Chiquiza Nonsoque, Johan. “El gasto en salud de Colombia es 7,2 % del PIB, según informa de la Oede”. *La República*, 6 de julio de 2019. <https://www.larepublica.co/globoeconomia/el-gasto-en-salud-de-colombia-es-72-del-pib-€-informe-de-la-ocde-2881922>
- Espinosa Sánchez, Manuel. “Cambio Climático: las contradicciones del capitalismo contemporáneo en la producción de maíz en México”. *Polis*, Vol. 14, no. 40 (2015): 351-76.
- Fernández Carril, Luis. “La intratabilidad ideológica en la política internacional del cambio climático”. *Andamios*, Vol. 12, no. 29 (2015): 49-71.
- Franco, Saúl. “El proceso vital humano. Proceso salud/enfermedad: una nueva perspectiva”. Ponencia presentada en el Seminario Marco Conceptual para la Formación de Profesionales de la Salud, Universidad Nacional, 1993.

- Granda Ugalde, Edmundo. “El saber en salud pública en un ámbito de pérdida de antropocentrismo y ante una visión de equilibrio ecológico”. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, Vol. 26 (2008): 65-90.
- _____. *La salud y la vida*. Vol. 1. Quito: Organización Panamericana de la Salud, 2009.
- _____. “Salud: globalización de la vida y solidaridad”. En *La salud y la vida*, Vol. 1, 130-51. Quito: Organización Panamericana de la Salud, 2009.
- Hobsbawm, Eric. *Historia del siglo XX*. Buenos Aires: Crítica, 1999.
- Intergovernmental Panel on Climate Change, IPCC. “Summary for Policymakers”. In *Climate Change 2014: Impacts, Adaptation, and Vulnerability. Part A: Global and Sectoral Aspects. Contribution of Working Group II to the Fifth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change*. Edited by C. B. Field et al., 1-32. Cambridge, New York: Cambridge University Press, 2014.
- Lalonde, Marc. “El concepto de salud: una perspectiva canadiense”. En *Promoción de la salud: una antología*, 3-5. Washington: OPS, 1996.
- Mackenbach, Johan. “Respuesta a pega, Kawachi, Rasanathan y Lundberg”. *SocSciMed*, Vol. 93 (2013): 180.
- Malagón Pinzón, Miguel. “La regeneración, la Constitución de 1886 y el papel de la iglesia católica”. *Civilizar: Ciencias Sociales y Humanas*, Vol. 6, no. 11 (2006): 63-75. <https://doi.org/10.22518/16578953.764>
- Meierriessks, Daniel. “Weather Shocks, Climate Change and Human Health”. *WZB Berlin Social Science Center*, Vol. 138 (2021). <https://doi.org/10.1016/j.worl-ddev.2020.105228>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. *Plan Decenal de Salud Pública de Colombia 2012-2021*. Bogotá: Minsalud, 2012.
- Organización de las Naciones Unidas. “La salud humana y la adaptación: entender los efectos del clima en la salud y las oportunidades de acción”. Órgano Subsidiario de Asesoramiento Científico y Tecnológico, 46 Periodo de sesiones, Bonn, 2017.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. *Carta de Ottawa de Promoción de la Salud. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Hacia un nuevo concepto de Salud Pública*. Ottawa: OMS, 1986.
- _____. *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final*. Buenos Aires: ONU, 2009.
- _____. *Informe de la comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. 62.ª Asamblea Mundial de la Salud*. Ginebra: ONU, 2009.
- _____. *Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud. 62.ª asamblea Mundial de la Salud*. Ginebra: ONU, 2009.

- Piqueras, Andrés, María Tijoux y Antonio Elizalde. "Capitalismo tardío y sujetos transformadores". *Polis*, no. 24 (2009): 1-7.
- Quevedo, Emilio. "El Proceso de Salud Enfermedad: Hacia una clínica y una epidemiología no positivistas". 1990.
- Sen, Amartya. "¿Por qué la equidad en salud?". *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 11, nos. 5-6 (2002): 302-9.
- Stahnisch, Frank and Marja Verhoef. "The Flexner Report of 1910 and its Impact on Complementary and Alternative Medicine and Psychiatry in North America in the 20th Century". *Evid Based Complement Alternat Med* (2012): 647896.
- Wallace-Wells, David. *El planeta inhóspito. La vida después del calentamiento*. Bogotá: Penguin Random House Grupo Editorial, 2019.

8. La salud, la equidad y los determinantes sociales: una mirada a 30 años de la Constitución Política nacional

Gabriel Jaime Otálvaro Castro¹

Luz Adriana Muñoz Duque²

Steven Orozco Arcila³

8.1. Introducción

La Constitución Política de Colombia de 1991 supuso una transformación importante del marco institucional del país al afirmarse como un Estado social de derecho. A la par del proceso constituyente, en la misma década tuvo lugar una reforma estructural del Estado que incorporó el ideario neoliberal en la orientación de la economía, en la que se propugnó por la reorientación y reducción del

- ¹ *Grupo de Investigación Gestión y Políticas de Salud, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia UdeA, Calle 70 No. 52-21, Medellín, Colombia, profesor, correo: jaimе.otalvaro@udea.edu.co*
- ² *Grupo de Investigación Salud Ambiental, Facultad Nacional de Salud Pública, Grupo de Investigación Psicología, Sociedad y Subjetividades, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Universidad de Antioquia UdeA, Calle 70 No. 52-21, Medellín, Colombia, profesora, correo: luzа.munoz@udea.edu.co*
- ³ *Grupo de Investigación Gestión y Políticas de Salud, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia UdeA, Calle 70 No. 52-21, Medellín, Colombia, profesor, correo: steven.orozcoa@udea.edu.co*

papel del Estado, lo que ocurrió a la par de un proceso de apertura democrática que impulsó la nueva Constitución. También, en el mismo periodo, se realizó la reforma del sistema de salud en Colombia, en 1993, que abrió una compuerta a la participación de particulares en la gestión de los servicios de salud y la administración del aseguramiento, bajo la dirección y regulación del Estado. Quince años después, al finalizar la primera década del siglo XXI, se dieron las condiciones sociales y políticas para reconocer la salud como un derecho fundamental autónomo, lo que se consolidó, en el ordenamiento jurídico formal, con la promulgación de la Ley Estatutaria de la Salud en 2015;⁴ no obstante, la experiencia ciudadana del día a día, la realidad de los servicios sanitarios y de los trabajadores de la salud, y las acentuadas desigualdades en salud, exponen con tozudez la distancia entre el discurso formal y unas vivencias cotidianas que lo desdican. En perspectiva histórica, la gestión de la salud y el desarrollo del sistema sanitario se realizan en el marco de procesos históricos de evidentes contradicciones.

La evidencia acumulada en el campo de la salud pública permite afirmar sin ambages que la salud, la enfermedad, la discapacidad y la mortalidad tienen una relación directa con los recursos de poder y la posición social de las personas.⁵ Por tanto, la mala distribución de la salud en una sociedad es provocada por una repartición desigual del poder, los ingresos, los bienes, servicios y condiciones de vida poblacionales. Las deficiencias y disparidades en las condiciones de vida son consecuencia de políticas y programas sociales insuficientes, acuerdos económicos injustos y una mala gestión política.⁶

4 Colombia, Congreso de la República, Ley 1751 de 2015, Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones, <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=60733>

5 Peter Townsend and Nick Davidson, *Inequalities in Health. The Black Report* (New York: Penguin Books, 1982); Carme Borrell y Davide Malmusi, “La investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud: evidencias para la salud en todas las políticas. Informe SESPAS 2010”, *Gaceta Sanitaria*, Vol. 24 (2010): 101-8, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911110001512>; Jaime Breilh, *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad* (Buenos Aires: Lugar Editorial, 2003); Organización Mundial de la Salud, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud* (Buenos Aires: Ediciones Journal S. A., 2009), http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf

6 oms, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, *Subsanar las desigualdades*.

Garantizar la salud como un derecho fundamental y autónomo, portador de una doble naturaleza, individual y colectiva, demanda el desarrollo de un complejo arreglo institucional capaz de proveer el cuidado de la salud con criterios de universalidad, oportunidad, integralidad y equidad, enmarcados en procesos de participación ciudadana en la toma de decisiones y en la implementación articulada de políticas públicas que, desde diferentes sectores, sean capaces de producir un entramado de procesos sociales protectores y posibilitadores de la vida y de la salud. La garantía del derecho a la salud va más allá de la atención médica u hospitalaria como una aislada acción del sector salud, por lo tanto, exige una mirada que reconozca y actúe sobre su dimensión social y colectiva, lo que nos lleva a pensar la salud en clave de sus procesos sociales determinantes y desde una perspectiva de equidad. Esto adquiere mayor relevancia al situar la reflexión en uno de los países más desiguales de la región más inequitativa del mundo. Es a este desafío que se quiere aportar al analizar la evolución del abordaje de los determinantes sociales de la salud y de la equidad sanitaria a 30 años del proceso constituyente en Colombia, bajo la premisa de que la construcción de una sociedad saludable y en paz exige avanzar en la materialización de acuerdos sociales que viabilicen una acción política capaz de transformar el entramado de inequidad en que vivimos.

Cabe señalar que, en el marco de este escrito, nos referimos al proceso de salud en un sentido amplio, comprendiendo que se trata de un proceso socio-histórico, multidimensional, en continuo movimiento, que alude a las condiciones de posibilidad de la vida e involucra no solo su relación dialéctica con la enfermedad, la discapacidad y la muerte, sino también la respuesta social en torno a la salud y el cuidado.

8.2. La salud como proceso social. Algunas aproximaciones conceptuales

Varios han sido los planteamientos que conciben el proceso de salud como un proceso social. Ya a finales del siglo XVIII, Johann Peter Frank, considerado pionero de la medicina social moderna, quien se interesó en el estudio de la influencia del entorno social sobre los individuos, formulaba exhortaciones a favor de reformas socioeconómicas, más que sanitarias, en función del

mejoramiento de la salud poblacional. Para él, era necesaria la promoción de la higiene, pero esto era insuficiente si no se contaba, entre otros, con más y mejor personal médico y con adecuados sistemas de acueducto y alcantarillado. En este sentido, la solución de problemas de salud dependía no solo de los individuos, sino también del poder estatal.⁷ En la primera mitad del siglo XIX, sanitaristas europeos como Rudolf Virchow, Louis Villermé o Salomon Neumann planteaban la relación estrecha que tienen las condiciones materiales de la vida y los perfiles de morbimortalidad poblacional. Virchow, por su parte, además de este planteamiento, defendía la necesidad de intervención estatal para el mejoramiento de las condiciones de salud de la población trabajadora, así como la comprensión de la medicina como una ciencia social y de la política como “medicina a gran escala”.⁸

Se trata de planteamientos precursores de los desarrollados desde diversas tradiciones de pensamiento, cuyo aspecto en común es el reconocimiento de la dimensión social en el curso del proceso de salud, los cuales, con diferentes matices, coinciden en la manera de concebir la importancia de dicha dimensión social, tanto como su papel en la determinación de las condiciones, interpretaciones y respuestas en salud.⁹ Así, lo que acerca estas perspectivas es la toma de distancia respecto de una comprensión de la salud como un problema exclusivamente biológico, del ámbito de lo privado e individual, centrado en los estilos de vida, factores de riesgo y la prestación de servicios asistenciales. Estos debates continúan vigentes y se renuevan en el presente, por ejemplo, con los planteamientos de la postura de los determinantes sociales de la salud

7 Henry Sigerist, “Johann Peter Frank: un pionero de la Medicina Social”, *Salud Colectiva*, Vol. 2, no. 3 (2006): 269-79, <https://doi.org/10.18294/sc.2006.72>

8 Álvaro Cardona y Álvaro Franco, “La salud pública como disciplina científica: fundamento para los programas de formación académica”, *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, Vol. 23, no. 2 (2006): 107-14, <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/511>; Howard Waitzkin, *Medicina y salud pública al final del imperio*, 1.ª ed. (Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2013).

9 Olivia López-Arellano y José Blanco-Gil, “Modelos sociomédicos en salud pública: coincidencias y desencuentros”, *Salud Pública de México*, Vol. 36, no. 4 (1994): 374-84, <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5768>

(DSS) de la OMS,¹⁰ o el que aboga por pensar la determinación social de la salud desde la epidemiología crítica y la medicina social latinoamericana.¹¹

Siguiendo algunas consideraciones, hablamos entonces de un vínculo salud-sociedad que adquiere modalidades diversas en los ámbitos de lo privado y de lo público, expresado en una etiología social de la enfermedad, asunto que remite a la salud como más que adaptación y equilibrio organismo-medio, dada la pregunta por aquello que ocurre cuando es el propio medio el que condiciona una distribución social desigual de la enfermedad.¹² Perspectivas como la médico-social latinoamericana han enfatizado en el carácter histórico del proceso de salud. Consecuentemente, el análisis se ha centrado en las relaciones sociales de producción, las cuales generan distribuciones desiguales de los perfiles patológicos poblacionales. En este sentido, la salud está vinculada con la sociedad en la que se presenta, asumiendo formas históricas específicas, en lo cual reside su carácter social.¹³ En otros términos, la consideración que subyace a estos planteamientos podría formularse al modo de un interrogante: si la salud se deriva de procesos sociales, ¿cómo las diferencias en estos se reflejan en formas también diferenciadas del proceso de salud, sobre la base de que peores condiciones sociales producen condiciones de salud más precarias?

- 10 Organización Mundial de la Salud, OMS, *Cerrando la brecha: la política de acción sobre los Determinantes Sociales de la Salud* (Río de Janeiro: OMS, 2011), https://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper-SP.pdf
- 11 Jaime Breilh, “Una perspectiva emancipadora de la investigación y acción, basada en la determinación social de la salud”, en *Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud: documento para la discusión*, 1.ª ed. (Ciudad de México: Asociación Latinoamericana de Medicina Social, 2008), 155, <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3413/1/Breilh,%20J-CON-119-Una%20perspectiva%20em.pdf>; Jaime Breilh, “Las tres ‘S’ de la determinación de la vida y el triángulo de la política”, en *Determinação social da saúde e reforma sanitária*, ed. Roberto Passos Nogueira (Río de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES, 2010), 87-125, <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3412/1/Breilh,%20J-CON-117-Las%20tres%20S.pdf>
- 12 Sandra Caponi, “Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud”, *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Vol. IV, no. 2 (1997): 287-307, https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59701997000200006&script=sci_arttext&tlng=es
- 13 Asa Cristina Laurell, “La salud-enfermedad como proceso social”, *Cuadernos Médico Sociales*, no. 19 (1982): 1-11.

Nos adentramos, así, en una reflexión sobre la inequidad, en la medida en que los patrones poblacionales de buena y mala salud se constituyen en la expresión de las distribuciones desiguales de privación y privilegio.¹⁴ Al respecto, vale decir que, para pensar los procesos sociales que influyen en la salud, la postura de los DSS ha sido la más ampliamente reconocida a nivel internacional y a la cual se han adherido países como Colombia a partir del informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS. La inequidad, desde esta perspectiva, es entendida como aquellas “diferencias injustas y evitables o remediables en resultados en salud entre diferentes grupos de población”,¹⁵ las cuales son el resultado de condiciones sociales adversas y del fracaso de políticas públicas en salud y en otros ámbitos, lo que expresa la necesidad de un trabajo intersectorial para su abordaje. En este sentido, se alude tanto a aspectos sociales que promueven o deterioran la salud, como a los procesos que subyacen a su distribución inequitativa. La equidad en salud, en este marco, supone que los distintos grupos poblacionales cuenten con igualdad de oportunidades en salud para que, consecuentemente, se eliminen las diferencias sistemáticas en su estado de salud.¹⁶

Las desigualdades sociales expresan empíricamente la apropiación y concentración de poder que unos grupos realizan en el seno de relaciones sociales y condiciones históricas particulares de la sociedad, en función de su condición de clase, etnocultural y de género; por lo tanto, la desigualdad es una expresión típica y grupal de la inequidad social, una desventaja injusta estructural.¹⁷ La desigualdad de propiedad o de control de los recursos económicos implica la apropiación de los beneficios de la riqueza socialmente producida en pocas

14 Nancy Krieger, “Teorías para la epidemiología social en el siglo XXI: una perspectiva social”, *International Journal of Epidemiology*, Vol. 30 (2001): 668-77.

15 OMS, *Cerrando la brecha*, vii.

16 Luz Stella Álvarez Castaño, “Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo”, *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Vol. 8, no. 17 (2009): 69-79, <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2657>; OMS, *Cerrando la brecha*.

17 Jaime Breilh, “La inequidad y la perspectiva de los sin poder: construcción de lo social y del género”, en *Cuerpo, diferencias y desigualdades*, 1.ª ed., comps. Mara Viveros y Gloria Garay (Bogotá: Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia, 1999), 130-41, <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3555/1/Breilh,%20J-CON-190-La%20inequidad.pdf>; Breilh, “Una perspectiva emancipadora”.

manos privilegiadas.¹⁸ Por lo tanto, la inequidad no se refiere a la injusticia en la distribución y acceso a bienes, recursos y oportunidades, sino que alude al modo de organización de una sociedad que determina aquella distribución desigual.¹⁹ Como categoría analítica, la inequidad da cuenta del proceso generador del problema, mientras las desigualdades son consecuencia de lo anterior.

8.3. El abordaje de la dimensión social de la salud en el ordenamiento jurídico colombiano

Los desarrollos teóricos interdisciplinarios sobre los procesos sociales determinantes de la salud se han visto reflejados también en el desarrollo normativo internacional. Esto, principalmente, a través de instrumentos y declaraciones lideradas por organismos como la OMS, que han convocado a los Estados a trabajar con un enfoque intersectorial sobre los DSS para alcanzar la equidad sanitaria.²⁰ En apariencia, Colombia ha sido receptiva frente a estas propuestas, por ejemplo, mediante su participación anual en la Asamblea Mundial de la Salud (máximo órgano decisorio de la OMS), o en la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud realizada en Brasil, en 2011, escenarios desde los cuales se han proyectado diferentes resoluciones dirigidas a los Estados miembros.²¹ De otra parte, es importante anotar que Colombia suscribió, desde 1976, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), en el que los Estados parte reconocen como derechos humanos la salud, la educación, el trabajo, la seguridad social, la alimentación, la vivienda y el saneamiento, derechos que, a su vez, son considerados DSS. Ahora bien, en congruencia con estos dos hechos, podría ser señalado un tercer elemento en la vía del reconocimiento y abordaje del carácter social de

18 Göran Therborn, *Los campos de exterminio de la desigualdad*, 1.ª ed. (Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2015).

19 Breilh, “La inequidad y la perspectiva”.

20 “Resolución CD53.R2. Plan de acción sobre la salud en todas las políticas”, Organización Panamericana de la Salud, OPS, y Organización Mundial de la Salud, OMS, PAHO, Washington, 2014, <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-R2-s.pdf>; OMS, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, *Subsanar las desigualdades*.

21 “Resultados de la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud”, Organización Mundial de la Salud, WHO, 21 de enero de 2012, https://www.who.int/sdhconference/background/news/B130_R11-sp.pdf?ua=1

la enfermedad por parte del Estado colombiano: su autorreconocimiento, a partir de la Constitución Política de 1991, como un Estado social de derecho, es decir, uno que, junto con los derechos civiles y políticos, reconoce y protege los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC).²²

Sin embargo, pese a lo anterior, lo cierto es que la adopción y operación de un enfoque de DSS-intersectorialidad-equidad sanitaria no ha tenido avances significativos en el país. Los motivos son de índole diversa, aquí se analizan solo algunos en el plano normativo. Las primeras dificultades se remontan a la Constitución de 1991. En primer lugar, debe señalarse que, en esta, los DESC no ocupan el lugar de derechos fundamentales, situación que ha servido para que el Estado no se haya comprometido con su garantía y defensa plenas. En segundo lugar, y en parte como consecuencia de lo anterior, la salud es considerada no un derecho, sino un servicio público a cargo del Estado, claramente delimitado como “atención en salud”, lo que de entrada limita una concepción-acción sobre la salud en tanto proceso social. Tercero, en cuanto a un enfoque intersectorial de la salud requerido también frente a una concepción social de la salud, la Constitución se limita tan solo a esbozar la necesidad de coordinación y concurrencia entre los diferentes niveles territoriales (artículos 288 y 298), mas no entre sectores estatales, y entre estos y otros sectores sociales.

De lo planteado anteriormente, se puede resumir que, si bien la nueva Constitución de 1991 ayudó al reconocimiento de algunas funciones sociales del Estado (artículo 366), así como de los DESC, se quedó corta a la hora de asegurar la garantía de los últimos y, en el caso de la salud, no posibilitó la opción para lecturas amplias de esta y, por tanto, nuevos esquemas de acción estatal y social. Posteriormente, la Ley 100 de 1993 dio continuidad a la concepción de la salud como servicio público, ligado principalmente al acceso a los servicios, y, aunque en 2008 la Corte Constitucional en su revisión de antecedentes para la promulgación de la Sentencia T-760 consideró que Colombia, dados los pactos internacionales suscritos, tenía la obligación de reconocer a

22 Luis Villar, “Estado de derecho y Estado social de derecho”, *Revista Derecho del Estado*, no. 20 (2007): 73-96, <https://revistas.uexternado.edu.co/index.php/derest/article/view/705>

la salud como un derecho fundamental y autónomo frente a otros derechos, mantuvo una concepción de tal derecho centrada en el acceso a los servicios de salud y subestimó el reconocimiento de los DSS.

En el año 2011, con la promulgación de la Ley 1438, se introdujo la segunda reforma al sistema de salud desde su creación en 1993 (la primera se dio en 2007 con la Ley 1122). En el artículo 6 de esta ley se plantea la necesidad de formular e implementar un Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), y en los artículos 7 y 12 se vinculan la acción intersectorial y la Atención Primaria en Salud (APS), considerando a esta última como la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación del paciente desde todos los niveles de complejidad, visión de intersectorialidad esencialmente centrada en el plano asistencial.

En 2012 fue expedido el PDSP 2012-2021, el cual se planteó como una apuesta política por la equidad en salud.²³ En tal sentido, reconoce que las desigualdades en salud tienen origen en los DSS, los cuales son las condiciones en las que nacen, viven, envejecen y mueren las personas. Con base en lo anterior, se propone la actuación articulada entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios para crear condiciones que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia. La implementación del PDSP se planteó como responsabilidad de los entes territoriales, especialmente de los municipios y distritos. Su alcance está condicionado por la capacidad técnica, financiera y operativa de estos, por lo que las inversiones, enfoques, estrategias y coberturas son altamente heterogéneas a lo largo del país. Como complemento, con el Decreto 859 de 2014 se propuso la creación de la Comisión Intersectorial de Salud Pública, instancia a la que quedaron adscritos diferentes ministerios y departamentos administrativos, con el propósito, entre otros, de definir lineamientos para la intervención de los DSS. Finalmente, la Ley Estatutaria 1751 de 2015, en su artículo 8, plantea que es deber del Estado la adopción de políticas para la reducción de las desigualdades a través de la acción sobre los DSS.

²³ Ministerio de Salud y Protección Social, *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. La salud en Colombia la construyes tú* (Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia, 2013).

Revisados los elementos técnicos y normativos anteriores, se puede concluir entonces que, más allá de la incorporación de ciertos conceptos que vienen siendo reconocidos en el plano internacional, no se desarrollan en estos estrategias o lineamientos tendientes, por ejemplo, a concretar la articulación intersectorial y comunitaria a diferente nivel, o al monitoreo de resultados de políticas relacionadas. Como se ha señalado, desafortunadamente esta débil apuesta técnica y normativa se traduce también, en el plano empírico, en avances casi nulos respecto a la afectación de DSS, y, por lo tanto, en el logro de una mayor equidad sanitaria en el país. Para ilustrar esta situación, a continuación, se analizan algunos indicadores que dan cuenta de la brecha urbano-rural existente en el país en términos de tres asuntos: las condiciones de vida, el acceso a los servicios y respuesta social, y la situación de salud. Estas brechas son asuntos de vieja data y, contrario a lo que se piensa, se han mantenido y acentuado ahora con motivo de la pandemia por la Covid-19.

8.4. Inequidad social y derecho a la salud en Colombia: una aproximación empírica en torno a las desigualdades urbano-rurales

Colombia se encuentra entre los países con mayor desigualdad en Latinoamérica,²⁴ la región más inequitativa del planeta, característica histórica estructural, mantenida y reproducida incluso en períodos de crecimiento económico. Entre las causas de la desigualdad en América Latina se encuentran procesos como el acaparamiento de recursos por apropiación violenta, de la mano de obra y de tierras para la expansión de los agronegocios, con despojos a pueblos originarios y campesinos, acaparamiento que incluye acumulación de conocimientos y saberes.²⁵

24 Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL, *La matriz de la desigualdad social en América Latina* (Santiago de Chile: CEPAL, 2016), <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/40668>; Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Urbanos, ONU-Hábitat, y Banco de Desarrollo de América Latina, CAF, *Construcción de ciudades más equitativas: políticas públicas para la inclusión en América Latina* (Bogotá: ONU-Hábitat, 2014), <http://scioteca.caf.com/handle/123456789/489>

25 Elizabeth Jelin, "Desigualdades de clase, género y etnicidad / raza: realidades históricas, aproximaciones analíticas", *Revista Ensamble*, no. 1 (2014): 11-36, <http://www.revistaensambles.com.ar/ojs-2.4.1/index.php/ensambles/article/view/27>

Aunque los países de la región comparten rasgos y causas de desigualdad, en algunos aspectos estos son más acentuados en el caso colombiano, tales como las desigualdades urbano-rurales y urbanas entre grupos sociales. El origen de las primeras está en las propias leyes y prácticas con las que se constituyó la república²⁶ y en la ausencia de reformas políticas a la tenencia y distribución de la tierra, que a su vez son causa del conflicto político armado que se vive desde el siglo xx. En cuanto a las segundas, los principales aspectos que las explican, y por los cuales se reproducen, están relacionados con las políticas laborales, educativas, tributarias, de planeación y ordenamiento urbano, en contextos específicos de conflicto urbano violento, generadoras de estructuras diferenciadas de oportunidades, que juegan a favor de los grupos sociales más aventajados. Las políticas sociales vigentes son insuficientes para incidir sobre esta dinámica de reproducción social de la inequidad. A pesar de la disminución importante de la pobreza durante el siglo xxi, las desigualdades se han mantenido en altos niveles.

Respecto a la tenencia y distribución de la tierra en Colombia, que además de constituir una causa profunda de las desigualdades sociales es causa principal del conflicto armado vivido desde la segunda mitad del siglo xx, el país tiene la peor y más desigual distribución de tierras en América Latina, y también están en manos de unos pocos terratenientes; el índice de Gini de acuerdo con los datos oficiales es de 0,89.²⁷ Además, durante seis décadas de conflicto político armado fueron despojadas diez millones de hectáreas, que son comparables a la totalidad de superficie que se dedica a la agricultura en el país. Durante este periodo se aumentó la concentración de la tierra, así, las Unidades Productivas Agropecuarias (UPA) de menor tamaño, las mayores de 500 hectáreas, que representan menos del 0,5 % del total nacional, ahora son más grandes en tamaño y ocupan más superficie en el territorio; mientras en 1970 ocupaban el 29 % del área censada, en 2014 representaron el 68 % de esta. En sentido contrario, los minifundios de menos de cinco hectáreas que en 1970 representaban el 64 % del total de las UPA y ocupaban el 5 % del área

²⁶ Jorge Orlando Melo, *Historia mínima de Colombia*, 1.ª ed. (Bogotá: Editorial Turner, 2017).

²⁷ Instituto Geográfico Agustín Codazzi, IGAC, *Atlas de la distribución de la propiedad rural en Colombia* (Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia, 2012).

censada, en 2014 representaron el 70,5 % del total de las UPA y representaban solo el 2,7 % de la tierra productiva del país. De esta forma, en Colombia el 1 % de las explotaciones de mayor tamaño concentran más del 80 % de la tierra, mientras que el 99 % restante se reparte menos del 20 % de la tierra productiva.²⁸

De acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE),²⁹ Colombia ha realizado en los últimos años importantes avances económicos y sociales; no obstante, la desigualdad de ingresos aún es muy marcada. Durante la última década del siglo xx y la primera del siglo XXI, el PIB per cápita se incrementó en promedio 1,4 % anual; a la par, durante este período se implementó una política de reducción de pobreza con la cual se redujo en un tercio la incidencia de pobres urbanos y más de la mitad de la población que vivía en tugurios;³⁰ sin embargo, fue la nación de la región que más incrementó la desigualdad en el ingreso en sus zonas urbanas, pasando de un Gini de 0,48 en 1991 a 0,55 en 2010 (incremento del 14,5 %). Registró además la mayor polarización de los ingresos entre habitantes urbanos ricos y pobres, pues la relación entre el decil más rico y el más pobre sufrió un incremento de 24 veces en 1991 a 47 en 2010.³¹

Varios indicadores muestran la persistencia de la brecha urbano-rural en Colombia en cuanto a condiciones de vida. En primer lugar, se encuentran la pobreza multidimensional y la monetaria, las cuales históricamente han sido marcadamente mayores en zonas rurales que en urbanas. Por ejemplo, para el año 2014 se encontró que el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) para cabeceras municipales era de 18,8 % en grandes ciudades y se elevaba hasta 59,1 % en los territorios rurales dispersos; similar a lo ocurrido con la pobreza

28 “Radiografía de la desigualdad. Lo que nos dice el último censo agropecuario sobre la distribución de la tierra en Colombia”, Arantxa Guereña, Oxfam, 4 de julio de 2017, <https://www.oxfam.org/es/informes/radiografia-de-la-desigualdad>

29 Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, OCDE, y Mintrabajo, *Estudios de la OCDE sobre el Mercado Laboral y las Políticas Sociales: Colombia 2016. Resumen ejecutivo, evaluación y recomendaciones* (Bogotá: Mintrabajo, 2016), <https://www.oecd.org/fr/els/emp/OECD-Reviews-of-Labour-Market-and-Social-Policies-Colombia-AR-Spanish.pdf>

30 ONU-Hábitat y CAF, *Construcción de ciudades*.

31 ONU-Hábitat y CAF, *Construcción de ciudades*.

monetaria, la cual, para cabeceras municipales era del 20,9 % en grandes ciudades y aglomeraciones y de un 51,5 % en zonas rurales dispersas.³²

De otra parte, aunque algunos datos de 2014 señalaban que la tasa de desempleo urbano era mayor que la rural (9,99 % vs. 5,68 %),³³ por su parte, la seguridad social es prácticamente inexistente en el campo colombiano, de tal suerte que mientras que la proporción de ocupados que realiza aportes a pensiones a nivel urbano es del 43,5 %, en zonas rurales es del 14,6 %. Y respecto a quienes reciben pensión, mientras el 29 % de la población urbana en edad de jubilación tiene acceso a una pensión contributiva, en zonas rurales solo accede a esta el 8 %.³⁴

En cuanto al acceso a servicios públicos, para el año 2019, se encontraba un promedio nacional de acceso a energía eléctrica de 99,8 % en cabeceras municipales, frente a 92,5 % en centros poblados y territorios rurales dispersos. Sin embargo, las diferencias más acentuadas se dan en el acceso al gas natural (80,6 % vs. 12,3 %), acueducto (97,2 % vs. 54 %), alcantarillado (92,8 % vs. 14,8 %) y recolección de basuras (98,5 % vs. 27,7 %). De otro lado, se siguen encontrando niveles de educación más bajos en zonas rurales para todos los grupos etarios. Por ejemplo, para el grupo de 15 a 24 años, el promedio de años de estudio en cabeceras municipales es de 10,6 años, mientras que en centros poblados y territorios rurales dispersos es de 8,5 años, diferencias que se acentúan en edades más altas.³⁵

Ahora bien, en cuanto al acceso a los servicios de salud y la respuesta social en salud, para septiembre de 2020, en el país había una cobertura del sistema

32 Departamento Nacional de Planeación, DNP, *El campo colombiano: un camino hacia el bienestar y la paz. Misión para la transformación del campo* (Bogotá: Nuevas Ediciones, 2015), <https://www.dnp.gov.co/programas/agricultura/Paginas/Informe-misi%C3%B3n-Final.aspx>

33 Observatorio Nacional de Salud, Instituto Nacional de Salud y Minsalud, *Informe Técnico, Sexta Edición. Desigualdades Sociales en Salud en Colombia. Informe Nacional* (Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia, 2015), <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/6.%20Desigualdades%20sociales.pdf>

34 Consejo Privado de Competitividad, *Informe nacional de competitividad 2020-2021*, 14.ª ed. (Bogotá: Zetta Comunicadores, 2020), https://compite.com.co/wp-content/uploads/2020/11/web-CPC_INC_2020_2021_LIBRO_DIGITAL_PAGINAS.pdf

35 "Boletín Técnico. Encuesta Nacional de Calidad de Vida", Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE, Bogotá, 14 de julio de 2020, https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/2019/Boletin_Tecnico_ECV_2019.pdf

de salud del 97 % de la población colombiana, dato que permite hablar de una cobertura casi universal en términos de aseguramiento. Sin embargo, hablar del acceso efectivo a los servicios de salud implica otro panorama. En 2019, solo una de cada cuatro personas recibieron o solicitaron atención en salud, dadas las barreras de acceso presentes. Igualmente, persiste una importante precariedad en términos de infraestructura pública hospitalaria. Es así como desde inicios de la reforma de la Ley 100 la inversión de los hospitales fue solo la mínima necesaria para la garantía de funcionamiento, sin posibilidad de mejora de su equipamiento tecnológico. La situación es también deficitaria respecto a la densidad de personal médico y de enfermería en el país (2,2 y 1,3 por cada mil habitantes, respectivamente), o presenta un problema crítico de concentración profesional, como en el caso de los odontólogos (0,9 por cada mil habitantes), y en relación con la dotación y capacidad instalada en las regiones, entre las cuales existen marcadas desigualdades. Así, para octubre de 2020 había cinco departamentos que no contaban con camas en cuidados intensivos. Estas condiciones deficitarias han salido a la luz de forma contundente en el marco de la emergencia sanitaria por Covid-19, la cual ha puesto en evidencia la muy insuficiente y desigual distribución de la infraestructura del sistema de salud colombiano.³⁶

Según datos de la Encuesta de Calidad de Vida,³⁷ para 2019 la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (sgss) era similar en las áreas rural y urbana (superior al 90 %); no obstante, la diferencia entre estas zonas se observaba en términos de la distribución por regímenes, dado que en la ruralidad el 83,2 % de la población estaba afiliada al Régimen Subsidiado, mientras que en las cabeceras municipales había más población en el Régimen Contributivo que en el Subsidiado (58,8 % y 41 % de las personas afiliadas, respectivamente). Por otro lado, los obstáculos para el acceso se asocian con barreras geográficas dadas las distancias a los centros de salud, situación que

36 Consejo Privado de Competitividad, *Informe nacional*; “Indicadores básicos para el seguimiento del talento humano en salud”, Observatorio de Talento Humano en Salud, Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO, Bogotá, 2020, <https://www.sispro.gov.co/observatorios/oniea/indicadores/Paginas/IndicadoresBasicos.aspx>

37 “Boletín Técnico”, DANE.

implica contar con recursos adicionales para acudir a los servicios de salud. En este contexto, cabe la pregunta de si lo ofertado a partir de las políticas de salud puede dar respuesta a las condiciones de vida y a las diferenciales necesidades básicas y en salud de la población rural del país.³⁸

De acuerdo con el informe sobre acceso a los servicios de salud en Colombia realizado por el Observatorio Nacional de Salud,³⁹ las características contextuales y económicas en los territorios son determinantes de las capacidades de los ciudadanos para acceder a estos. En este marco, la ruralidad es una característica mediadora de tal acceso por parte de la población, que aumenta el gasto de bolsillo y, dadas las barreras geográficas, limita el desplazamiento hacia las instituciones prestadoras de servicios de salud, asunto que deriva, además, en una disminución del uso de servicios preventivos, tales como controles prenatales y de crecimiento y desarrollo. Siguiendo lo planteado en este documento, el índice de acceso real a los servicios de salud disminuye cuando se trata de población rural. En esta también se observa una mayor necesidad y atención efectiva respecto a los servicios de salud mental, comparativamente con población residente en zonas urbanas del país. Un comportamiento similar se observa al referirnos a la atención en caso de enfermedades zoonóticas como la malaria, el dengue y otras arbovirosis, pues las poblaciones de zonas rurales endémicas cuentan con menores oportunidades en términos de diagnóstico y tratamiento, asociadas a la escasez de infraestructura sanitaria y a largos desplazamientos para conseguir la atención requerida.

Además, con respecto a la situación de salud, distintos estudios ratifican la persistencia de grandes desigualdades en la prevalencia de diferentes enfermedades y en las tasas de mortalidad por diversas causas entre habitantes de zonas rurales y urbanas. Así, de acuerdo con datos reportados en 2015, la

- 38 Diana Rodríguez Triana y John A. Benavides Piracón, “Salud y ruralidad en Colombia: análisis desde los determinantes sociales de la salud”, *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, Vol. 34, no. 3 (2016): 359-71, <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/26123>
- 39 Observatorio Nacional de Salud, ONS, e Instituto Nacional de Salud, INS, *Acceso a servicios de salud en Colombia. Informe Técnico 11* (Bogotá: ONS, 2019), <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/11.%20Acceso%20a%20servicios%20de%20salud%20en%20Colombia2.pdf>

mortalidad infantil es 1,7 veces mayor en la zona rural que en la urbana;⁴⁰ la prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años fue alrededor de 5,3 % mayor en la ruralidad, en comparación con el área urbana. Hay una menor frecuencia en el consumo de frutas y verduras entre adultos de zonas rurales respecto a los de zonas urbanas, así como una mayor mortalidad materna entre las mujeres de zonas rurales respecto a las que viven en zonas urbanas, con diferencias relativas de hasta dos veces más mortalidad.⁴¹ La percepción favorable del estado de salud es superior en la zona urbana que en la rural, lo que guarda una clara relación positiva con el nivel educativo y con el quintil de riqueza.⁴² Igualmente, en la población con mayor precariedad socioeconómica y en los territorios rurales suelen confluír, con mayor frecuencia, los problemas de salud y una menor búsqueda de atención médica institucionalizada, al tiempo que priman como razones para no acceder a esta atención los problemas relacionados con disponibilidad de los servicios y las condiciones económicas.⁴³

En síntesis, los estudios y reportes oficiales de las dos últimas décadas demuestran la existencia de tendencias y patrones de salud que exponen una desventaja estructural de la población rural y ciertas regiones completas del país (como la Orinoquia, la Amazonía y la región pacífica del litoral), que estarían explicados por la convergencia de procesos críticos que confluyen en la población de los territorios rurales, como la precariedad de las condiciones de trabajo, ambientales, de vivienda, de acceso a servicios básicos, bajos niveles educativos y peor infraestructura social y capacidad de respuesta institucional, que configuran poderosos mecanismos de reproducción de las desigualdades, a la vez que son una importante fuente de discriminación y constituyen obstáculos para el ejercicio del derecho a la salud y otros derechos sociales necesarios para llevar una vida digna.

40 Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia, *Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Componente Demográfico*, Tomo I (Bogotá: CTR All Solutions, 2015), <https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR334/FR334.pdf>

41 Observatorio Nacional de Salud, Instituto Nacional de Salud y Minsalud, *Informe Técnico*.

42 Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia, *Encuesta Nacional*; Observatorio Nacional de Salud, Instituto Nacional de Salud y Minsalud, *Informe Técnico*.

43 Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia, *Encuesta Nacional*.

8.5. La acción sobre los determinantes sociales de la salud, más dichos que hechos. A modo de conclusión

Como se ha mostrado en el apartado anterior, las desigualdades sociales urbano-rurales son sistemáticas, en la medida en que se manifiestan tanto en las condiciones de vida, en el acceso a bienes y servicios, como en el estado de salud, y en tanto ello se origina, configura y reproduce dadas las relaciones de poder y la estructura social existentes. De la misma forma, lo expuesto permite comprender cómo la situación de salud es resultado de las particulares condiciones de vida y de acceso a los bienes y recursos sociales (los DSS), y, por esa vía, entender cómo las desigualdades sanitarias no pueden ser transformadas con la mera acción de los servicios de salud. Y ello porque la inequidad social no es solo una cuestión económica o de bajos ingresos, en tanto que en su configuración están implicados procesos sociopolíticos relacionados con la definición y alcance de las políticas de bienestar social, de acceso a oportunidades y bienes primarios, así como con aspectos culturales de construcción intersubjetiva de sentidos y significados sobre la justicia en la vida cotidiana y en la interacción social.

Al analizar la evolución de las políticas orientadas a incidir sobre los DSS, y de las desigualdades sociales y sanitarias de los últimos 30 años en el marco institucional del sistema de salud y de la política social, las principales las constituyen el PDSP y la Comisión Intersectorial de Salud Pública, creadas en 2011 con la Ley 1438, así como el conjunto de programas de transferencias monetarias condicionadas o subsidios focalizados, tales como Familias y Jóvenes en Acción, Colombia Mayor e Ingreso Solidario, que fueron creados en el último año del siglo xx el primero de los mencionados, y otros programas focalizados relacionados con la atención a la primera infancia, la juventud y el adulto mayor que se han mantenido desde entonces como la principal apuesta gubernamental para superar la pobreza y generar equidad.⁴⁴ En su conjunto,

44 Juan Carlos Rivillas y Fabían Colonia, “Reduciendo las causas de las inequidades: siete políticas centradas en cinco determinantes sociales de la salud durante el curso de vida en Colombia”, en *Informe Técnico, Sexta Edición. Desigualdades Sociales en Salud en Colombia. Informe Nacional*, eds. ONS, INS y Minsalud (Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia, 2015), 327-38, <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/6.%20Desigualdades%20sociales.pdf>

estas políticas se inscriben dentro de una concepción minimalista de la política social, cuyo alcance es marginal e insuficiente para construir una ciudadanía social que experimente en la vida cotidiana el significado de la vigencia de los derechos humanos.

El PDSP representó un hito en el desarrollo del sistema de salud, dada la concepción minimalista de la salud pública que tuvo la Constitución Política de 1991 y que se profundizó con la Ley 100 de 1993. A partir de ello, se generó un importante impulso a la generación de conocimiento y a la discusión académica y política respecto a los DSS, no obstante que su alcance y efectividad en la práctica, más allá de las buenas intenciones declaradas, han sido insuficientes para incidir sobre la trama generadora de la inequidad social, por lo menos por tres asuntos: el lugar de la salud pública en el arreglo institucional del sistema de salud, el alcance de las intervenciones y las capacidades de gestión, altamente desiguales entre territorios en el país.

Luego de una década de implementación del PDSP, es posible entender que las limitaciones para actuar sobre los DSS y las desigualdades sociales radican en asuntos como el constreñimiento para una acción amplia de salud pública y para la promoción de la salud, que se produjo con el arreglo institucional creado con la Ley 100 de 1993, definido sobre la base de la separación de las dimensiones individual y colectiva de la salud; el primero como el criterio estructurante de la atención individual (a través del paquete de servicios), creado como condición de viabilidad del mercado lucrativo instaurado por dicha ley, y el segundo como el ámbito de actuación del Estado a nivel territorial. Con dicho diseño, y ante la constatación de la complejidad de los procesos de determinación social de la salud y de reproducción de la inequidad social, es posible prever sus limitaciones para incidir efectivamente sobre la trama generadora de las desigualdades sociales y sanitarias, puesto que la lógica de la acción se estructura desde un abordaje desterritorializado, individualista (como lo exige la lógica del aseguramiento) y fragmentado (según roles y responsabilidades de actores compitiendo entre sí y que son responsables solo de una dimensión de la salud).

También, las limitaciones estructurales del PDSP para actuar sobre los DSS están relacionadas con el alcance de las intervenciones, dado el desbalance de la asignación de recursos en el sistema de salud, entre los que se orientan

a la atención individual y aquellos que soportan la acción sobre colectivos y entornos, en la medida que en el arreglo institucional, creado desde 1993, la mayor parte de los recursos y acciones de los actores se orienta a la gestión del aseguramiento y a la atención individual, superior al 90 %, ⁴⁵ con lo cual la acción gubernamental para el abordaje de la dimensión poblacional de la salud quedó relegada a su mínima expresión, dados los limitados recursos y la predominancia de funciones y acciones relativas a la gestión del aseguramiento. Es el interés de lucro, el ánimo rentista y la perspectiva de gestión del riesgo individual, propiciado por el tipo de aseguramiento instaurado, lo que produce una lógica instituyente que subordina todos los elementos y actores del sistema, ⁴⁶ y allí languidecen las posibilidades de una actuación orientada a los DSS, en tanto que ello implica una lógica de cooperación y acción intersectorial entre actores del sector y otros actores sociales y comunitarios de los territorios, que tendrían que interactuar en torno a situaciones concretas de alta complejidad social, como se puede ver en la aproximación a las brechas urbano-rurales.

Otro efecto directamente relacionado con la baja asignación de recursos para la salud pública, el lugar desde donde el sistema de salud ha definido orientar la acción intersectorial y comunitaria para abordar los DSS, es la limitada capacidad técnica de los entes territoriales, que es altamente diferencial entre los territorios. Esa limitación estructural explica problemas funcionales de la rectoría y gestión de la salud a nivel local, tales como la alta rotación del personal técnico, el déficit de liderazgo de los entes territoriales para el desarrollo de la cooperación y acción intersectorial, la falta de capacidad para ejercer vigilancia y control sobre los actores del sistema, el déficit de procesos amplios y sostenidos de participación ciudadana y comunitaria en la gestión

45 Ministerio de Salud y Protección Social, *Fuentes de financiación y usos de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS* (Bogotá: Minsalud, 2016), <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/fuentes-y-usos-de-recursos-del-sgsss.pdf>

46 Gloria Molina-Marín, Andrés Ramírez-Gómez y Adriana Ruiz-Gutiérrez, eds., *Tensiones en las decisiones en salud pública en el sistema de salud colombiano: el bien común en confrontación con los intereses y prácticas particulares* (Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez, Universidad Nacional de Colombia, UIC, Universidad Santo Tomás, 2014).

de la salud, la escasa capacidad para el seguimiento, evaluación y gestión de la información, la discontinuidad en programas y estrategias que dinamizan políticas públicas locales, entre otros.⁴⁷

Es por ello por lo que en la práctica el PDSF se restringe, de manera predominante, al despliegue de acciones grupales o colectivas esencialmente informativas, mal llamadas de educación en salud, discontinuas, de baja cobertura y desconectadas de procesos sociales instalados en el territorio, así como de otros programas clave de la política social. Lo anterior, sumado a los problemas estructurales y funcionales reseñados, explican su limitada capacidad de incidencia y su marcada orientación hacia una actuación remedial sobre los efectos terminales de los problemas, y, por tanto, este instrumento de la política de salud carece de la potencia suficiente para incidir sobre los procesos de determinación social de las desigualdades sociales, que, como lo sugieren los informes internacionales, señalan la necesidad de desplegar intervenciones en múltiples niveles de la realidad para materializar una acción transformadora sobre la trama de la inequidad social, así como la necesidad de trascender de la acción individualizada sobre la vulnerabilidad, para actuar también sobre los procesos de exposición y estratificación social.⁴⁸

Finalmente, es importante reconocer que la Constitución de 1991 trajo consigo importantes cambios para la sociedad colombiana, por ejemplo, en materia de renovación del sentido y alcance del Estado, de participación ciudadana, y de reconocimiento de varios grupos de derechos fundamentales y los mecanismos para su defensa. No obstante, estos y otros desarrollos constitucionales han entrado en constante conflicto, durante todos estos años, con las lógicas de un modelo de desarrollo que evidentemente dista bastante del proclamado Estado social de derecho (ESD), esto es, políticas y decisiones

47 Molina-Marín, Ramírez-Gómez y Ruiz-Gutiérrez, *Tensiones en las decisiones*; Gabriel Jaime Otálvaro Castro et al., *Gestión territorial de la salud: perspectivas, aprendizajes y aportes a la práctica* (Medellín: Universidad de Antioquia, 2017), <http://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/11434>

48 Finn Diderichsen, Timothy Evans y Margaret Whitehead, “Bases sociales de las disparidades en salud”, en *Desafío a la falta de equidad en la salud. De la ética a la acción*, eds. Timothy Evans et al. (Washington: Fundación Rockefeller, OPS, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional OMS, 2002), 13-25.

mediante las cuales se siguen favoreciendo la concentración de ingresos, tierra y propiedad en manos de pocos, la privatización de activos estatales, las políticas de precarización laboral que hacen imposible para muchos acceder a bienes esenciales, sistemas de salud y educación orientados principalmente por la lógica de la ganancia económica, y políticas sociales meramente residuales frente a la complejidad de dicho escenario.

Así pues, aun reconociendo la ventana de oportunidad abierta en muchos campos por la Constitución y otros desarrollos normativos posteriores, bajo el escenario anteriormente descrito resulta difícil dar crédito a los logros que pueden llegar a tener las políticas diseñadas, supuestamente, para obtener avances en equidad sanitaria. Desafortunadamente, esta situación se complejiza aún más al pensar en términos de la brecha urbano-rural aquí analizada, pues los diferentes grupos humanos que habitan el campo colombiano no solo deben lidiar con los elementos ya señalados, sino con políticas estatales (expropiación y explotación intensiva de tierras y aguas, megaminería, aspersión aérea con glifosato, resolución militar del conflicto político armado) que antes que atender a la resolución de sus necesidades esenciales y de salud, y generar las condiciones para la garantía de una vida digna, parecieran estar premeditadamente destinadas a reducir y acabar con sus vidas.

Bibliografía

- Álvarez Castaño, Luz Stella. “Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo”. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Vol. 8, no. 17 (2009): 69-79. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2657>
- Asamblea Nacional Constituyente. *Constitución Política de Colombia 1991*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia, 2010. <https://www.ramajudicial.gov.co/documents/10228/1547471/CONSTITUCION-Interiores.pdf>
- Borrell, Carme y Davide Malmusi. “La investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud: evidencias para la salud en todas las políticas. Informe SESPAS 2010”. *Gaceta Sanitaria*, Vol. 24 (2010): 101-8. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911110001512>
- Breilh, Jaime. “La inequidad y la perspectiva de los sin poder: construcción de lo social y del género”. En *Cuerpo, diferencias y desigualdades*. 1.ª ed. Compilado por Mara Viveros y Gloria Garay, 130-41. Bogotá: Facultad de Ciencias Humanas,

- Universidad Nacional de Colombia, 1999. <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3555/1/Breilh,%20J-CON-190-La%20inequidad.pdf>
- _____. *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2003.
- _____. “Una perspectiva emancipadora de la investigación y acción, basada en la determinación social de la salud”. En *Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud: documento para la discusión*. 1.ª ed., 14-29. Ciudad de México: Asociación Latinoamericana de Medicina Social, 2008. <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3413/1/Breilh,%20J-CON-119-Una%20perspectiva%20em.pdf>
- _____. “Las tres ‘S’ de la determinación de la vida y el triángulo de la política”. En *Determinação social da saúde e reforma sanitária*. Editado por Roberto Passos Nogueira, 87-125. Río de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES, 2010. <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3412/1/Breilh,%20J-CON-117-Las%20tres%20S.pdf>
- Caponi, Sandra. “Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud”. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Vol. IV, no. 2 (1997): 287-307. https://www.academia.edu/3172098/Georges_Canguilhem_y_el_estatuto_epistemol%C3%B3gico_del_concepto_de_salud
- Cardona, Álvaro y Álvaro Franco. “La salud pública como disciplina científica: fundamento para los programas de formación académica”. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, Vol. 23, no. 2 (2006): 107-14. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/511>
- Colombia. Congreso de la República. Ley 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=60733>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL. *La matriz de la desigualdad social en América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL, 2016. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/40668>
- Consejo Privado de Competitividad. *Informe nacional de competitividad 2020-2021*. 14.ª ed. Bogotá: Zetta Comunicadores, 2020. https://compite.com.co/wp-content/uploads/2020/11/web-CPC_INC_2020_2021_LIBRO_DIGITAL_PAGINAS.pdf
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. “Boletín Técnico. Encuesta Nacional de Calidad de Vida”. DANE, Bogotá, 14 de julio de 2020. https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/2019/Boletin_Tecnico_ECV_2019.pdf
- Departamento Nacional de Planeación, DNP. *El campo colombiano: un camino hacia el bienestar y la paz. Misión para la transformación del campo*. Bogotá:

- Nuevas Ediciones, 2015. <https://www.dnp.gov.co/programas/agricultura/Paginas/Informe-misi%C3%B3n-Final.aspx>
- Diderichsen, Finn, Timothy Evans y Margaret Whitehead. “Bases sociales de las disparidades en salud”. En *Desafío a la falta de equidad en la salud. De la ética a la acción*. Editado por Timothy Evans, Margaret Whitehead, Finn Diderichsen, Abbas Bhuiya y Meg Wirth, 13-25. Washington: Fundación Rockefeller, OPS, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional OMS, 2002.
- Guereña, Arantxa. “Radiografía de la desigualdad. Lo que nos dice el último censo agropecuario sobre la distribución de la tierra en Colombia”. Oxfam, 4 de julio de 2017. <https://www.oxfam.org/es/informes/radiografia-de-la-desigualdad>
- Instituto Geográfico Agustín Codazzi, IGAC. *Atlas de la distribución de la propiedad rural en Colombia*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia, 2012.
- Jelin, Elizabeth. “Desigualdades de clase, género y etnicidad / raza: realidades históricas, aproximaciones analíticas”. *Revista Ensamble*, no. 1 (2014): 11-36. <http://www.revistaensambles.com.ar/ojs-2.4.1/index.php/ensambles/article/view/27>
- Krieger, Nancy. “Teorías para la epidemiología social en el siglo XXI: una perspectiva social”. *International Journal of Epidemiology*, Vol. 30 (2001): 668-77.
- Laurell, Asa Cristina. “La salud-enfermedad como proceso social”. *Cuadernos Médico Sociales*, no. 19 (1982): 1-11.
- López-Arellano, Olivia y José Blanco-Gil. “Modelos sociomédicos en salud pública: coincidencias y desencuentros”. *Salud Pública de México*, Vol. 36, no. 4 (1994): 374-84. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5768>
- Melo, Jorge Orlando. *Historia mínima de Colombia*. 1.^a ed. Bogotá: Editorial Turner, 2017.
- Ministerio de Salud y Protección Social. *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. La salud en Colombia la construyes tú*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia, 2013.
- _____. *Fuentes de financiación y usos de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS*. Bogotá: Minsalud, 2016. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/fuentes-y-usos-de-recursos-del-sgsss.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Componente Demográfico*. Tomo I. Bogotá: CTR All Solutions, 2015. <https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR334/FR334.pdf>
- Molina-Marín, Gloria, Andrés Ramírez-Gómez y Adriana Ruiz-Gutiérrez, eds. *Tensiones en las decisiones en salud pública en el sistema de salud colombiano: el bien común en confrontación con los intereses y prácticas particulares*. Me-

- dellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez, Universidad Nacional de Colombia, UIC, Universidad Santo Tomás, 2014.
- Observatorio Nacional de Salud, Instituto Nacional de Salud y Minsalud. *Informe Técnico, Sexta Edición. Desigualdades Sociales en Salud en Colombia. Informe Nacional*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia, 2015. <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/6.%20Desigualdades%20sociales.pdf>
- Observatorio Nacional de Salud, ONS, e Instituto Nacional de Salud, INS. *Acceso a servicios de salud en Colombia. Informe Técnico 11*. Bogotá: ONS, 2019. <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/11.%20Acceso%20a%20servicios%20de%20salud%20en%20Colombia2.pdf>
- Observatorio de Talento Humano en Salud, Ministerio de Salud y Protección Social. “Indicadores básicos para el seguimiento del talento humano en salud”. SISPRO, Bogotá, 2020. <https://www.sispro.gov.co/observatorios/oniea/indicadores/Paginas/IndicadoresBasicos.aspx>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, OCDE, y Mintrabajo. *Estudios de la OCDE sobre el Mercado Laboral y las Políticas Sociales: Colombia 2016. Resumen ejecutivo, evaluación y recomendaciones*. Bogotá: Mintrabajo, 2016. <https://www.oecd.org/fr/els/emp/OECD-Reviews-of-Labour-Market-and-Social-Policies-Colombia-AR-Spanish.pdf>
- Organización Mundial de la Salud, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Buenos Aires: Ediciones Journal S. A., 2009. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud, OMS. *Cerrando la brecha: la política de acción sobre los Determinantes Sociales de la Salud*. Río de Janeiro: OMS, 2011. https://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper-SP.pdf
- _____. “Resultados de la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud”. WHO, 21 de enero de 2012. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_16-sp.pdf
- Organización Panamericana de la Salud, OPS, y Organización Mundial de la Salud, OMS. “Resolución CD53.R2. Plan de acción sobre la salud en todas las políticas”. PAHO, Washington, 2014. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-R2-s.pdf>
- Otálvaro Castro, Gabriel Jaime, Andrés Colorado Vélez, Johny Gómez Granada, José Fernando Elorza Saldarriaga, Nairobi Cárdenas Velásquez, Juan Fernando García Cano, Diego Alejandro Ossa et al. *Gestión territorial de la salud: perspectivas, aprendizajes y aportes a la práctica*. Medellín: Universidad de Antioquia, 2017. <http://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/11434>

- Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Urbanos, ONU-Hábitat, y Banco de Desarrollo de América Latina, CAF. *Construcción de ciudades más equitativas: políticas públicas para la inclusión en América Latina*. Bogotá: ONU-Hábitat, 2014. <http://scioteca.caf.com/handle/123456789/489>
- Rivillas, Juan Carlos y Fabián Colonia. “Reduciendo las causas de las inequidades: siete políticas centradas en cinco determinantes sociales de la salud durante el curso de vida en Colombia.” En *Informe Técnico, Sexta Edición. Desigualdades Sociales en Salud en Colombia. Informe Nacional*. Editado por ONS, INS y Min-salud, 327-38. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia, 2015. <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/6.%20Desigualdades%20sociales.pdf>
- Rodríguez Triana, Diana y John A. Benavides Piracón. “Salud y ruralidad en Colombia: análisis desde los determinantes sociales de la salud”. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, Vol. 34, no. 3 (2016): 359-71. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/26123>
- Sigerist, Henry. “Johann Peter Frank: un pionero de la Medicina Social”. *Salud Colectiva*, Vol. 2, no. 3 (2006): 269-79. <https://doi.org/10.18294/sc.2006.72>
- Therborn, Göran. *Los campos de exterminio de la desigualdad*. 1.ª ed. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2015.
- Townsend, Peter and Nick Davidson. *Inequalities in Health. The Black Report*. New York: Penguin Books, 1982.
- Villar, Luis. “Estado de derecho y Estado social de derecho”. *Revista Derecho del Estado*, no. 20 (2007): 73-96. <https://revistas.uexternado.edu.co/index.php/derest/article/view/705>
- Waitzkin, Howard. *Medicina y salud pública al final del imperio*. 1.ª ed. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2013.

9. Territorios saludables en Colombia a 30 años de la Constitución Política. Memorias sociales de transformaciones urbanas. Medellín, 2021

Eliana Martínez-Herrera¹
Camilo Chaverra Monsalve²
Jorge Pérez Jaramillo³

9.1. Introducción

Los territorios saludables, por lo general, asociados al espacio colectivo de convergencia e interrelación de las personas entre sí, y de estas con el ambiente, han supuesto para Colombia en los últimos 30 años de vigencia de nuestra actual carta política, y en especial para Medellín, importantes avances en lo que respecta al derecho a la salud, a la cobertura, universalidad y reducción de las tasas de mortalidad por causas asociadas al ambiente, particularmente.

- ¹ *Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez, Universidad de Antioquia UdeA, Calle 70 No. 52-21, Medellín, Colombia, profesora invitada al Grupo de Investigación sobre Desigualdades en Salud, Ecología y Condiciones de Empleo (GREDS), correo: eliana.martinez@udea.edu.co*
- ² *Facultad de Arquitectura, Universidad Santo Tomás, Medellín, Colombia, Medellín, Colombia, correo: camilo.chaverra@ustamed.edu.co*
- ³ *Facultad de Arquitectura, Universidad Santo Tomás, Medellín, Colombia, Medellín, Colombia, correo: jorgeperezjaramillo.arquitecto@gmail.com*



FIGURA 2. Lugares. Medellín, Colombia.

Fuente: Pepe Navarro, 2019. <https://pepenavarro.es/medellin-7/ciudad/>

Esta contribución intenta, por un lado, acercarse al concepto de *territorio saludable* en la ciudad de Medellín a 30 años de la Constitución Política de 1991, que coincide con una etapa de clímax de la expansión urbana y poblacional de la ciudad, y con el tránsito hacia el mejoramiento de sus dimensiones sociales, políticas, económicas, físicas y culturales, pero además presenta muy especialmente los principales aportes a la salud pública local en el marco de la gestión municipal de cara a los retos actuales previstos para el futuro de la ciudad.

Aunque con el tiempo la cultura ciudadana en salud de los habitantes de Medellín ha ido apostando en los microterritorios por entornos sanos con acuerdos democráticos y sociales, por implementar políticas y acciones que propicien una vida en comunidad saludable como una manera de resistencia, sobrevivencia, resignificación y resiliencia en sus modos vida, el espacio, los lugares y la salud, que connaturalmente juegan un papel preponderante en las dinámicas sociales, siguen desafiando los muy complejos y difíciles

indicadores, que nos hablan de territorios que cada vez demandan más y mejores intervenciones urbanísticas planificadas para el aseguramiento de la vivienda, los sistemas públicos y colectivos, la oferta de bienes y servicios, el desarrollo económico y la explotación de recursos de manera sostenible, que permitan aproximaciones colectivas de justicia social, ambiental y social.

9.2. Una mirada rápida por el retrovisor: 1830-1991

“Todas las personas tienen derecho a gozar de un ambiente sano”.

Constitución Política de Colombia, art. 79

En las postrimerías del siglo XIX, llamado el siglo de la industrialización, de las revoluciones burguesas, del nacimiento del pensamiento contemporáneo, de movimientos obreros, entre otros, se gestó, en 1886, la carta política nacional, que determinó la política y organización del Estado colombiano (aún con todas sus reformas) hasta finales del siglo XX, más exactamente hasta el año 1991. Su orientación, en esencia conservadora, realizó cambios estructurales, siendo significativo el cambio de un sistema federal de Estado a un sistema centralista, dejando atrás los Estados federados, dividiendo política y administrativamente el territorio en una colonial forma de administración definida como departamentos y municipios, no del todo autónomos y a la cabeza de gobernadores y alcaldes, con especial injerencia del poder central de la nación y otras instituciones, tales como la Iglesia católica.⁴

Sin embargo, la desavenencia por el control territorial, la administración política y el ejercicio de poder, aún hoy centralizado en una meseta aislada, a veces por la agreste geografía, otras por la mirada obtusa de los gobernantes, ha impulsado en Colombia tantos como variados conflictos, algunos tan devastadores que han sido origen y causa de las desaventuras de millones de ciudadanos. Estos, impulsados por movimientos políticos reformistas, han venido consolidando una serie de novedosas herramientas que permitieron el

4 Luis Eslava, “Constitutionalization of Rights in Colombia: Establishing a Ground for Meaningful Comparisons”, *Revista Derecho del Estado*, no. 22 (2009): 183-230.

paso, ya en el marco de una nueva Constitución nacional, la de 1991,⁵ de conceptos territoriales, en otros momentos imposibles de concebir, por ejemplo, la apuesta territorial de ciudades saludables demandada por Naciones Unidas para el mundo en los años 80 y fecunda desde 1875, cuando Benjamin Ward Richardson hiciera referencia a comunidades que en el ejercicio de su libre albedrío y guiadas por el conocimiento científico logran la perfección de los resultados sanitarios, reflejados estos, aunque no plenamente, en la coexistencia de la mortalidad general más baja posible con la longevidad individual más alta posible.⁶

Así las cosas, y ligado a la copiosa producción académica del enfoque higienista del siglo XIX de la geografía médica, con todo su florecimiento en los años 70 se posicionan preocupaciones por las condiciones medio ambientales, consecuencia de hechos físicos y económicos de un territorio, y no solo el énfasis en enfermedades infecciosas que, de por sí, no eran las que más afectaban a los países desarrollados, como lo hacían las enfermedades crónicas degenerativas de la salud pública. Ello hizo que los análisis a escalas urbana e intraurbana fueran relevantes para la decisión de programas de salud y, por tanto, se hablara de geografía de la salud y la necesaria comprensión hacia la adaptabilidad al medio, espacios interiores y microescalas de análisis, y la realidad cotidiana de factores de riesgo como el ruido, la contaminación, los accidentes de tráfico, entre otros, como criterios insoslayables de las políticas de ordenación del territorio.⁷

América Latina no fue ajena a las lógicas que inspiraron la escuela higienista.⁸ Colombia ha sido un territorio con una dinámica de urbanización intensa y se ha configurado como un escenario con altas demandas de políticas y acciones públicas para contrarrestar los efectos de la inmigración intensiva y la urbanización precaria, lo que sin duda representa un conjunto de políticas

5 Asamblea Nacional Constituyente, *Constitución Política de Colombia* (Bogotá: Plaza y Janés Editores, 2004).

6 Benjamin Ward Richardson, *Hygeia, a City of Health* (Glasgow: Good Press, 2019).

7 Susana Isabel Curto, “De la geografía médica a la geografía de la salud”, *Revista Geográfica*, no. 143 (2008): 9-27.

8 Luisa Íñiguez Rojas y Christovam Barcellos, “Geografía y salud en América Latina: evolución y tendencias”, *Revista Cubana de Salud Pública*, Vol. 29, no. 4 (2003).

y proyectos en las ciudades que aportan aprendizajes clave en términos de gestión del riesgo, acceso al agua potable, así como un proceso importante de urbanismo con el Programa de Mejoramiento Integral de Barrios (PMIB) que, con mucha historia, ha evolucionado especialmente desde los años finales de la década de los 80 con la formalización de la democracia local.⁹

Para la década de 1980, el mayor conocimiento de la teoría sociocultural de la salud estuvo ligado a la globalización y la urbanización, a las diferencias entre los territorios, a las miradas del Sur Global con las situaciones endémicas cercanas al paralelo 0° o línea ecuatorial, y unido además a la evolución hacia una geografía crítica con el uso de nuevas técnicas estadísticas, así como de los sistemas de información geográfica en estudios sobre localización, accesibilidad y utilización de servicios de salud. Todo este arsenal científico se gestó por el interés en vincular la evidencia científica con la política pública y la planificación urbana asociada al análisis territorial, teniendo como criterio las enfermedades emergentes, la relación entre pobreza y salud, y el interés en relacionar la salud de las personas con el medio ambiente en el que se desenvuelven, en otras palabras, por el interés en una salud pública más crítica y transformadora.¹⁰

En línea con lo anterior, algunas señales sobre las desigualdades territoriales empezaban a ser consideradas, entre científicos y hacedores de política, con preocupación por la aparición de nuevas enfermedades (VIH/sida), hambrunas, explotación de suelos y mares sin control, con señales hegemónicas para la acción global de un nuevo orden.¹¹ Fueron las décadas del 80 y 90, en las que afloraron nuevas formas liberales, las que desatarían la hoy existente profundización de las brechas en salud, que hacen actualmente más evidentes las injusticias sociales y ambientales territoriales que tenemos, en las que las personas sin voz empiezan a dejarse oír levantando su voz. Algunos de todos

- 9 Catalina Ochoa, "Colombia, fuente de aprendizaje para el mejoramiento integral de barrios precarios", *Investigación*, Vol. 3, no. 2 (2018): 54-57.
- 10 Pablo Ciccolella, "Metrópolis y desarrollo urbano más allá de la globalización. Hacia una geografía crítica de la ciudad latinoamericana", *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, Vol. 14, no. 331 (2010).
- 11 Ricardo Boza Cordero, "Orígenes del VIH/SIDA", *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR-HSJD*, Vol. 6, no. 4 (2016): 48-60, <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/clinica/article/view/26927>

estos asuntos fueron en parte la inspiración, en 1991, para una reforma estructural emergente de la Constitución de 1886, con dinámicas sociales complejas, diversas en pensamiento y acción, conocida también como la Constitución de los derechos humanos, en la que se incorporarían los derechos constitucionales esenciales vinculados a la dignidad humana, a los derechos fundamentales o de primera generación, a derechos económicos, sociales y culturales o de segunda generación, y a derechos a un medio ambiente sano o de tercera generación.¹²

En los albores de los 90 se celebró la Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud, que dio origen a la Carta de Ottawa, en Canadá.¹³ De allí emergió el concepto de *ciudades saludables*, que sería la estrategia. Posteriormente, hacia 1988 se instaba a la formulación y necesidad de implementación de políticas públicas para la salud, con la creación de las redes de ciudades saludables en el mundo¹⁴ que impulsaría el reconocimiento de los entornos propicios para la salud. Fue en América Latina, en Bogotá, en el año 1992, donde se discutieron por primera vez los principios y aplicaciones de la promoción de la salud, se instó a renovar el compromiso con la solidaridad y la equidad en salud, se deploró la violencia y se apeló a la voluntad política para modificar las condiciones sociales desiguales e injustas como propósito fundamental del desarrollo, las enfermedades tradicionales de atraso y de la pobreza, y las más recientes asociadas a la urbanización y la industrialización y la destrucción del medio ambiente.¹⁵

En consecuencia, la promoción de la salud, las ciudades saludables y los territorios saludables compaginaban con los postulados de la Constitución Política de 1991, por sus desafíos acelerarían la ruta transformadora de las principales ciudades del país, acogiendo, como deber del Estado, la protección de

12 Donald T. Fox, Gustavo Gallón-Giraldo and Anne Stetson, "Lessons of the Colombian Constitutional Reform of 1991", in *Framing the State in Times of Transition. Case Studies in Constitution Making*, ed. Laurel Miller (Washington: United States Institute of Peace Press, 2010), 467-82.

13 World Health Organization, WHO, and Canadian Public Health Association, "Ottawa Charter for Health Promotion", *Bulletin of the Pan American Health Organization (PAHO)*, Vol. 21, no. 2 (1987): 2000-204.

14 "Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health", World Health Organization, WHO, Sundsvall, 1991.

15 Helena Restrepo y Hernán Málaga, orgs., *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable* (Bogotá: Editorial Médica Internacional, 2001).

la diversidad e integridad del ambiente, la conservación de las áreas de especial importancia ecológica y el fomento de la educación para el logro de estos fines,¹⁶ entre otros. La declaración de Santa Fe de Bogotá reconocía la importancia de la participación activa de las personas en las modificaciones de las condiciones sanitarias y en la manera de vivir, conducentes a la creación de una cultura de la salud. La participación se instituyó entre los fines esenciales y como garantía de la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución, de tal modo que estuviera presente en las decisiones de todos, en la vida económica, política, administrativa y cultural de la nación.¹⁷

La participación ciudadana sería la gran dinamizadora de la apuesta social y comunitaria para la emergencia de territorios saludables en Colombia, pero tras la implementación de la Ley 100 de 1993, los esfuerzos y nuevos aires reformistas por transformar el sistema de salud colombiano fueron diezmados. Además, la ley fue prolija en inconsistencias, con apuestas poco reconocidas como las promovidas por movimientos municipales que, enmarcados en la estrategia salud para todos en el siglo XXI, mejorarían, de abajo hacia arriba, la salud de los ciudadanos, impulsando no solo los estilos de vida saludables, sino el medio ambiente sostenible.¹⁸ Los planes nacionales de desarrollo animaban sus intenciones en estos acervos políticos sanitarios débiles, era primordial asegurar la asistencia sanitaria y luego, si había voluntad territorial, la promoción de la salud. Fue así como, con el transcurrir del tiempo, se fueron adhiriendo distintos municipios en la identificación de ideales y acciones de trabajo en red de ciudades saludables, como lo recoge la estrategia Ciudades, Entornos y Ruralidades Saludables (CERS), del actual Ministerio de Salud y Protección Social, que conecta varios municipios, llegando a localidades para promover la salud y conseguir su desarrollo, con el apoyo político, la gobernanza, la cooperación intersectorial e incidencia en los determinantes de la salud.¹⁹

¹⁶ Artículo 49 de la Constitución Política de Colombia.

¹⁷ Artículo 2 de la Constitución Política de Colombia.

¹⁸ Francisco José Yepes, “Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993”, *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Vol. 9, no. 18 (2010): 118-23.

¹⁹ “Orientaciones para el desarrollo de Ciudades, Entornos y Ruralidad Saludable (CERS)”, Ministerio de Salud y Protección Social, Organización Panamericana de la Salud, OPS, y Organización Mundial de la Salud, OMS, Minsalud, Bogotá, 2017, <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/orientaciones-promocion-cers.pdf>

Hoy, la carta magna, con 30 años de vigencia, cuenta con una variopinta expresión de alcances que le otorgan al ciudadano un camino digno en un territorio que, como se sabe, está altamente vulnerado y en riesgo si se quiere tener una vida protegida, segura y decente que desarrolle lo que, en términos de la Corte Constitucional en Sentencia C-248 de 2019, definió como salud pública: “La salud pública es [...] un desarrollo directo del derecho a la salud que prevé el artículo 49 superior. Esto, en tanto incorpora un servicio público a cargo del Estado, encaminado a proteger la salud de los integrantes de la sociedad desde una perspectiva integral que asume los desafíos que presenta la necesidad de garantizar la salud colectiva como medio para garantizar la salud individual de las personas”²⁰

Aun con todo esto, han sido los últimos 20 años los que han reposicionado la estrategia de ciudad saludable en Colombia. Más adelante desarrollaremos hitos políticos y sociales acaecidos en Medellín, ciudad que viene reuniendo las características necesarias para una planificación que impacta positivamente la salud de sus habitantes; por ejemplo, en el acceso a una vivienda digna, a una alimentación que protege la primera infancia, a intervenciones en el espacio público para el esparcimiento, recreación, ocio y sana convivencia, un acceso universal a servicios médicos de calidad, entre otros.

9.3. Aciertos locales, desafíos globales planetarios en el Sur Global

Las inequidades en salud son diferencias sistemáticas, socialmente modificables e injustas en la salud. La equidad es un imperativo ético y actualmente un principio esencial para enfrentar la crisis ecológica y social de una ciudad y de cada país. Las desigualdades sociales urbanas afectan tanto a los países de ingresos altos como a los de ingresos bajos y, en algunos casos, los resultados son aún peores en las zonas urbanas, que en las rurales. En América Latina, como lo señalan conclusiones importantes del 7° Foro Urbano Mundial y Hábitat III, los encuentros en Quito 2014 y 2018 sobre las bases de la Nueva

²⁰ Colombia, Corte Constitucional, Sentencia C-248 de 2019, M. S.: Cristina Pardo Schlesinger, <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2019/C-248-19.htm>

Agenda Urbana, con la posterior promulgación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), han incidido en las políticas urbanas territoriales, priorizando entonces el cierre de brechas y, en consecuencia, propendiendo por la mejora de la realidad social.²¹

La “ventaja urbana” sugiere que las poblaciones de las ciudades a menudo gozan de mejor salud que las poblaciones de zonas rurales, pero existen grandes desigualdades en cuanto a las oportunidades sociales y los resultados de salud en el seno de las áreas urbanas, que las alejan de las características de una ciudad saludable. El solo hecho de que una parte considerable de la población urbana sufra condiciones de vida inaceptables y con graves consecuencias para su salud deja al descubierto la inequidad territorial persistente en materia de salud urbana, como un problema de salud mundial fundamental, en el que, por ejemplo, los niños de la quinta parte de los hogares urbanos más pobres tienen el doble de probabilidades de morir antes de cumplir los 5 años, en comparación con los niños en la quinta parte más rica.²²

Pese a las grandes extensiones y tamaño de muchas ciudades que pueden esconder su desigualdad interna, se encuentran subpoblaciones urbanas que deben hacer frente a claras desventajas en sus condiciones de vida diarias. Gran parte de los grupos más desfavorecidos forman a menudo parte de una “población invisible”, sistemáticamente excluida de la sociedad urbana, los hogares urbanos más pobres, especialmente los asentamientos de tipo informal, invisibles en las encuestas de población o en las estadísticas oficiales, sin ninguna probabilidad de asegurar asistencia social y sanitaria básicas.²³

- 21 Campo Elias Galindo, “La carta Medellín promulgada Por el wuF7”, *Revista Kavilando*, Vol. 5, no. 2 (2013): 119-22; Aromar Revi, “Afterwards: Habitat III and the Sustainable Development Goals”, *Urbanisation*, Vol. 1, no. 2 (2016): x-xiv; Carlos Alberto Torres-Tovar, “Hábitat III y la nueva agenda urbana”, *Bitácora Urbano Territorial*, Vol. 27, no. 2 (2017): 7-8; Carlos Verdager Viana-Cárdenas, “Después de Hábitat III: aproximación a un análisis crítico de la Nueva Agenda Urbana”, *Ciudad y territorio: Estudios territoriales*, no. 191 (2017): 173-82.
- 22 Göran Therborn, “The killing fields of inequality”, *Eurozine* (2009): 1-10, <https://www.eurozine.com/the-killing-fields-of-inequality/?pdf>
- 23 World Health Organization-who and UN-Habitat, *Hidden Cities. Unmasking and Overcoming Health Inequities in Urban Settings* (Geneva: who, 2010), <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/52897/retrieve>

Nuevos datos sobre la salud de los ciudadanos en más de 100 países muestran que, a medida que la población urbana mundial crece, las desigualdades continúan siendo un desafío, especialmente entre los sectores más ricos y más pobres.²⁴

En el Sur Global, la existencia de la pobreza urbana se constituye en uno de los problemas más relevantes existentes hoy en día en las ciudades. La pobreza y la privación material afectan profundamente todos los aspectos de las condiciones de vida y trabajo, alterando de forma drástica las capacidades, recursos y oportunidades para lograr una buena salud de los distintos grupos de población. Las mujeres y las niñas se encuentran entre los miembros más vulnerables de la sociedad y las áreas urbanas. El menor acceso a recursos como la educación, el empleo formal, el dinero, la atención sanitaria y las medidas preventivas, así como la distribución injusta de poder entre géneros, se halla detrás de la mayor vulnerabilidad relativa de las mujeres. Pero también el envejecimiento de la población, un rasgo muy característico del siglo XXI que afecta cada vez con mayor frecuencia a las zonas urbanas, diseñadas para una población relativamente joven, sana y activa. A ello se suma la situación de migrantes en situaciones más vulnerables, quedando más dispuestos a aceptar malas condiciones laborales, menos recursos y oportunidades educativas, viviendas en malas condiciones y múltiples riesgos para su salud.²⁵

En el Sur Global, Diana Mitlin y David Satterthwaite²⁶ también señalan que las acciones para abordar la equidad en salud urbana deben ser intervinientes de los determinantes estructurales que, orientados por la disponibilidad de recursos, pueden beneficiar mayoritariamente una franja poblacional inestable, sin voz ni oportunidad de participar en las decisiones de sus territorios, pues, además de sufrir desventajas injustas, las ciudades son proclives a sufrir mayores crisis económicas y sociales inherentes a la exclusión y segregación territorial que de paso agudizan las violencias históricamente establecidas.

24 World Health Organization-who and ONU-Habitat, *Global Report on Urban Health: Equitable Healthier Cities for Sustainable Development* (Geneva: WHO, 2016).

25 Diana Mitlin and David Satterthwaite, *Urban Poverty in the Global South: Scale and Nature* (London: Routledge, 2012).

26 Mitlin and Satterthwaite, *Urban Poverty*.

Actualmente, el concepto de *ciudad saludable* transita hacia una ecociudad o, por su nombre en inglés, *green cities*, en consonancia con los nuevos desafíos que se proponen en la comprensión de la salud planetaria de cara a la interacción entre la salud ambiental, la salud animal y la salud humana, lo que requiere de los países y ciudades grandes desafíos para tomar medidas audaces para alcanzar no solo la cobertura en salud universal, sino formas de planificación urbana de las ciudades capaces de mantener la tríada incluyente de la salud de los mares, los ríos, la selva, los animales y el hombre, planteando localmente soluciones para garantizar el acceso al agua y al saneamiento, reducir la expansión urbana, desarrollar nuevas opciones de transporte y aumentar la seguridad vial, transformar las ciudades en lugares adaptados para adultos mayores y accesibles para personas con discapacidades. También ofrece soluciones participativas para facilitar la gestión territorial de la resiliencia, además de mejorar la situación de la salud de los hogares, sobre todo en los barrios pobres, puesto que lo que emerge y se refuerza son los sistemas barriales inteligentes, la movilidad segura a escala humana, el urbanismo táctico, el uso de datos sociales para la gobernanza y formas urbanas resilientes para sostener la vida.²⁷

9.4. Hitos políticos y sociales en salud de Medellín, ciudad saludable

“La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. [...] Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad”.

Constitución Política de Colombia, art. 49

El hito más destacado en estos 30 años es haber definido unas políticas territoriales para las ciudades y los municipios colombianos, que configuran un

²⁷ Scott Campbell, “Green Cities, Growing Cities, Just Cities?: Urban Planning and the Contradictions of Sustainable Development”, *Journal of the American Planning Association*, Vol. 62, no. 3 (1996): 296-312; Sara Whitmee et al., “Safeguarding Human Health in the Anthropocene Epoch: Report of The Rockefeller Foundation–Lancet Commission on Planetary Health”, *The Lancet*, Vol. 386, no. 10007 (2015): 1973-2028.

marco jurídico importante, aunque incompleto, que permite gestionar en el país, de manera más integral, los territorios urbanos e implementar procesos de planificación y gestión a largo plazo, con lo cual uno de los avances en los más de 20 años de existencia de los planes de ordenamiento territorial ha sido haber incluido el concepto de *ciudad saludable* en el Plan de Ordenamiento Territorial 2014-2027. Esto inspiró una discusión coordinada de la prospectiva territorial, complementaria de la mirada tradicional desde la sostenibilidad ambiental sobre territorios sostenibles, planteada para el Plan Estratégico Metropolitano de Ordenamiento Territorial 2018, que, aun cuando la ley de ordenamiento territorial señala formas de convocar y realizar las consultas populares que decidan la vinculación de los municipios en las transformaciones planteadas, lejos quedó de la perspectiva saludable para las áreas metropolitanas la inclusión de las voces ciudadanas por la búsqueda del equilibrio con el entorno.²⁸

La TABLA 2 recoge una línea de tiempo de los períodos de gobierno de 2001 a 2023 en Medellín, y sus manifestaciones declaradas e intenciones políticas de ciudad saludable desde el sector salud, que persigue la consolidación de política pública saludable de arriba hacia abajo y en diálogo con la ciudadanía de abajo hacia arriba, con todas las contradicciones y luchas sociales que visten los procesos de participación social en salud, pero dan cuenta de la gestión pública en concordancia con la magnitud y generosa amplitud del concepto de *ciudad saludable*.

Nunca antes una situación de pandemia por un virus que causa enfermedades en las vías respiratorias había afectado tan frontalmente la ciudad y el país. La crisis humanitaria desatada por la Covid-19 en Latinoamérica desnudó realidades como las mencionadas anteriormente;²⁹ sin embargo, la evolución de una ciudad saludable hacia la visión de ecociudad, accesible para todos, con espacios públicos para la vida cotidiana, en equilibrio con

²⁸ Jorge Pérez Jaramillo et al., “El Plan de Ordenamiento Territorial de Medellín 2014: un modelo territorial para la intervención estratégica” (Ponencia presentada en el VII Seminario Internacional de Investigación en Urbanismo, Barcelona-Montevideo, junio de 2015).

²⁹ Henry Romero, “COVID-19 in Latin America: a Humanitarian Crisis”, *The Lancet*, Vol. 396 (2020): 1463.

TABLA 2. Hitos políticos y sociales en salud de Medellín, ciudad saludable 2000-2023.

Plan municipal de desarrollo	Salud en los planes de desarrollo	Objetivo de los Planes Territoriales de Salud (PTS)
Medellín competitiva 2001-2003	Línea: la revolución de la cultura ciudadana. Tema 37, justicia social, un compromiso inaplazable. Programa: ciudad saludable	Hacer de Medellín una ciudad saludable con la participación de diferentes actores, ejecutando acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, mediante el fortalecimiento de la salud pública, <i>actuando intersectorialmente</i>
Medellín, compromiso de toda la ciudadanía 2004-2007	Línea: Medellín social e incluyente. Componente: salud	Direccionar y coordinar el sector salud, creando las condiciones que garanticen cobertura en aseguramiento y el acceso con énfasis en las acciones individuales y colectivas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, <i>enmarcadas en el humanismo, la calidad y la participación social</i>
Medellín es solidaria y competitiva 2008-2011	Línea: desarrollo y bienestar para toda la población. Componente: salud. Plan municipal de salud: Medellín es salud para la vida	Promover la <i>movilización social de los actores del sector salud, de otros sectores y de la comunidad</i> , para que, de forma integral, puedan desarrollar acciones individuales y colectivas en salud pública en ámbito territorial
Medellín: un hogar para la vida 2012-2015	Línea: ciudad que respeta, valora y protege la vida. Componente: ciudad saludable para la vida	<i>Reposicionamiento de la ciudad saludable</i> con la inclusión, como principio en el POR, su transversalización en las acciones dispuestas por el Plan Decenal de Salud Pública y la configuración de una mesa intersectorial de ciudad saludable
Medellín cuenta con vos 2016-2019	Dimensión 3, un modelo de equidad social. Reto 1: Medellín para vivir más y mejor	Promover el bienestar para todas las edades a través de la promoción de estilos de vida saludables, propiciando <i>el goce efectivo del derecho a la salud mediante acciones de atención</i>
Medellín me cuida 2020-2023	Territorios saludables en medio de una pandemia	

Fuente: Convenio interadministrativo de cooperación 460004715 de 2013, Secretaría de Salud de Medellín y Universidad de Antioquia (elaboración agosto de 2014. Actualizado en 2018 y 2020)

la naturaleza, con zonas verdes integradas, bioclimáticamente confortable, para peatones y ciclistas, de distancias cortas, con red de barrios urbanos, productora de energía renovable, construida a escala humana, con densidad cualificada, construida y gestionada con sus habitantes, que había sido tan coherentemente proyectada y alineada con los ejes estructurantes del ordenamiento territorial, elevó mucho más las responsabilidades del Estado y la

respuesta social comunitaria es una demostración del capital social que durante años se ha configurado para el cuidado de la vida en la ciudad.³⁰ Así las cosas, la dimensión emancipadora y transformadora de los territorios saludables resultante del proceso consciente de los ciudadanos como alternativa para cuidar de sí, de los otros y con ellos se pudiera seguir acorde a los indicadores señalados en la TABLA 3.³¹

TABLA 3. Indicadores de ciudad saludable y ejes estructurantes del ordenamiento territorial.

Características e indicadores de ciudad saludable		Indicadores en salud
Eje estructurante: estructura ecológica principal		
Medio ambiente	Índice de desempeño ambiental epidemiológico	Incidencia de dengue, carga ambiental de la enfermedad, mortalidad por enfermedad respiratoria aguda en menores de 5 años, infección respiratoria aguda, hepatitis A, mortalidad por enfermedad obstructiva crónica
Espacio público	Espacio público efectivo por habitante	Sedentarismo, convivencia, ocio, recreación y relacionamiento social
Comportamientos saludables	Prevalencia sedentarismo	Prevalencia del sobrepeso, prevalencia de la obesidad, sedentarismo, prevalencia de un año en el consumo de alcohol, consumo de frutas y verduras (cinco veces al día), prevalencia de un año en el consumo de marihuana, prevalencia en el consumo de tabaco, tasa de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón
Eje estructurante: sistema de movilidad y transporte		
Acceso universal a servicios de salud con calidad	Percepción de la facilidad de acceso a los servicios de salud	Tasa de mortalidad materna, tasa de mortalidad perinatal, tasa de mortalidad en menores de 1 año
Movilidad sostenible	Percepción sobre la cobertura en el transporte público en su sector o barrio	Sedentarismo, tasa de mortalidad por accidente de tránsito, cáncer de pulmón, convivencia y relacionamiento social

30 Jairo Humberto Restrepo-Zea, Eliana Martínez-Herrera y Andrea Ruiz-Molina, “Medellín y el sueño de Ciudad Saludable: construcción técnica y colectiva”, *Revista de Salud Pública*, Vol. 19, no. 1 (2017): 24-31.

31 Eliana Martínez Herrera, “La salud de la gente se transforma con la ciudad saludable”, en *Propuestas y desafíos para la salud y la vida: una visión desde la misión. Propuestas del Foco de Ciencias de la Vida y de la Salud*, Vol. 6, ed. y comp. Pablo Javier Patiño (Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 2020), 218-54.

Características e indicadores de ciudad saludable		Indicadores en salud
Eje estructurante: seguridad alimentaria		
Seguridad alimentaria	Porcentaje de viviendas con inseguridad alimentaria	Mortalidad por desnutrición, incidencia de enfermedades transmitidas por alimentos, prevalencia de sobrepeso, prevalencia de obesidad, tasa de mortalidad por cáncer de estómago, consumo de frutas y verduras (cinco veces al día)
Eje estructurante: sistema habitacional		
Vivienda digna	Componente vivienda	Incidencia de tuberculosis pulmonar y en salud pública
Seguridad	Índice de seguridad y libertad	Tasa de mortalidad por homicidios
Sana convivencia	Índice de seguridad y libertad	Tasa de mortalidad por suicidios, porcentaje de embarazo adolescente, violencia psicológica, violencia sexual, violencia intrafamiliar, violencia física
Medio ambiente	Índice de desempeño ambiental epidemiológico	Mortalidad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica, mortalidad en menores de 5 años por accidentes

Fuente: Contrato No. CI 0533 de agosto de 2017. Área Metropolitana del Valle de Aburrá y Universidad Nacional de Colombia. Instituto de Estudios Urbanos, IEU.

9.5. Falacias en una Medellín social aplazada

En Medellín, como en muchas otras ciudades del Sur Global, se enfrenta una triple amenaza. Por un lado, las enfermedades infecciosas, que proliferan con el hacinamiento; las enfermedades no transmisibles crónicas, como la diabetes, el cáncer o las cardiopatías, que aumentan con los modos de vida poco saludables, como el consumo de tabaco, la dieta malsana, la inactividad física o el uso nocivo del alcohol, y los accidentes de tránsito y los homicidios. De todas estas situaciones, Medellín se resiste a no darle salida a las consecuencias que generan estas amenazas en transición de la epidemiología y la demografía, con miradas donde la relacionalidad y la interdependencia son reclamadas constantemente por los ciudadanos a través de grupos urbanos que reconceptualizan las formas de existencia en la ciudad, buscando maneras de sanar no solo los cuerpos y las mentes, sino las localidades y los microterritorios.

Si no se replantea el acelerado crecimiento de Medellín y su proyección a futuro con políticas públicas orientadas a promover profundas transiciones

sociales, se seguirá aplazando la ciudad para la pluriversidad, y lo que deviene ya heredado de un posantropoceno superará la capacidad municipal para el diseño de infraestructuras esenciales para la vida y redundará en territorios invisibles, no reparados, no creados para el cuidado, territorios injustos e interconectados con condiciones no favorables, de valores sociales que señalan reivindicaciones de violencia y desconexión de lo comunal.³²

En Medellín y el Valle de Aburrá son muy altos los déficits cuantitativo y cualitativo de espacios públicos efectivos para la vida ciudadana, y para buena parte de nuestra dirigencia dotar a las ciudades de parques y escenarios para la vida pública y el ocio es un privilegio accesorio que no es prioritario. Adicionalmente, tanto las políticas oficiales de promoción de la vivienda pública social, como las dinámicas de la oferta privada de vivienda y hábitat aportan poco a la construcción de un tejido urbano con las calidades ambientales y funcionales esenciales, con lo cual la búsqueda de una ciudad saludable sigue siendo objetivo de una elite de académicos y expertos, condición en la cual siguen pendientes muchas tareas ciudadanas para la creación de espacios públicos y reintegración en estos, el uso del suelo, la relocalización y la comprensión de autonomías locales que deben ser superadas con formas colectivas en identidad y autonomía para entender las responsabilidades de la cocreación de mundos gestados por las comunidades, con bucles que tejen espacios de vida para la sostenibilidad, la defensa y cuidado de la tierra.

Como lo indica Jorge Pérez Jaramillo,³³ la sociedad ha aprendido mucho después de los años de violencia y terrorismo extremos del pasado. Aunque todavía prevalecen condiciones de conflictividad y miedo para muchos en la escena urbana, lo que requiere gran atención colectiva y debería significar, en el marco del extenso confinamiento frente a la pandemia, un diálogo amplio acerca del significado y valor que las condiciones del hábitat urbano deberían ofrecer para fomentar y favorecer la salud pública ciudadana. En este sentido, son deudas ciudadanas el aceptar las interdependencias para la planificación urbana, para el mejoramiento de las condiciones de vida y de la calidad del

32 Jorge Pérez Jaramillo, *Medellín: urbanismo y sociedad* (Madrid: Turner, 2020).

33 Pérez Jaramillo, *Medellín*.

medio ambiente en las comunas y corregimientos de la ciudad; las formas de ordenar el territorio urbano que reivindiquen la vida comunal, sin excluir a ningún grupo poblacional, especialmente adaptada para jóvenes y viejos. Estas tareas, que se encuentran rezagadas, deben permitir el florecimiento de nuevos diálogos, de otras convivencias que se contrapongan a ciertas retóricas, por ejemplo las que ven los espacios habitables y urbanos como cosas, en una retórica separada de la urdimbre de la vida y lo que implica para las acciones e intervenciones en salud pública de los colectivos.

De hecho, es incluso una asignatura pendiente la discusión y convergencia sobre el modelo de ciudad acordado en 2014 en el Plan de Ordenamiento Territorial (POT), pactado a la par de la discusión global sobre el futuro urbano que se tuvo en la ciudad en el marco del 7° Foro Urbano Mundial con ONU Hábitat. Si bien la Nueva Agenda Urbana y el POT de Medellín tienen profundas coincidencias conceptuales, la ciudad aún no se compromete política y socialmente con la pertinencia, e incluso con la urgencia, de concretar las propuestas del modelo de ciudad que priorizan una evolución y crecimiento hacia una ciudad más integrada, accesible y compacta, en un marco de políticas urbanas más equitativas y saludables, que fomentan la accesibilidad de todos a los servicios urbanos y los medios de vida, con mayores compromisos con la agenda pública a nivel de sistemas de movilidad y transporte, áreas de provisión de vivienda social en la ciudad interior, y, en general, la articulación del conjunto de elementos que conforman la ciudad, para alcanzar un desarrollo más sostenible, saludable y especialmente más justo.

En esta Medellín atrasada, la desigualdad acentuada y no atenuada agudizará la pobreza, la miseria, la violencia, se precarizarán los servicios sociales y de salud –en vez de ser potenciadores para contrarrestarla, mantendrán las inequidades territoriales de salud asociadas al ordenamiento territorial, planificación y gestión de la ciudad-territorio–, haciendo más complejo incidir en las alternativas ambientales sociales y climáticas. La planificación urbana entonces desempeñará un papel clave en la toma de decisiones en salud para asegurar formas protópicas y perspectivas de acción futuras para las siguientes dos décadas, propendiendo por diseños urbanos ecosistémicos, basados en la

naturaleza, más saludables y en coherencia con oportunidades, preferencias ciudadanas, vecinales y barriales³⁴.

Una pregunta fundamental seguirá siendo si la sociedad está realmente comprometida con superar la inercia de dinámicas acumuladas que han dado pocos resultados. Prevaler en la agenda para desarrollar las nuevas viviendas, en su mayoría sobre las áreas periféricas, es un camino inadecuado, pues fomenta la segregación socioespacial, las demandas inducidas de movilidad y transporte, así como de equipamientos y servicios sociales, sumadas a un mayor consumo de suelos con la urbanización inapropiada, entre otras variables. La ciudad debe encontrar el camino para concretar su modelo territorial, que promueve procesos de renovación urbana y regeneración de tejidos transformados, incluyendo la producción de vivienda de interés social en su interior, en las áreas más accesibles, mejor dotadas de servicios e infraestructuras y, por supuesto, con la oportunidad de conseguir niveles de integración social diferentes a los que han sido tradicionales hasta ahora.³⁵

Parques del Río y su marco de actuación de las áreas de renovación urbana, que configuran un macroproyecto urbano de renovación urbana, aparecen como oportunidades para armonizar políticas urbanas y dinámicas del mercado inmobiliario, con formas novedosas de financiamiento de la urbanización, dotación e implementación de infraestructuras sociales, que permitirían superar no solamente brechas cuantitativas y cualitativas, sino también problemas tradicionales como la estratificación socioeconómica vigente, la contingencia atmosférica, las crecientes dificultades de movilidad y la implementación de las propuestas de la pirámide invertida planteada en el POT, el déficit de espacios públicos y parques, el saneamiento de nuestra estructura ecológica y ambiental, entre muchos otros asuntos.³⁶

34 Carlos Alberto Velásquez Castañeda, “Transformación del Estado Local y sus prácticas de intervención en sectores informales de Medellín, a partir de la experiencia en el Mejoramiento Integral de Barrios (1990-2015)” (Trabajo de magíster, Universidad Nacional de Colombia, Medellín, 2015).

35 Pérez Jaramillo, *Medellín*.

36 Jason Corburn et al., “The Transformation of Medellín into a ‘City for Life:’ Insights for Healthy Cities”, *Cities & Health*, Vol. 4, no. 1 (2020): 13-24.

Los movimientos de ciudadanos le dan sentido de pertenencia a un lugar, dan confianza, buscan solidaridad y el derecho a la ciudad como bien común, como una síntesis de orden y justicia social y ambiental que implícitamente lo propone, desde sus orígenes, la actual Constitución Política nacional. El camino de una Medellín que debe dejar atrás sus rezagos debe ser relacional, debe ser el de una ciudad que, como proyecto histórico, subvierta sus momentos de violencia y desarrollismo, y le dé valor a la convivencia comunitaria y al cuidado de todas las formas manifiestas de vida.

9.6. Conclusiones

“Determinará, [...] los procedimientos conforme a los cuales se hará efectiva la participación ciudadana en la discusión de los planes de desarrollo, y las modificaciones correspondientes, conforme a lo establecido en la Constitución”.

Constitución Política de Colombia, art. 342.

Las personas que habitan Medellín han propiciado la creación de los entornos físicos y sociales hoy existentes, en coherencia con las cualidades y acumulados territoriales del capital social, político y cultural para la salud. Ha confiado a los Gobiernos municipales las formas de organización de las comunidades, a través de los mecanismos de participación establecidas en la carta magna y materializados en la mejor destinación de los recursos públicos. Pese a ello, Medellín siempre se pregunta por los orígenes de la exclusión y sus alternativas de solución.

Las oportunidades de cambio y la magnitud que se demanda del tejido social en Medellín superan las acciones por los lugares comunes y la configuración precaria de los entornos urbanizados, y los limitados escenarios en su oferta básica para la vida pública de las comunidades. Esto hace que las transformaciones urbanas se den por bucles entrelazados de participación y consulta con las necesidades de la población; no obstante, lo hace mucho más desafiante para avanzar sobre lo prescrito y lo que es controlable, más que sobre las incertidumbres que todo cambio exige, cuya resultante hace más

complejo formular políticas públicas con carácter intersectorial y desarrollar redes de colaboración que promuevan el desarrollo pleno del potencial de la ciudad, con lo cual será siempre un reto necesario para la sociedad en su conjunto asumir la necesidad de cambio y renovación del contrato social, con ambición y acuerdo colectivo.

Conservando las aspiraciones constitucionales, Medellín adopta posturas para articular políticas territoriales, ambientales y de hábitat con la agenda de salud pública, para desarrollar políticas sociales de vivienda y hábitat en permanente alerta con el vasto crecimiento exponencial de las dinámicas de la urbanización y la migración de la ciudad, y la metrópolis futura, que la inste a confrontarse con una calidad de vida cada vez más diezmada, remediando o mitigando parcialmente los impactos de la expansión urbana precaria, con un hábitat que la gente construye como puede (ranchos, tugurios, etc.).

La reciente emergencia climática declarada por el Gobierno del departamento de Antioquia, sumada a la emergencia de la Covid-19, proponen un escenario de especial trascendencia para avanzar hacia la adecuada comprensión y compromiso por parte de los diversos sectores y actores, acerca de la urgencia de asumir el reto de proponer e implementar políticas, regulaciones y estrategias en busca de territorios saludables.³⁷

Aun cuando Medellín y el Área Metropolitana cuentan con herramientas y alguna tradición de estudios y planeación ambiental y territorial, que abre oportunidades para la gestión integral del territorio, es claro que todavía falta mucho por recorrer para comprender estructuralmente la noción de *territorios saludables*.

Agradecimientos

Gratitud y reconocimiento a los líderes sociales y políticos visionarios de territorios transformados por la salud y la vida.

37 Juan Camilo Molina-Betancur et al., "Coronavirus Disease 2019 and Slums in the Global South: Lessons from Medellín (Colombia)", *Global Health Promotion*, Vol. 28, no. 1 (2020): 65-69.



FIGURA 3. Lugares. Medellín, Colombia.

Fuente: Pepe Navarro, 2019. <https://pepenavarro.es/medellin-7/ciudad/>

Bibliografía

- Asamblea Nacional Constituyente. *Constitución Política de Colombia*. Bogotá: Plaza y Janés Editores, 2004.
- Boza Cordero, Ricardo. “Orígenes del VIH/SIDA”. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR-HSJD*, Vol. 6, no.4 (2016): 48-60. <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/édicos/article/view/26927>
- Campbell, Scott. “Green Cities, Growing Cities, Just Cities?: Urban Planning and the Contradictions of Sustainable Development”. *Journal of the American Planning Association*, Vol. 62, no. 3 (1996): 296-312.
- Ciccolella, Pablo. “Metrópolis y desarrollo urbano más allá de la globalización. Hacia una geografía crítica de la ciudad latinoamericana”. *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, Vol. 14, no. 331 (2010).
- Colombia. Corte Constitucional. Sentencia C-248 de 2019. M. S.: Cristina Pardo Schlesinger. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2019/C-248-19.htm>

- Corburn, Jason, Marisa Ruiz Asari, Jorge Pérez Jaramillo y Aníbal Gaviria. "The Transformation of Medellín into a 'City for Life:' Insights for Healthy Cities". *Cities & Health*, Vol. 4, no. 1 (2020): 13-24.
- Curto, Susana Isabel. "De la geografía médica a la geografía de la salud". *Revista Geográfica*, no. 143 (2008): 9-27.
- Eslava, Luis. "Constitutionalization of Rights in Colombia: Establishing a Ground for Meaningful Comparisons". *Revista Derecho del Estado*, no. 22 (2009): 183-230.
- Fox, Donald T., Gustavo Gallón-Giraldo and Anne Stetson. "Lessons of the Colombian Constitutional Reform of 1991". In *Framing the State in Times of Transition. Case Studies in Constitution Making*. Edited by Laurel Miller, 467-82. Washington: United States Institute of Peace Press, 2010.
- Galindo, Campo Elias. "La carta Medellín promulgada Por el wuf7". *Revista Kaviando*, Vol. 5, no. 2 (2013): 119-22.
- Íñiguez Rojas, Luisa y Christovam Barcellos. "Geografía y salud en América Latina: evolución y tendencias". *Revista Cubana de Salud Pública*, Vol. 29, no. 4 (2003).
- Martínez Herrera, Eliana. "La salud de la gente se transforma con la ciudad saludable". En *Propuestas y desafíos para la salud y la vida: una visión desde la misión. Propuestas del Foco de Ciencias de la Vida y de la Salud*. Vol. 6. Editado y compilado por Pablo Javier Patiño, 218-54. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 2020.
- Ministerio de Salud y Protección Social, Organización Panamericana de la Salud, OPS, y Organización Mundial de la Salud, OMS. "Orientaciones para el desarrollo de Ciudades, Entornos y Ruralidad Saludable (CERS)". Minsalud, Bogotá, 2017. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/orientaciones-promocion-cers.pdf>
- Mitlin, Diana and David Satterthwaite. *Urban Poverty in the Global South: Scale and Nature*. London: Routledge, 2012.
- Molina-Betancur, Juan Camilo, Eliana Martínez-Herrera, Juan M. Pericàs and Joan Benach. "Coronavirus Disease 2019 and Slums in the Global South: Lessons from Medellín (Colombia)". *Global Health Promotion*, Vol. 28, no. 1 (2020): 65-69.
- Ochoa, Catalina. "Colombia, fuente de aprendizaje para el mejoramiento integral de barrios precarios". *Investigación*, Vol. 3, no. 2 (2018): 54-57.
- Pérez Jaramillo, Jorge. *Medellín: urbanismo y sociedad*. Madrid: Turner, 2020.
- Pérez Jaramillo, Jorge, Juan Manuel Patiño, Giovanna Spera, Juan Carlos García, Doris Tarchópulos y Ligia Cardona. "El Plan de Ordenamiento Territorial de Medellín 2014: un modelo territorial para la intervención estratégica". Ponencia presentada en el VII Seminario Internacional de Investigación en Urbanismo, Barcelona-Montevideo, junio de 2015.

- Restrepo-Zea, Jairo Humberto, Eliana Martínez-Herrera y Andrea Ruiz-Molina. "Medellín y el sueño de Ciudad Saludable: construcción técnica y colectiva". *Revista de Salud Pública*, Vol. 19, no. 1 (2017): 24-31.
- Restrepo, Helena y Hernán Málaga, orgs. *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable*. Bogotá: Editorial Médica Internacional, 2001.
- Revi, Aromar. "Afterwards: Habitat III and the Sustainable Development Goals". *Urbanisation*, Vol. 1, no. 2 (2016): x-xiv.
- Richardson, Benjamin Ward. *Hygeia, a City of Health*. Glasgow: Good Press, 2019.
- Romero, Henry. "COVID-19 in Latin America: a Humanitarian Crisis". *The Lancet*, Vol. 396 (2020): 1463.
- Therborn, Göran. "The killing fields of inequality". *Eurozine* (2009): 1-10. <https://www.eurozine.com/the-killing-fields-of-inequality/?pdf>
- Torres-Tovar, Carlos Alberto. "Hábitat III y la nueva agenda urbana". *Bitácora Urbano Territorial*, Vol. 27, no. 2 (2017): 7-8.
- Velásquez Castañeda, Carlos Alberto. "Transformación del Estado Local y sus prácticas de intervención en sectores informales de Medellín, a partir de la experiencia en el Mejoramiento Integral de Barrios (1990-2015)". Trabajo de magíster, Universidad Nacional de Colombia, Medellín, 2015.
- Viana-Cárdenas, Carlos Verdaguer. "Después de Hábitat III: aproximación a un análisis crítico de la Nueva Agenda Urbana". *Ciudad y territorio: Estudios territoriales*, no. 191 (2017): 173-82.
- Whitmee, Sara, Andy Haines, Chris Beyrer, Frederick Boltz, Anthony G. Capon, Braulio Ferreira de Souza Dias, Alex Ezech et al. "Safeguarding Human Health in the Anthropocene Epoch: Report of The Rockefeller Foundation–Lancet Commission on Planetary Health". *The Lancet*, Vol. 386, no. 10007 (2015): 1973-2028.
- World Health Organization, who. "Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy". Adelaide, South Australia, 5-9 April 1988. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/59559>
- _____. "Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health". Sundsvall, Sweden, 9-15 June 1991. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HED-92.1>
- World Health Organization-who, and Canadian Public Health Association. "Ottawa Charter for Health Promotion". *Bulletin of the Pan American Health Organization (PAHO)*, Vol. 21, no. 2 (1987): 200-04.
- World Health Organization-who and UN-Habitat. *Hidden Cities. Unmasking and Overcoming Health Inequities in Urban Settings*. Geneva: who, 2010. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/52897/retrieve>

World Health Organization-who and UN-Habitat. *Global Report on Urban Health: Equitable Healthier Cities for Sustainable Development*. Geneva: WHO, 2016.

Yepes, Francisco José. "Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993". *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Vol. 9, no. 18 (2010): 118-23.

10. El sistema de salud de Colombia, entre el derecho a la salud y 30 años de reforma neoliberal

Álvaro Franco Giraldo¹

10.1. Introducción

Al cumplirse 30 años del modelo de salud colombiano afincado en la Ley 100 de 1993 por medio de la cual se crea el sistema de seguridad social integral,² no es fácil hacer un balance del tema más importante que nos interesa, cual es la salud pública. Esta quedó relegada a un segundo plano desde el inicio de la reforma del año 93. Si en algo coincidieron en ese entonces tanto defensores de la Ley 100, como sus detractores fue en que no se trataba de una política de salud pública. El resultado que se podría esperar era apenas obvio, llevaría hacia el año 2000 a una gran crisis sanitaria, sin que se tuviera claridad sobre quién respondería por las medidas de salud pública, tan elementales como la

- ¹ *Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez, Universidad de Antioquia UdeA, Calle 70 No. 52-21, Medellín, Colombia, profesor, correo: alvarofrancogiraldo@hotmail.com*
- ² Colombia, Congreso de la República, Ley 100 de 1993, Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones, http://www.secretariasenado.gov.co/senado/base-doc/ley_0100_1993.html

vacunación o la vigilancia epidemiológica. En general, los procesos de la salud pública mostraron indicadores negativos.³

Eso motivó también grandes discusiones en torno a tan intrincado asunto y la necesidad de presionar desde la sociedad civil para que se contemplara alguna legislación al respecto. Poco a poco se fueron logrando algunas normas con esa orientación, como es el caso de la Ley 715 de 2001 y algunos decretos, resoluciones ministeriales y acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, que buscaban recuperar la promoción de la salud y las estrategias de salud pública, como se describe más adelante.

Ha sido una lucha muy desigual entre quienes, de un lado, defienden el derecho a la salud y la salud de las poblaciones, y, de otro, quienes defienden el mercado de los servicios y los intereses económicos de las grandes empresas y del sistema económico tras las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y el complejo médico industrial y financiero-hospitalario. Muchos movimientos de la sociedad civil se han erigido desde la última década del siglo xx por la defensa de la salud pública, por el derecho a la salud y por una reforma estructural del sistema y otros tantos objetivos sociales.

Hernando Torres y Diana del Pilar Colorado argumentan que el derecho a la salud es obligatorio para el Estado si seguimos la normatividad internacional de Naciones Unidas y el sistema interamericano, pero también desde el derecho interno colombiano. Lo destacan de manera especial para el sistema de salud y el postconflicto en Colombia como uno de los condicionantes de la paz en un escenario desbordado por múltiples obstáculos. También interesa al sistema de salud en estos años postconstitucionales la atención de salud para las víctimas del conflicto y del desplazamiento forzado, a quienes se les debe responder con un enfoque diferencial. Así mismo, Torres y Colorado reconocen otro asunto inherente a esta etapa del sistema de salud, cual es el de la judicialización de la salud, debido a las múltiples tutelas y la débil participación comunitaria, asuntos que consideraremos de manera genérica en

3 Carlos Agudelo et al., "Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas", *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 16, no. 6 (2011): 2821, <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2011.v16n6/2817-2828/es>

este capítulo en relación con el derecho a la salud y los arreglos institucionales bajo el enfoque de la gobernanza. Asuntos que, de acuerdo con los autores, “configuran una respuesta a expresiones de la crisis de modelos de estado de derecho (legal y constitucional)”;⁴ expresiones como la inflación, la dispersión y la degradación normativa, que a la postre afectan al sistema.

Desde otra perspectiva, es importante recordar el determinante influjo que tuvo sobre la Ley 100 de 1993 el contexto internacional con fenómenos tales como los cambios político-económicos de la década de los 80, aupados por los mercados financieros para generar cuasi mercados para la gestión de los recursos públicos de la salud e incentivar decisiones políticas consecuentes con el nuevo modelo.

Quedan así perfiladas dos tendencias que determinaron o condicionaron la reforma a los sistemas de salud en las últimas décadas, las cuales guiarán también el marco analítico de este trabajo (FIGURA 4): la perspectiva del derecho a la salud y la orientación neoliberal.

En ese sentido, este capítulo se propone analizar, desde una aproximación reflexiva, los cambios del sistema de salud colombiano en el contexto del ejercicio de la autoridad sanitaria y del derecho a la salud, dentro del marco constitucional de los últimos 30 años, siguiendo las directrices del presente libro. Se abordarán temas como el rol de la rectoría y las funciones esenciales de la salud, que mejor se pueden expresar en el más amplio concepto de *gobernanza y salud*⁵ al cual nos referiremos en varios momentos. Este capítulo se inscribe en el norte filosófico de este libro, dirigido a “lograr el desarrollo de mejores condiciones de vida, organización de los servicios de salud, desarrollo de la salud pública y acciones intersectoriales para reducir las desigualdades sociales, económicas y culturales, desde la aprobación de la nueva Constitución”.

4 Hernando Torres y Diana del Pilar Colorado, eds., *El derecho fundamental a la salud: retos de la Ley Estatutaria. Algunas miradas a la salud en el posconflicto* (Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2021), 3.

5 Es necesario diferenciar gobernanza de otros términos cercanos como *governance*, en inglés, gobernanca, gobernabilidad y gobierno, entre otros.

10.2. Orientación filosófica y política

Se parte de considerar la salud como uno de los derechos humanos fundamentales en un contexto de Estado social de derecho. De acuerdo con una reciente investigación doctoral, los derechos “se constituyen en una de las razones de existencia de la forma Estado Social de Derecho desde los fundamentos teóricos del constitucionalismo social”.⁶ Rodrigo Uprimny sostiene que el Estado social de derecho es “el resultado de tres tradiciones ideológicas diversas: un Estado liberal de Derecho en el que el poder está limitado y en el que se reconoce la libertad del individuo; un Estado democrático fundado en las ideas de soberanía popular y de igualdad de los individuos y, por último, un Estado social en el que el poder político debe propiciar una justicia material mínima para los asociados”.⁷ Fue igual la concepción que defendieron algunos constituyentes en 1990, cuando rescataron el Estado social de derecho frente a las definiciones liberales prevalecientes, pero otros defendieron una perspectiva neoliberal, como se había trazado desde los organismos multilaterales (Banco Mundial, Fondo Monetario Internacional), también documentado en otro estudio.⁸ Otros más defendieron concepciones patrimonialistas del Estado, con intereses clientelistas, como bien lo expresa el ex ministro Camilo González Pozo.⁹

De otro lado, se argumenta la conexión entre el derecho a la salud y el Estado social de derecho: “el derecho a la salud como derecho fundamental tiene un contenido formal y material determinado por los fines, valores y principios que dan sustento a la forma Estado Social de Derecho”.¹⁰

6 Elsy Luz Barrera, *La salud en Colombia: entre el derecho a la salud y la racionalidad económica del mercado 1993-2015* (Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 2015), 25.

7 Rodrigo Uprimny, “Constitución de 1991, Estado social y derechos humanos: promesas incumplidas, diagnósticos y perspectivas”, en *Diez años de la Constitución colombiana, 1991-2001 seminario de Evaluación, 13 a 16 de junio de 2001*, Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales (Bogotá: ILSA, 2001).

8 Álvaro Franco, Marco Palma y Carlos Álvarez-Dardet, “Efecto del ajuste estructural sobre la situación de salud en América Latina y el Caribe, 1980-2000”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 19, no. 5 (2006): 291-9, <https://scielosp.org/article/rpdp/2006.v19n5/291-299/>

9 Camilo González Pozo, exministro de salud en 1990, en Foro preparatorio de este libro, Facultad Nacional de Salud Pública, 9 de abril de 2021.

10 Barrera, *La salud en Colombia*, 26.

Este preámbulo ya deja ver la contradicción que se patentiza desde la Constitución de 1991, la cual es permisiva con la perspectiva neoliberal, a pesar de que se basa en el Estado social de derecho. Contradicción que ha influido de manera categórica en la Ley 100 de 1993 y en toda la gestión regulatoria derivada de allí durante los últimos 30 años. Esta hibridación sirve, de un lado, para entender toda la problemática expresada en este capítulo sobre la gobernanza y la rectoría del sistema de salud colombiano, y, de otro, permite diseñar un modelo explicativo sobre la arquitectura del sistema para los fines analíticos que nos proponemos, modelo basado en dos tendencias o perspectivas, la una dirigida por el mercado de los servicios de salud y los seguros de enfermedad, la otra proclive a los designios del derecho a la salud, que se concretaría muy tardíamente en la Ley 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud,¹¹ y en la Sentencia C-313 de 2014,¹² la cual todavía hoy no se ha podido implementar de manera suficiente. Una cosa ha sido la letra constitucional y otra el ejercicio de implementación del derecho a la salud, debido a la coexistencia en simultaneidad de esas dos rutas que hemos señalado, las cuales, en la práctica, han llevado a la hegemonía de la perspectiva neoliberal, descuidando los derechos.

La Constitución Política de 1991,¹³ en su artículo 1, define de manera certera que “Colombia es un estado Social de Derecho, [...] una república unitaria, [...] descentralizada, democrática y participativa, [...] pensada por el interés general”, pero en la realidad otra cosa se ha podido demostrar, muy distante del espíritu constitucional. Según algunos constituyentes, nada se cumple, “queda pendiente el Estado Social de Derecho y la prevalencia del interés general”.¹⁴ Es decir, de un lado están la cláusula social de la Constitución y el preámbulo basado en los principios fundamentales (justicia, igualdad,

11 Colombia, Congreso de la República, Ley 1751 de 2015, Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones, http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html

12 Colombia, Corte Constitucional, Expediente PE-040 - Sentencia C-313 del 29 de mayo de 2014, M. P.: Gabriel Eduardo Mendoza, <https://www.corteconstitucional.gov.co/comunicados/No.%2021%20comunicado%2029%20de%20mayo%20de%202014.pdf>

13 Asamblea Nacional Constituyente, *Constitución Política de 1991* (Bogotá: Legis, 1992).

14 Aída Avella, exconstituyente en 1990, en Foro preparatorio de este libro, Facultad Nacional de Salud Pública, 9 de abril de 2021.

dignidad, condición humana, el papel central de la persona y de la comunidad), y de otro la causa neoliberal. Esos principios fundamentales del Estado social de derecho fueron promulgados por uno de sus pioneros, Hermann Heller: la igualdad social, la dignidad humana, el libre desarrollo de la personalidad, el derecho a la vida y a la integridad personal, a la vivienda, a la educación, al trabajo, a la seguridad social y a un ambiente sano.

Esa doble ruta política que nos ha dejado la Constitución Política de 1991 puede explicar la ingobernabilidad que se ha apoderado del sistema de salud colombiano después de la configuración mediante la Ley 100 de 1993. Las tensiones y los conflictos de la vida cotidiana del sistema son expresiones de esa contradicción fundamental, la cual se abordará en el análisis de la gobernanza, la rectoría y la política regulatoria en los párrafos siguientes al incluir algunas categorías y tensiones entre Estado y mercado, entre la perspectiva de derechos y la perspectiva neoliberal, entre Atención Primaria en Salud (APS) y el modelo de aseguramiento, entre el enfoque curativo etiopatogénico del sistema y el modelo de salud, entre otras.

Las instituciones que surgen como consecuencia de la reforma sectorial sanitaria de 1993, la institucionalidad del sistema dentro del concepto de *gobernanza*, son analizadas según el marco analítico de la FIGURA 4.

Este capítulo del libro se ha centrado fundamentalmente en el componente institucional, aunque se puede analizar desde varias ópticas, como lo han hecho algunos autores: desde lo jurídico (lineamientos teóricos del Estado social de derecho y tratados internacionales de derechos humanos), desde lo económico (corrientes de pensamiento y lineamientos de los organismos multilaterales) y desde lo político (procesos sociopolíticos e institucionales).¹⁵ Aquí se toma en cuenta la concepción del Estado social de derecho y del derecho a la salud, y algunas interpretaciones ideológicas de los modelos económicos, pero se enfatiza en el componente institucional y en los procesos sociosanitarios del sistema de salud colombiano desde la teoría de los modelos de salud.¹⁶

¹⁵ Barrera, *La salud en Colombia*, 31.

¹⁶ Álvaro Franco, "Configuraciones, modelos de salud y enfoques basados en la Atención Primaria en Latinoamérica, siglo XXI. Una revisión narrativa", *Gerencia y Políticas de Salud*, Vol. 19 (2020): 1-22, <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/28129>

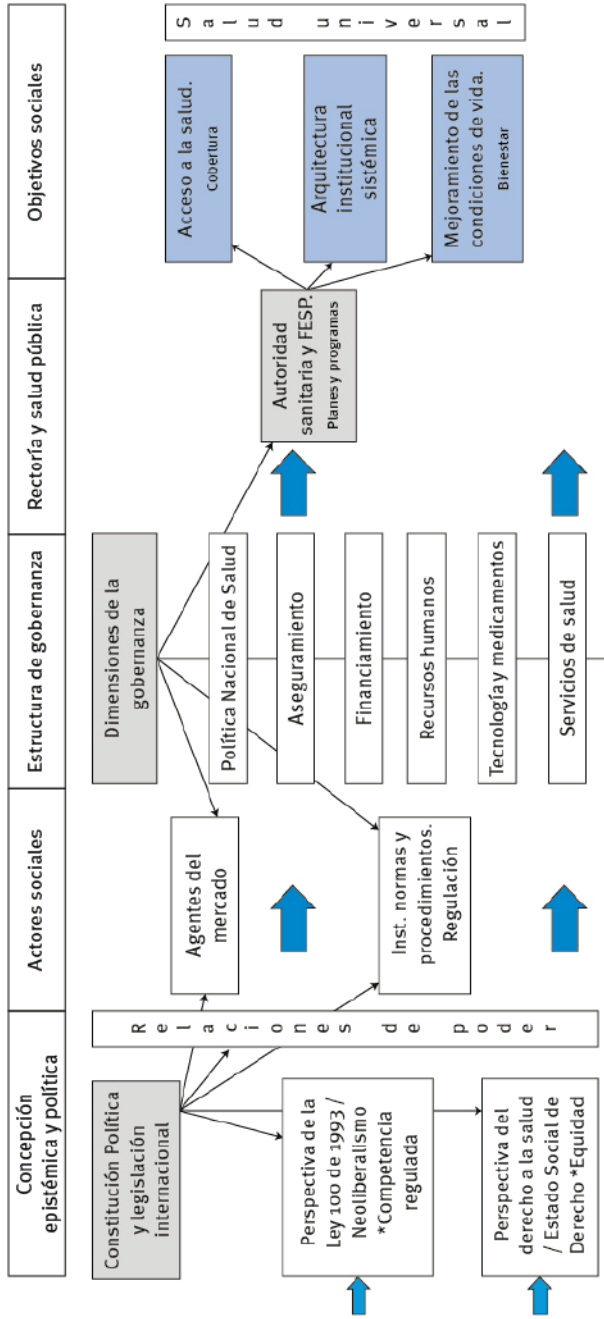


FIGURA 4. Un modelo analítico para el sistema de salud de Colombia, 1991-2021.

Fuente: elaboración propia

Siguiendo la perspectiva del institucionalismo social, se deben incluir tres tipos de factores en el marco analítico de los arreglos institucionales de una política pública: “las reglas utilizadas por los participantes para ordenar sus relaciones (*rules-in-use*), las características materiales y físicas del contexto pertinente (estado del mundo) y, finalmente, las particularidades culturales propias de la comunidad política (*attributes of community*)”.¹⁷ Por su parte, Salomón Kalmanovitz nos recuerda con Williamson que “el neo institucionalismo trabaja en dos niveles: uno macro, constituido por el medio institucional o reglas de juego que constriñen las acciones de los agentes y las encausa, y un nivel micro, en el que operan las instituciones de gobierno sobre los agentes económicos, como los mercados, los cuasi mercados y las estructuras jerárquicas de contratación (empresas y burocracias públicas)”.¹⁸ Estas dos vertientes de análisis son muy importantes para entender la reforma del sistema de salud colombiano, en el cual la mayor problemática se ha expresado en ese nivel micro, aunque, como se venía analizando atrás, es consecuencia de las contradicciones a nivel macro de orden constitucional y estatal, que sin duda lo mantendremos como referente esencial.

10.3. Un modelo analítico

Con base en los anteriores postulados y dimensiones, complementados con los de la gobernanza y la rectoría sanitaria, se construye el marco analítico que se define en la FIGURA 4.

Se plantean tres objetivos sociales del sistema de salud de Colombia, los cuales serán explorados en esta disertación: 1) el logro del acceso universal a la salud; 2) el mejoramiento de las condiciones de vida (bienestar), y 3) el logro de una arquitectura institucional sistémica (el motor para la dinámica y la transformación del sistema). A continuación, se incluyen algunas dimensiones

¹⁷ André Noël Roth-Deubel, “Perspectivas teóricas para el análisis de las políticas públicas: ¿de la razón científica al arte retórico”, *Revista Estudios Políticos*, no. 33 (2008): 81, <https://revistas.udea.edu.co/index.php/estudiospoliticos/article/view/1943>

¹⁸ Salomón Kalmanovitz, “El neoinstitucionalismo como escuela”, *Revista de Economía Institucional*, Vol. 5, no. 9 (2003): 192, <https://www.redalyc.org/pdf/419/41900909.pdf>; Oliver Williamson, “Economic Institutions and Development: A View from the Bottom”, in *A Not-So-Dismal Science: A Broader View of Economies and Societies*, eds. Mancur Olson and Satu Kahkonen (Oxford: Oxford University Press, Economy of Institutions, 2000), 93.

conceptuales de la rectoría y la gobernanza propuestas por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OMS),¹⁹ a las cuales se alude durante el análisis micro de la reforma de la salud en Colombia durante estos 30 años: salud universal, política nacional de salud, tecnología y medicamentos, financiamiento, recursos humanos, servicios de salud, regulación/producción de bienes con impacto sobre la salud, modelo de atención y organización de servicios y cambios en el aseguramiento en salud.

En el *Marco de monitoreo para la salud universal en las Américas*, libro publicado por la OPS, se proponen cuatro dimensiones de análisis: “1) resultados de impacto (estado de salud y bienestar), 2) resultados intermedios (acceso universal a la salud), 3) resultados inmediatos (cobertura universal de salud) y 4) acciones estratégicas (políticas, planes, programas)”.²⁰ A estas también aludiremos, aunque no de manera sistemática. Este trabajo no pretende hacer una evaluación ni un monitoreo de la situación de salud colombiana, pero sí considera la perspectiva de la salud universal, el derecho a la salud, la solidaridad, la equidad y sus posibilidades en el actual modelo colombiano.

Como puede verse en la FIGURA 4, dos tendencias influyen con cierta hibridación, de manera transversal, en los diferentes procesos y dimensiones de la gobernanza en salud en el país, a partir de la Constitución Política de 1991, al plantearse el Estado social de derecho en cohabitación con un modelo económico de corte neoliberal, como lo enfatizamos atrás: 1) de un lado, el ideario de la Ley 100 de 1993, el cual recoge las políticas trazadas por los organismos financieros internacionales sobre la reforma neoliberal de los servicios de salud (léase, por ejemplo, *Invertir en salud*)²¹ o el estudio de 1987 de la misma entidad²² y 2) la filosofía del derecho a la salud, la solidaridad y la equidad,

19 “Rectoría y gobernanza hacia la salud universal”, Organización Panamericana de la Salud, OPS, y Organización Mundial de la Salud, OMS, PAHO, s. f., <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/uh-governance-es.html>

20 Organización Panamericana de la Salud, OPS, *Marco de monitoreo para la salud universal en las Américas* (Washington: OPS, 2021) 8.

21 World Bank, *Investing in Health* (Oxford: Oxford University Press, 1993).

22 Banco Mundial, “El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo: una agenda para la reforma”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*, Vol. 103, no. 6 (1987): 695-709, <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/17647/v103n6p695.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

tendencia que, en condiciones de debilidad, se expresa de diversas maneras durante el desarrollo del sistema de salud colombiano, propende por el universalismo y la consolidación del derecho. El derecho a la salud en Colombia solo se hizo explícito al promulgarse la Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria en Salud),²³ aunque antes fueron importantes los pronunciamientos y las sentencias T-760 de 2008²⁴ y C-313 de 2014.²⁵

10.3.1 Gobernanza y rectoría en Salud

Antes de emprender el viaje por la institucionalidad de la salud en Colombia en la égida de la Constitución de 1991 (propósito de este ensayo), es importante clarificar los términos gobernanza, rectoría y regulación, de acuerdo con su usanza en salud. Según la OMS y la OPS, “la rectoría de las autoridades de salud ha conducido los procesos de cambio de la gobernanza de los sistemas de salud de la Región de las Américas hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de la salud”.²⁶ Entienden la “rectoría” como la capacidad de liderazgo de las autoridades de salud para fortalecer el cambio de las estructuras de gobernanza del sistema de salud y la “gobernanza” como “los arreglos institucionales que regulan a los actores y los recursos críticos que tienen influencia sobre las condiciones de cobertura y acceso a los servicios de salud”.²⁷ Más ampliamente, siguiendo a Marc Hufty, Ernesto Báscolo y Roberto Bazzani, la gobernanza engloba “los procesos de acción colectiva que organizan la interacción entre los actores, la dinámica de los procesos y las reglas de juego (informales y formales), con las cuales una sociedad determina sus conductas, toma y ejecuta sus decisiones”.²⁸

²³ Colombia, Congreso de la República, Ley 1751 de 2015.

²⁴ Colombia, Corte Constitucional, Sala Segunda de Revisión, Sentencia T-760 del 31 de julio de 2008, M. P.: Manuel José Cepeda Espinosa, <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-760-08.htm>

²⁵ Colombia, Corte Constitucional, Expediente PE-040 - Sentencia C-313 del 29 de mayo de 2014, M. P.: Gabriel Eduardo Mendoza, <https://www.corteconstitucional.gov.co/comunicados/No.%2021%20comunicado%2029%20de%20mayo%20de%202014.pdf>

²⁶ “Rectoría y gobernanza hacia la salud universal”, OPS y OMS.

²⁷ “Rectoría y gobernanza hacia la salud universal”, OPS y OMS.

²⁸ Marc Hufty, Ernesto Báscolo y Roberto Bazzani, “Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación”, *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 22 (2006): S37, <https://www.scielo.br/j/csp/a/89LjrgHDvwc9rH8c4b8ppHv/?format=pdf&lang=es>

El concepto analítico de *gobernanza* planteado por los autores apunta de una manera no normativa a “describir y explicar las interacciones de actores, procesos y reglas de juego, y así lograr una mejor comprensión de las conductas y toma de decisiones de la sociedad”,²⁹ perspectiva que se sigue en el presente marco analítico (FIGURA 4).

En síntesis, “la gobernanza involucra las interacciones entre las estructuras, procesos y tradiciones que determinan cómo el poder es ejercido, cómo se toman las decisiones y cómo participan los actores”,³⁰ es decir, “la gobernanza es la suma de las muchas maneras en que individuos e instituciones manejan sus asuntos comunes”.³¹ El análisis debe dar cuenta de las interacciones e intereses diversos o conflictivos de los actores, que pueden eventualmente conducir a una acción cooperativa o disyuntiva (caso colombiano).

10.4. La política regulatoria en el sistema de salud

Colombia, desde antes de la Constitución Política de 1991, en términos institucionales ostentaba un modelo segmentado, muy propio de los países de América Latina, basado en un subsector oficial o público, un subsector de la seguridad social y un subsector privado. Se fundamentaba en la asistencia pública y en la beneficencia, concepción de la Constitución de 1886 apoyada en la caridad y la atención médica privada, hasta encontrar el modelo de seguridad social con la creación de la caja nacional de previsión social (CAJANAL) en 1945 y el instituto colombiano de seguros sociales (ICSS) en 1946. Este modelo segmentado posteriormente se rompería con el fortalecimiento del modelo de mercado establecido por la Ley 100 de 1993.³² Como consecuencia de esa reforma que ahora está frisando su tercera década, esos tres segmentos desaparecen siguiendo un proceso de fragmentación y atomización peor.

El modelo colombiano, en los albores de la reforma, fue definido como un modelo de competencia regulada, denominado por otros como pluralismo

²⁹ Hufty, Báscolo y Bazzani, “Gobernanza en salud”, S36.

³⁰ “Governance and Good Governance: International and Aboriginal Perspectives”, Tim Plumpre and John Graham, Institute on Governance (Ottawa) December 3, 1999, <https://www.coursehero.com/file/38491524/1999-December-govgoodgovpdf/>

³¹ Hufty, Báscolo y Bazzani, “Gobernanza en salud”, S37.

³² Franco, “Configuraciones, modelos de salud”.

estructurado,³³ fundamentado en la Ley 100 de 1993. Rápidamente fue modificado por una serie de normas que siguieron desarrollando la línea de mercado y sostenibilidad financiera del sistema, y por otras que avanzaron en el componente regulatorio de lo público-estatal (FIGURA 5), las cuales se ponen en una balanza respondiendo a la contradicción expuesta en la primera parte de este capítulo. Entre esas normas, se incluyen varias leyes que vinieron a complementar, más que a modificar, la Ley 100 de 1993, lo que fue interpretado como una profundización del modelo de mercado. Habría que contar en este inventario también con un inusitado número de decretos reglamentarios expedidos por el Gobierno nacional, unas veces, y acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud entre 1994 y 2012, otras veces, acuerdos también de la Comisión de Regulación en Salud (CRES), que reemplazó al consejo en esta función. También, varias sentencias de la Corte Constitucional que trataron de poner orden en el sistema e inspirar el derecho a la salud al interpretar el bloque de constitucionalidad.

La norma que marca un punto de inflexión en la transformación del sistema es la Sentencia T-760 de 2008, que obligó a varios cambios en el mismo, pero hizo reaccionar también de una manera fuerte a los opositores del derecho a la salud a través de una emergencia social en los años 2009 y 2010. La Sentencia T-760 del 2008 de la Corte Constitucional y la emergencia social de la salud de 2009³⁴ avivaron el debate sobre el derecho a la salud y las fallas del sistema de salud, dadas las irregularidades en temas como el precio de los medicamentos y las fallas estructurales del sistema. A la postre, la Corte Constitucional (sentencias C-252 y C-253 de 2010) declara inexecutable los decretos de la emergencia social, pero deja vigentes algunos de sus efectos.³⁵

33 Juan-Luis Londoño y Julio Frenk, “Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina” (Documento de Trabajo 353, Banco Interamericano de Desarrollo, Oficina del Economista Jefe, 1997), <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Pluralismo-estructurado-Hacia-un-modelo-innovador-para-la-reforma-de-los-sistemas-de-salud-en-Am%C3%A9rica-Latina.pdf>

34 Colombia, Presidencia de la República, Decreto 4975 del 23 de diciembre de 2009, Por el cual se declara el Estado de Emergencia Social, <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1695090>

35 Álvaro Franco, “La última reforma del sistema general de seguridad social en salud colombiano”, *Revista de Salud Pública*, Vol. 14, no. 5 (2012): 865-77, <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2012.v14n5/865-877>

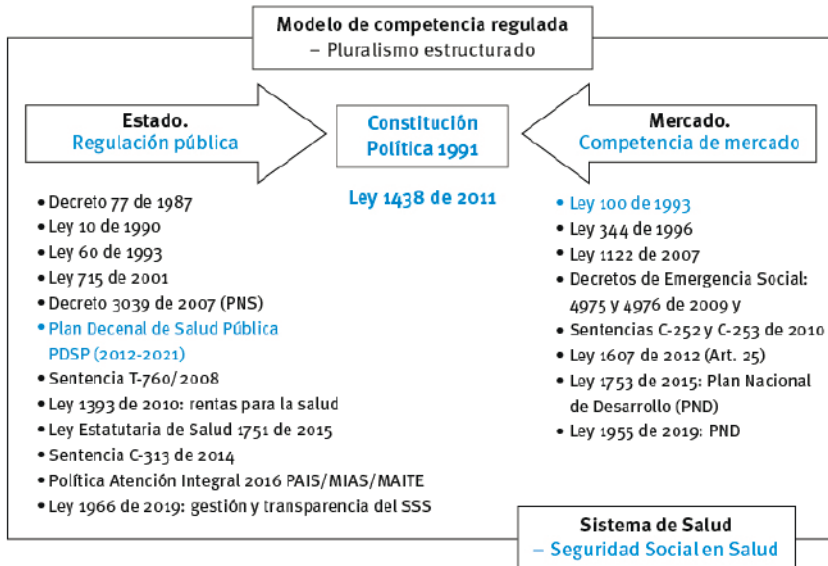


FIGURA 5. Marco regulatorio del sistema de salud de Colombia y sus denominaciones.

Fuente: elaboración propia

El debate originado con la Sentencia T-760 lleva posteriormente a que el Congreso de la República de Colombia formule la Ley 1438 del 19 de enero del 2011,³⁶ la cual incluye temas importantes y esenciales para la salud pública. No obstante, el escenario de conflicto basado en el mercado, caótico y polarizado, no cambió en lo fundamental ni se logró el giro esperado hacia la salud pública. Se fortaleció en cambio la presencia de empresas poderosas de la salud de orden privado, que cumplieran la tarea de intermediación financiera del sistema. El modelo implementado en la etapa de la reforma ha sido de tipo económico, no sanitarista, interesado en la generación de los cuasi mercados en salud. La misma Ley 1438 mantiene o desarrolla la contradicción que hemos descrito a lo largo de este capítulo al centrarse en la sostenibilidad financiera

36 Colombia, Congreso de la República, Ley 1438 de 2011, Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html

del sistema, a pesar de proponer la política de APS y las redes integradas de servicios en un modelo de aseguramiento competitivo. Al final, resultó ardua la implementación de estas estrategias de salud pública, así como la del derecho a la salud, el cual se mantuvo en ciernes.

En otra investigación doctoral se concluye que “el sistema de salud colombiano, [...] ha favorecido un modelo de atención curativa, centrado en los servicios hospitalarios, basado en los especialistas y bajo el modelo de la teoría del libre mercado, factores que limitan el acceso universal en salud [...], prioriza a la asignación de recursos para el componente de los servicios de salud sobre los demás determinantes de la salud (ambiente y comportamiento)”³⁷ complementando que la regulación se ha centrado en el control del gasto y la financiación, llevando a un enfoque mercantilista del sistema de salud en Colombia.³⁸ En suma, no se llega a tener un modelo regulado (competencia regulada) a pesar de las múltiples reformas a la Ley 100 de 1993 para mejorar la salud pública e integrar la APS (Ley 1438 de 2011), o a definir la salud como un derecho fundamental (Ley Estatutaria 1751 de 2015) o establecer un modelo integral de atención (Ley 1753 de 2015 y Resolución 429 de 2016).

10.4.1. El enfoque de la salud pública

En relación con la gestión de la salud pública, lo primero fue su empaquetamiento en los planes básicos de atención mediante Resolución 4288 de 1996,³⁹ basados en la gratuidad de las externalidades (solo incluye aquellas patologías con un impacto colectivo o que producen efectos sobre terceros). Posteriormente, después de la Ley 1122 de 2007, se llega al primer plan cua-

37 Erwin Hernando Hernández, “Atención primaria y determinantes sociales en salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población” (Tesis de doctorado, Universidad Miguel Hernández de Elche, San Juan de Alicante, España, 2017), 13, https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webform/pre_publicacion/tesis_phd_teseo.pdf

38 Hernández, “Atención primaria”, 14.

39 Ministerio de Salud de Colombia, Resolución No. 4288 de 1996, Por la cual se define el Plan de atención Básica (PAB) del Sistema General de Seguridad Social (sgsss) y se dictan otras disposiciones, https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%204288%20DE%201996.pdf

trienal de salud mediante el Decreto 3039 de 2007, que ya le pone un asien- to territorial al tema de la salud pública, aunque sigue basado en programas verticales, con grandes limitaciones de ejecución por parte de las EPS. Hasta que en el año 2012, después del mandato de la Ley 1438 de 2011, tenemos el primer Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 mediante Resolución 1841 de 2013,⁴⁰ que amplía el enfoque a los territorios y a grupos de poblaciones especiales y vulnerables. Esta vía tiene un correlato de continuidad con la Po- lítica de Atención Integral en Salud (PAIS), su Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)⁴¹ y las Rutas de Atención Integral, (RIAS) a partir del año 2016, complementado después con el Modelo de Acción Integral Territorial (MAI- TE)⁴² del actual Gobierno. Son dos de los instrumentos más importantes que los últimos Gobiernos han desarrollado tratando de resolver este desfase, en la búsqueda de legitimar un enfoque de salud pública. Estas iniciativas legis- lativas se complementan con otras normas, la mayoría de origen ministerial, que optan por ser reglamentarias de las leyes principales, como se ve en la FIGURA 6, las cuales hacen énfasis en la promoción de la salud, pero sin lograr un modelo colectivo que privilegie las acciones comunitarias, más allá de las personales e interpersonales.

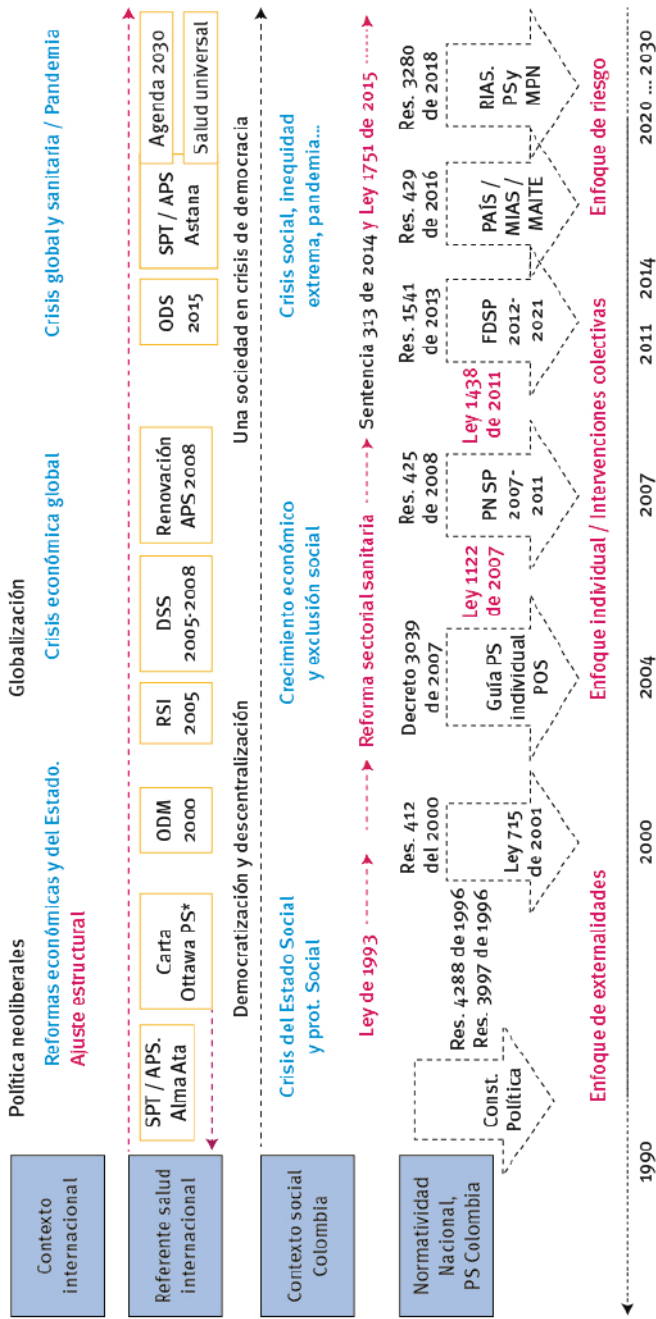
10.4.2. El derecho a la salud

No podríamos terminar esta referencia al componente regulatorio del sistema sin resaltar el principal polo de la contradicción delineada en nuestro marco analítico: la lucha por el derecho a la salud dentro del Estado social de dere- cho. Desafortunadamente, se tuvo que recurrir a una gran cantidad de tutelas

40 Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución No. 0001841 de 2013, Por la cual se adop- ta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1841-de-2013.pdf>

41 Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 429 de 2016, Por medio de la cual se adop- ta la Política de Atención Integral en Salud, https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf

42 Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución No. 2626 de 2019, Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud -PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Te- rritorial-MAITE, <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-2626-de-2019.pdf>



Notas: *9 conferencias internacionales de promoción de la salud. PS: Promoción de la Salud
 APS: Atención Primaria en Salud. DSS: Determinantes sociales de la salud. SPT: Salud para Todos (SPT 2000). POS: Plan Obligatorio de Salud. ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio. ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible

FIGURA 6. Contexto de la salud pública en Colombia, 1991-2021.

Fuente: elaboración propia

para su defensa,⁴³ de ello dan cuenta los obstáculos en el acceso y el incumplimiento de derechos que son fundamentales para la salud pública. En esta vía jurisprudencial, con el apoyo de la Corte Constitucional, se destaca la Sentencia T-760 de 2008 y la Ley Estatutaria (Ley 1751 de 2015). La Constitución Política de 1991, a lo sumo, llegó a definir la salud en el artículo 49 de la carta “como un servicio público de carácter esencial y obligatorio”, pero no fue reconocida como derecho fundamental. En teoría, la Ley Estatutaria en Salud, la 1751 del 2015, corregiría esta falencia 25 años después, aunque quedó reducido el derecho a la salud a una mínima expresión basada en “el acceso a los servicios de salud” y atado a la sostenibilidad financiera de la prestación, lo que llevó a la declaratoria de exequibilidad condicionada que hiciera la Corte Constitucional de dicha Ley 1751 en la Sentencia C-313 de 2014.

10.5. El desempeño del sistema de salud colombiano

Se pudieran resumir los principales problemas que afectaron al sistema de salud en esta etapa constitucional siguiendo diferentes análisis, así: en cobertura y debilidades del acceso, en capacidad instalada, salud pública con limitaciones, fragmentación y atomización de la mayoría de los procesos, predominio del negocio y afán de lucro, en recursos humanos y desequilibrio financiero,⁴⁴ etc. Fundamentalmente son problemas de acceso a la protección de la salud y a la garantía del derecho fundamental, como lo describimos atrás. Otra de las dificultades ha sido la estrategia para limitar el precio de los medicamentos en relación con el uso de patentes, con real impacto sobre la sostenibilidad del sistema, debido a que la Superintendencia de Industria y Comercio flexibilizó las patentes, aunque fue positiva la gestión del Ministerio de Salud en el anterior cuatrienio presidencial (2014-2018), al excluir algunos productos del libre comercio y el control de precios de medicamentos.

43 Defensoría del Pueblo de Colombia, *La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social*, 14.ª ed. (Bogotá: Defensoría del Pueblo, 2020), <https://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Estudio-La-Tutela-Derechos-Salud-Seguridad-Social-2019.pdf>. De acuerdo con la Defensoría del Pueblo de Colombia, las tutelas pasaron de 10.732 (1992) a 617.071 (2016); en este último año, el derecho a la salud es invocado en el 26,57 % de las tutelas y otros derechos económicos, sociales y culturales (DESC) en el 24,35 %.

44 Torres y Colorado, *El derecho fundamental a la salud*, 4.

En otra perspectiva, el Grupo de Economía de la Salud (GES) destaca la cobertura como un logro del ss y como desafíos la corrupción, débil rectoría, bajo nivel de la gobernanza entre actores y desconocimiento de la Comisión Intersectorial de Salud Pública.⁴⁵ Por su parte, Carlos Agudelo et al. anotan que “la construcción de la política de salud pública quizás ha sido uno de los aspectos más complejos en el ss [...], se generaron unas condiciones de competencias institucionales, capacidades de orientación, decisión y conducción (rectoría), recursos y actores en el sector de la salud, cuya coordinación y articulación presentó dificultades, como ocurrió con el flujo de los recursos [...]”⁴⁶ Otros han denunciado que, en cuanto al acceso a la atención médica, cada vez se hace mayor la brecha entre el campo y la ciudad.⁴⁷

Si hacemos un análisis más estratégico y consideramos los tres objetivos sociales planteados para este trabajo (acceso en salud, arquitectura del sistema y mejoramiento de las condiciones de vida), ninguno lograría una evaluación satisfactoria, como se explicita a continuación:

10.5.1. Logros en salud universal, acceso y cobertura

Este objetivo debe analizarse en el marco de la salud universal, que no es solamente cobertura de servicios, menos aún de indicadores de aseguramiento como los presenta Colombia, donde el objetivo con mayores logros sería el de la cobertura en el aseguramiento.⁴⁸ El estudio de Jairo Humberto Restrepo Zea, Lina P. Casas Bustamante y Juan J. Espinal Piedrahita presenta las cifras de aseguramiento a diciembre de 2018: “47,1 millones de afiliados, lo que corresponde al 94,4 % de la población”. Pero, según los mismos autores, “a pesar de los avances en la cobertura y del descenso de las tutelas en los primeros años posteriores a la Sentencia T-760, estas han vuelto a crecer particularmente a

45 Jairo Humberto Restrepo Zea y O. L. Zapata, “Desafíos de la gobernanza en salud en Colombia: Una mirada con actores del sistema de salud” (Documento de trabajo, Medellín, Grupo de Economía de la Salud (GES), Universidad de Antioquia, marzo de 2021), 4.

46 Agudelo et al., “Sistema de salud en Colombia”, 2821.

47 Torres y Colorado, *El derecho fundamental a la salud*, 7.

48 Del 95 y 98 %: 22.624.355 en el subsidiado y 22.412.660 en el contributivo (incluyen allí el subsidio de salud, lo cual no significa un seguro).

partir de 2014⁴⁹. Como vemos, tan rimbombante avance en cobertura no se traduce en acceso a los servicios, ni en la garantía del derecho a la salud, como se desprende también de las estadísticas oficiales que denotan altas cifras de tutelas.⁵⁰ La “cobertura universal”⁵¹ conlleva un aseguramiento sin acceso, muy distinto a lo que entendemos por salud universal⁵² (FIGURA 4) y a la postura de los sistemas universales de salud.⁵³ La “cobertura universal” ha sido denunciada y enfrentada por quienes defienden otras concepciones de la atención, como Naciones Unidas y la OPS, que hoy proponen “la salud universal” como política (incluyen el acceso más que el cobro de la contribución o de la financiación de la atención).

En este contexto de la salud universal adquieren relevancia las once Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) que se constituyeron en el corazón de la rectoría en salud, pero han tenido dificultades para su implementación en Colombia después de su formulación en el año 2000.⁵⁴ Una evaluación realizada por la OPS en Bogotá con actores nacionales, siete años después de la implementación del modelo de Ley 100 de 1993,⁵⁵ mostraba las grandes deficiencias de la gestión en salud pública en el país. Llama la atención que fueran

49 Jairo Humberto Restrepo Zea, Lina P. Casas Bustamante y Juan J. Espinal Piedrahita, “Cobertura universal y acceso efectivo a los servicios de salud: ¿Qué ha pasado en Colombia después de diez años de la Sentencia T-760?”, *Revista de Salud Pública*, Vol. 20, no. 6 (2020): 670-76, <https://www.scielosp.org/article/rsap/2018.v20n6/670-676/es/>

50 Defensoría del Pueblo de Colombia, *La tutela*.

51 “CE154. 154.a Sesión Del Comité Ejecutivo, Washington, D.C., EUA, del 16 al 20 de junio del 2014”, Organización Panamericana de la Salud, OPS, y Organización Mundial de la Salud, OMS, PAHO, 2014, <https://www.paho.org/es/ce154?topic=All&d%5Bmin%5D=&d%5Bmax%5D=&page=1>

52 Organización Panamericana de la Salud, OPS, *Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel* (Washington: OPS, 2019), https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50960/9789275320778_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y

53 “Declaración del encuentro ALAMES - CEBES en el 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestao da Saúde”, Associação Brasileira de Saúde Coletiva, Abrasco, 1 de outubro 2013, <https://www.abrasco.org.br/site/congressos-eventos/congresso-brasileiro-de-politica-planejamento-e-gestao-em-saude/>

54 Organización Panamericana de la Salud, OPS, “Las funciones esenciales de la salud pública”, en *La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción* (Washington: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, 2002), 59-73, http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Salud_Publica_en_las_Americas.pdf

55 “Informe Especial. Funciones esenciales de Salud Pública”, Salud Colombia, 2001, <http://www.saludcolombia.com/actual/salud62/informe.htm>

las funciones de promoción de la salud, desarrollo de salud pública, participación y desarrollo de políticas las que quedaban en el cuartil más bajo de la evaluación, entre 0 y 25 %, aunque en general la mayoría mostraban grandes deficiencias (FIGURA 7). Solo a partir de este estudio los diseñadores de la reforma vinieron a entender que era necesario pensar en mejorar y redimensionar la salud pública.

<p>Calificación entre 0 y 25 %</p> <p>Función 3. Promoción de salud</p> <p>Función 10. Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública</p> <p>Función 4. Participación de los ciudadanos en salud</p> <p>Función 5. Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública</p> <p>Función 9. Garantía de calidad de servicios de salud individuales y colectivos</p> <p>Función 6. Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública</p> <p>Calificación entre 25 y 50 %</p> <p>Función 7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios</p> <p>Función 8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública</p> <p>Calificación entre 50 y 75 %</p> <p>Función 1. Monitoreo y análisis de la situación de salud</p> <p>Función 2. Vigilancia en salud pública, investigación y control de riesgos y daños a la salud pública</p> <p>Calificación entre 75 y 100 %</p> <ul style="list-style-type: none"> • Función 11: Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud
--

FIGURA 7. Medición de las FESP, Colombia, 2000.

Fuente: Tomado de Revista Salud Colombia, 2001

Recientemente, las FESP han sido actualizadas para el logro de la salud universal, sustentadas en cuatro pilares que dan cuenta de esta política: “aplicar valores éticos de la salud pública para abordar las inequidades en relación con la salud y sus causas; abordar las condiciones sociales, económicas, culturales y políticas que determinan la salud de las poblaciones; garantizar el acceso

universal a servicios de salud pública integrales e integrados, individuales y colectivos; expandir la función de rectoría de las autoridades de salud para abordar los desafíos de la salud pública”.⁵⁶ Se trata de la “Caracterización de las funciones esenciales de la salud pública en el abordaje integrado de la salud pública” que,⁵⁷ además de redefinirlas, las agrupan con una perspectiva más estratégica, según se configuran en la FIGURA 8.

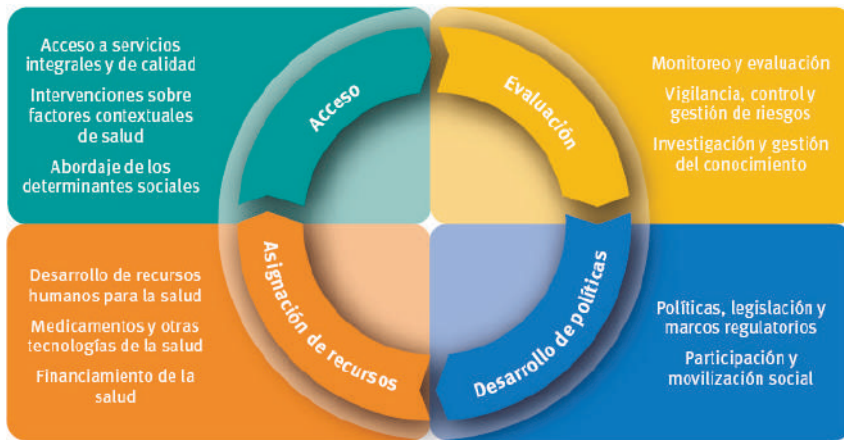


FIGURA 8. Abordaje integrado de las FESP, según caracterización de la OPS, 2020.

Fuente: Tomado de OPS y OMS⁵⁸

10.5.2. Arquitectura institucional sistémica: alternativas exploradas

Se han evidenciado grandes dificultades estructurales en el sistema de salud colombiano (fallas en la arquitectura del sistema) durante esta etapa de implementación. Los enfrentamientos han sido múltiples y generadores de un abigarrado tendal de explicaciones para entender las anomalías del sistema de salud desde diversas concepciones ideológicas y las más variopintas interpretaciones de la

⁵⁶ Organización Panamericana de la Salud, OPS, y Organización Mundial de la Salud, OMS, *Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción* (Washington: OPS, 2020), 14, https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53125/9789275322659_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

⁵⁷ OPS y OMS, *Las funciones esenciales*, 14.

⁵⁸ Ibid.

política. Una de las consignas más escuchadas durante estas tres décadas ha sido la que alude a una “reforma estructural del sistema de salud”. Más benévolas con el modelo y con el sistema han sido las apreciaciones desde la economía de la salud; no obstante, agudos tratadistas de esta disciplina también han señalado sus falencias. Así se advertía en el 2012: “Colombia aún necesita llegar a acuerdos, sobre el concepto de que la competencia administrada es un competencia regulada cuidadosamente. El país tiene una regulación incompleta para soportar la competencia regulada, relacionada con varios problemas claves: los precios de los insumos médicos, la calidad de la atención y el servicio y la administración de las EPS”;⁵⁹ Y recomendaban que “La integración inteligente de los recursos debe ser planeada y administrada cuidadosamente para que sea realista, sostenible y creíble”.⁶⁰ Se supone que tras estas fallas estaría la explicación de la gran disparidad en los desenlaces de salud en el país.⁶¹

Pero en el modelo colombiano uno de los problemas, quizá el más importante en cuanto a la arquitectura del sistema, es la falta de sistematicidad. En estos 30 años se han venido proponiendo alternativas en varios niveles, aquí vamos a considerar algunas que le apuntan a la reconfiguración. Así, se enfatiza en que “El modelo de competencia regulada establecido por la Ley 100 de 1993 para el funcionamiento del sistema de salud en Colombia presenta fallas de mercado y fallas de gobierno”.⁶²

Estos autores proponen “impulsar el sistema dual de competencia regulada en zonas densamente pobladas y monopolios en zonas sin densidad geográfica y regionalizar el sistema”.⁶³ De acuerdo con los autores de este que denominan paradigma emergente,⁶⁴ un sistema de salud moderno al cual se aproximaría el modelo colombiano debe responder a: “(a) incrementar la eficiencia vía la

59 Dov Chernichovsky, Ramiro Guerrero y Gabriel Martínez, “La sinfonía incompleta: La reforma al Sistema de Salud de Colombia” (Documento de trabajo- , ICESI, Septiembre, 2012), 4. https://www.icesi.edu.co/proesa/imagenes/docs/The%20Incomplete%20Symphony_Span_27Sep12.pdf

60 Chernichovsky, et al., 2012, 3.

61 Dov Chernichovsky y Sergio I. Prada, “Ajustes a la arquitectura del sistema general de salud de Colombia: una propuesta”, *Estudios Gerenciales*, Vol. 31, no. 135 (2015): 163-70.

62 Chernichovsky y Prada, “Ajustes a la arquitectura”, 163.

63 Chernichovsky y Prada, “Ajustes a la arquitectura”, 163.

64 Dov Chernichovsky, “Health System Reforms in Industrialized Democracies: An Emerging Paradigm”, *The Milbank Quarterly*, Vol. 73, no. 3 (1995): 339-72.

formulación coherente de políticas públicas, y una clara división institucional entre definición e implementación de política; (b) aumentar la coordinación del cuidado de la salud de los niveles público, poblacional y privado; (c) mantener disciplina fiscal, o contención de costos y sostenibilidad financiera, y (d) estimular la competencia y la rendición de cuentas por parte de las instituciones ante los ciudadanos”.⁶⁵ Es decir, se propone un modelo regionalizado del sistema de salud y una especie de bifurcación de este, manteniendo el modelo de competencia regulada, complementado con un modelo no competitivo, de carácter monopolístico, en aquellas regiones del país donde el mercado no se puede desarrollar de manera óptima. Adicional a ello, la integración regional de los hospitales públicos con una autoridad coordinadora, la integración de los recursos públicos y privados y, finalmente, el establecimiento de instrumentos de regulación de la oferta de infraestructura. También en la PAIS y el MIAS⁶⁶ se plantea algo similar, al considerar un modelo diferencial para poblaciones urbanas, rurales y dispersas.

Otro analista plantea cuatro ejes muy similares: mejorar formulación e implementación de las políticas; papel rector del Estado; regulación y sostenibilidad financiera, y competencia y rendición de cuentas. Propende por la claridad de las funciones de cada uno de los actores, crucial para la arquitectura del sistema.⁶⁷

Otros autores referenciados también proponen alternativas que llegan a afectar la arquitectura del sistema de salud, basadas en nuevos órganos, funciones y relaciones,⁶⁸ propuestas que llevarían a una reconfiguración del sistema con base también en una nueva gobernanza, un concepto más dado desde lo político, que desde la economía.

Algunos de esos cambios estructurales más radicales sonaron con fuerza en una nueva propuesta de reforma del sistema que ingresó al Congreso de

65 Chernichovsky y Prada, “Ajustes a la arquitectura”, 164.

66 Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 429 de 2016.

67 Hernández, “Atención primaria”.

68 Restrepo Zea y Zapata, “Desafíos de la gobernanza”, 4.

Colombia como Proyecto de Ley 010 de 2020 del Senado,⁶⁹ siendo rechazado por gran cantidad de actores sociales y parlamentarios, fundamentalmente por ir en contravía de la Ley 1751 de 2015 (estatutaria del derecho a la salud), volviéndose a presentar en la legislatura del 2021 y finalmente rechazado por el movimiento social. En este punto, nos interesan los cambios relacionados con la configuración del sistema de salud, los cuales fueron debatidos en la ponencia negativa:⁷⁰ un mayor ajuste de la red hospitalaria a la rentabilidad económica (por la vía de la fusión de instituciones y por las alianzas público-privadas); una mayor gobernabilidad a las “aseguradoras” para que integren sus propias redes de manera vertical u horizontal; la “regionalización” del aseguramiento y la creación de economías de escala, propuestas encaminadas a la configuración de grandes oligopolios (uno o pocos) de “aseguradores”, aliados o liderados por la inversión extranjera. Se intentó la integración alrededor del capital, pero no la integración alrededor de la población que requieren los sistemas universales de salud, como se propone en este marco analítico.

10.5.3. Mejoramiento de condiciones de vida: los determinantes sociales de la salud (DSS)

El mejoramiento de las condiciones de vida y bienestar no depende del sistema de salud, sino más que todo del modelo de desarrollo y del régimen político, que, en el caso colombiano, no es proclive a luchar por la equidad y el bienestar poblacional, pero el sistema sí ha sido uno de los factores que más malestar ha generado en el pueblo colombiano.

Así y todo, al hablar de salud pública tendremos que referirnos a condiciones de vida, bienestar y DSS. Implica, por lo tanto, hablar de las políticas de

69 Colombia, Senado de la República, Proyecto de Ley 010 de 2020, Por medio de la cual se dictan disposiciones orientadas a garantizar el Derecho Fundamental a la Salud dentro del Sistema General de Seguridad Social, de conformidad con la ley 1751 de 2015, y la sostenibilidad del Sistema de Salud, <http://leyes.senado.gov.co/proyectos/index.php/textos-radicados-senado/p-ley-2020-2021/1791-proyecto-de-ley-010-de-2020>

70 Victoria Sandino, José Aulo Polo y Alberto Castilla, Ponencia Negativa, Proyecto de Ley 010-20 de 2021, Por medio de la cual se dictan disposiciones orientadas a garantizar el derecho fundamental a la salud dentro del sistema general de seguridad social, de conformidad con la ley 1751 de 2015, y la sostenibilidad del sistema de salud.

promoción social y el agendamiento de la “Salud en todas las Políticas”, si seguimos los lineamientos de Adelaida.⁷¹ El Plan Decenal de Salud Pública destaca algunas de esas políticas y las define bajo el enfoque de DSS, políticas que han tenido su implementación en Colombia en las últimas décadas, aunque siguiendo un enfoque no poblacional: “la red para la superación de la pobreza extrema; la política para la población víctima del desplazamiento forzado por la violencia; las políticas diferenciales para grupos étnicos y género; la Política Integral de Desarrollo y Protección Social para la primera infancia, niñez, adolescencia y juventud (...)”.⁷² También la Ley Estatutaria en Salud alude a los DSS en su artículo 9,⁷³ aunque con un enfoque factorial y sin desarrollarlos en su articulado. Los DSS siguen en espera de una política integral.

10.6. Conclusiones

Las relaciones de poder que se dieron desde la Asamblea Constituyente de 1990, después de formulada la carta política, han mantenido las tensiones y conflictos tanto en el diseño y la formulación del sistema de seguridad social, como en el accionar e interacción de esos diversos actores, que han sido determinantes en el entramado de la gobernanza del sistema de salud. Relaciones que se han expresado en los dos polos de esta tensión que hemos desarrollado en este capítulo: la tendencia neoliberal y la que defiende el derecho a la salud y el Estado social de derecho. No obstante, se ha mantenido la hegemonía neoliberal en cuanto a la definición de políticas y la arquitectura del sistema

71 “Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas. Hacia una gobernanza com-partida en pro de la salud y el bienestar. Informe de la Reunión Internacional sobre la Salud en Todas las Políticas, Adelaida 2010”, Organización Mundial de la Salud, OMS, y Government of South Australia, WHO, 2010, https://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf

72 Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución No. 0001841 de 2013, 20.

73 “Artículo 9. Determinantes sociales de salud. Es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida. Estas políticas estarán orientadas principalmente al logro de la equidad en salud. El legislador creará los mecanismos que permitan identificar situaciones o políticas de otros sectores que tienen un impacto directo en los resultados en salud y determinará los procesos para que las autoridades del sector salud participen en la toma de decisiones conducentes al mejoramiento de dichos resultados”. Colombia, Congreso de la República, Ley 1751 de 2015, 4.

de salud, muy a pesar de la presión por defender el derecho a la salud y consolidarse en una Ley Estatutaria.

Como consecuencia de ello, los tres objetivos identificados en este marco analítico han quedado en deuda con los principios y fundamentos de la Constitución Política y con los ideales de la salud universal, ante todo en razón de la precaria calidad de la accesibilidad al sistema de salud, una accesibilidad condicionada y limitada por razones estructurales y administrativas, muy a pesar de ostentar cifras altas de aseguramiento.

Bibliografía

- Agudelo, Carlos, Jaime Cardona, Jesús Ortega y Rocío Robledo. "Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas". *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 16, no. 6 (2011): 2817-28. <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2011.v16n6/2817-2828/es>
- Asamblea Nacional Constituyente. *Constitución Política de 1991*. Bogotá: Legis, 1992.
- Associação Brasileira de Saúde Coletiva, Abrasco. "Declaración del encuentro ALAMES — CEBES en el 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão da Saúde". 1 de outubro 2013. <https://www.abrasco.org.br/site/congressos-eventos/édicos-brasileiro-de-politica-planejamento-e-gestao-em-saude/>
- Banco Mundial. "El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo: una agenda para la reforma". *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*, Vol. 103, no. 6 (1987): 695-709. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/17647/v103n6p695.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Barrera, Elsy Luz. *La salud en Colombia: entre el derecho a la salud y la racionalidad económica del mercado 1993-2015*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 2015.
- Colombia. Congreso de la República. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.
- _____. Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html
- _____. Ley 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html
- Colombia. Corte Constitucional, Sala Segunda de Revisión. Sentencia T-760 del 31 de julio de 2008. M. P.: Manuel José Cepeda Espinosa. <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-760-08.htm>

- Colombia. Corte Constitucional. Expediente PE-040-Sentencia C-313 del 29 de mayo de 2014. M. P.: Gabriel Eduardo Mendoza. <https://www.corteconstitucional.gov.co/comunicados/No.%202021%20comunicado%2029%20de%20mayo%20de%202014.pdf>
- Colombia. Presidencia de la República. Decreto 4975 del 23 de diciembre de 2009. Por el cual se declara el Estado de Emergencia Social. <http://www.suin-juris-col.gov.co/viewDocument.asp?id=1695090>
- Colombia. Senado de la República. Proyecto de Ley 010 de 2020. Por medio de la cual se dictan disposiciones orientadas a garantizar el Derecho Fundamental a la Salud dentro del Sistema General de Seguridad Social, de conformidad con la ley 1751 de 2015, y la sostenibilidad del Sistema de Salud. <http://leyes.senado.gov.co/proyectos/index.php/textos-radicados-senado/p-ley-2020-2021/1791-proyecto-de-ley-010-de-2020>
- Chernichovsky, Dov. “Health System Reforms in Industrialized Democracies: An Emerging Paradigm”. *The Milbank Quarterly*, Vol. 73, no. 3 (1995): 339-72.
- Chernichovsky, Dov, Ramiro Guerrero and Gabriel Martínez. “The Incomplete Symphony: The Reform of Colombia’s Healthcare System”. Working Paper, ICESI, September, 2012. https://www.icesi.edu.co/proesa/images/docs/The%20Incomplete%20Symphony_EN.pdf
- Chernichovsky, Dov y Sergio I. Prada. “Ajustes a la arquitectura del sistema general de salud de Colombia: una propuesta”. *Estudios Gerenciales*, Vol. 31, no. 135 (2015): 163-70.
- Defensoría del Pueblo de Colombia. *La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social*. 14.ª ed. Bogotá: Defensoría del Pueblo, 2020. <https://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Estudio-La-Tutela-Derechos-Salud-Seguridad-Social-2019.pdf>
- Franco, Álvaro. “La última reforma del sistema general de seguridad social en salud colombiano”. *Revista de Salud Pública*, Vol. 14, no. 5 (2012): 865-77. <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2012.v14n5/865-877>
- _____. “Configuraciones, modelos de salud y enfoques basados en la Atención Primaria en Latinoamérica, siglo XXI. Una revisión narrativa”. *Gerencia y Políticas de Salud*, Vol. 19 (2020): 1-22. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/28129>
- Franco, Álvaro, Marco Palma y Carlos Álvarez-Dardet. “Efecto del ajuste estructural sobre la situación de salud en América Latina y el Caribe, 1980-2000”. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 19, no. 5 (2006): 291-9. <https://scielosp.org/article/rpsp/2006.v19n5/291-299/>

- Heller, Hermann. *Teoría del Estado*. Traducción de Luis Tobío. 6.^a ed. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica, 1971.
- Hernández, Erwin Hernando. “Atención primaria y determinantes sociales en salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población”. Tesis de doctorado, Universidad Miguel Hernández de Elche, San Juan de Alicante, España, 2017. <http://dspace.umh.es/handle/11000/4814>
- Hufty, Marc, Ernesto Báscolo y Roberto Bazzani. “Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación”. *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 22 (2006): S35-S45. <https://www.scielo.br/j/csp/a/89LjrgHDvwC9rH-8c4b8ppHv/?format=pdf&édi=es>
- Kalmanovitz, Salomón. “El neoinstitucionalismo como escuela”. *Revista de Economía Institucional*, Vol. 5, no. 9 (2003): 189-212. <https://www.redalyc.org/pdf/419/41900909.pdf>
- Londoño, Juan-Luis y Julio Frenk. “Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina”. Documento de Trabajo 353, Banco Interamericano de Desarrollo, Oficina del Economista Jefe, 1997. <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Pluralismo-estructurado-Hacia-un-modelo-innovador-para-la-reforma-de-los-sistemas-de-salud-en-Am%C3%A9rica-Latina.pdf>
- Ministerio de Salud de Colombia. Resolución No. 4288 de 1996. Por la cual se define el Plan de atención Básica (PAB) del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS) y se dictan otras disposiciones. [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%204288%20DE%201996.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad%20Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%204288%20DE%201996.pdf)
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución No. 0001841 de 2013. Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1841-de-2013.pdf>
- _____. Resolución 429 de 2016. Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud. [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad%20Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf)
- _____. Resolución No. 2626 de 2019. Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud -PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial-MAITE. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-2626-de-2019.pdf>
- Organización Mundial de la Salud, OMS, y Government of South Australia. “Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas. Hacia una go-

- bernanza compartida en pro de la salud y el bienestar. Informe de la Reunión Internacional sobre la Salud en Todas las Políticas, Adelaida 2010". WHO, 2010. https://www.who.int/social_determinants/édicos_adelaide_statement_for_web.pdf
- Organización Panamericana de la Salud, ops. "Las funciones esenciales de la salud pública". En *La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción*, 59-73. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, 2002. http://www1.paho.org/hq/dmdo-uments/2010/FESP_Salud_Publica_en_las_Americas.pdf
- _____. *Marco de monitoreo para la salud universal en las Américas*. Washington: ops, 2021. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53299?locale-attribute=es>
- Organización Panamericana de la Salud, ops, y Organización Mundial de la Salud, oms. "CE154. 154.a Sesión Del Comité Ejecutivo, Washington, D.C., EUA, del 16 al 20 de junio del 2014". PAHO, 2014.
- _____. *Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel*. Washington: ops, 2019. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50960/9789275320778_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- _____. *Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción*. Washington: ops, 2020. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53125/9789275322659_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- _____. "Rectoría y gobernanza hacia la salud universal". PAHO, s. f.
- Plumptre, Tim and John Graham. "Governance and Good Governance: International and Aboriginal Perspectives". Ottawa, Institute on Governance, December 3, 1999. <https://www.files.ethz.ch/isn/122184/govgoodgov.pdf>
- Restrepo Zea, Jairo Humberto, Lina P. Casas Bustamante y Juan J. Espinal Piedrahita. "Cobertura universal y acceso efectivo a los servicios de salud: ¿Qué ha pasado en Colombia después de diez años de la Sentencia T-760?". *Revista de Salud Pública*, Vol. 20, no. 6 (2020): 670-76. <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v20n6/0124-0064-rsap-20-06-670.pdf>
- Restrepo Zea, Jairo Humberto y O. L. Zapata. "Desafíos de la gobernanza en salud en Colombia: Una mirada con actores del sistema de salud". Documento de trabajo, Medellín, Grupo de Economía de la Salud (GES), Universidad de Antioquia, marzo de 2021.
- Roth-Deubel, André Noël. "Perspectivas teóricas para el análisis de las políticas públicas: ¿de la razón científica al arte retórico". *Revista Estudios Políticos*, no. 33 (2008): 67-91. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/estudiospoliticos/article/view/1943>

- Salud Colombia. “Informe Especial. Funciones esenciales de Salud Pública”. 2001. <http://www.saludcolombia.com/actual/salud62/informe.htm>
- Sandino, Victoria, José Aulo Polo y Alberto Castilla. Ponencia Negativa, Proyecto de Ley 010-20 de 2021. Por medio de la cual se dictan disposiciones orientadas a garantizar el derecho fundamental a la salud dentro del sistema general de seguridad social, de conformidad con la ley 1751 de 2015, y la sostenibilidad del sistema de salud.
- Torres, Hernando y Diana del Pilar Colorado, eds. *El derecho fundamental a la salud: retos de la Ley Estatutaria. Algunas miradas a la salud en el posconflicto*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2021.
- Uprimny, Rodrigo. “Constitución de 1991, Estado social y derechos humanos: promesas incumplidas, diagnósticos y perspectivas”. En *Diez años de la Constitución colombiana, 1991-2001 seminario de Evaluación, 13 a 16 de junio de 2001*, 97-101. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales. Bogotá: ILSA, 2001.
- Williamson, Oliver. “Economic Institutions and Development: A View from the Bottom”. In *A Not-So-Dismal Science: A Broader View of Economies and Societies*. Edited by Mancur Olson and Satu Kähkönen, 93. Oxford: Oxford University Press, Economy of Institutions, 2000.
- World Bank. *Investing in Health*. Oxford: Oxford University Press, 1993.

11. A 30 años de la acción de la tutela y el derecho fundamental a la salud en Colombia

*Diana Patricia Guerra-Mazo*¹

11.1. La consagración de la tutela en el texto constitucional. Una breve introducción

La importancia de hacer un homenaje a la Constitución Política de Colombia de 1991 radica en que por primera vez en 180 años, desde la proclamación de la independencia, se construye un texto constitucional de forma pluralista, de cara a la ciudadanía, tras haber ganado el movimiento de la Séptima Papeleta la propuesta de reforma constitucional, y lograr en la Asamblea Nacional Constituyente la participación de muchos sectores, grupos y personas que por primera vez llegaban a instituciones de representación y toma de decisión, con diferentes posturas ideológicas, entre ellos estudiantes, grupos cristianos, mujeres, sindicatos, indígenas, excombatientes. Eso llevó a que se tuviera que conciliar cada artículo, a buscar consensos. Es así como las diferentes dimensiones enri-

¹ *Asesora y docente en distintas instituciones de educación superior, correo: gmdianapatricia@gmail.com*

quecieron el texto constitucional, partiendo del territorio ancestral y llegando a referentes de la doctrina del derecho internacional. Esto se ve reflejado en los debates registrados en las gacetas de la Asamblea Nacional Constituyente, de forma especial en lo relativo al tipo de Estado que se quería, donde primara la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados. En otros debates se plantearon las figuras jurídicas de exigibilidad de los derechos que permitirían su concreción, para que no fueran simplemente retórica.

En este marco se tiene la propuesta del constituyente Juan Carlos Esguerra Portocarrero, quien radicó el proyecto de artículo constitucional de la acción de tutela para la protección inmediata de los derechos constitucionales, tanto individuales como colectivos, buscando un mecanismo expedito que permitiera consagrar en la carta magna un recurso efectivo que protegiera los derechos, distando un poco del recurso de amparo constitucional del derecho comparado mexicano, el cual comprende la totalidad de los mecanismos de control de constitucionalidad, y del argentino, que tiene un desarrollo jurisprudencial, o del complejo control concentrado de constitucionalidad colombiano de 1910. Se resalta en el seno de la Asamblea Nacional Constituyente la presentación de otras propuestas con el fin de proteger los derechos fundamentales, pero fue en los debates donde se concertó que la nueva figura jurídica sería para reclamar ante los jueces el cumplimiento inmediato de los derechos fundamentales, teniendo como base el reconocimiento de la dignidad humana, a través de un procedimiento preferente y sumario, cuando resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de autoridades públicas o de particulares en casos concretos.

En este contexto, se logra la consagración del artículo 86 de la Constitución y nace a la vida jurídica la acción de tutela como un nuevo derecho y garantía, el cual se ha convertido en la joya de la corona dentro del nuevo Estado social de derecho, porque ha permitido la prevalencia del derecho sustancial, la eficacia, la celeridad, la democratización de la justicia, la exigibilidad de los derechos, en particular la dignidad de las personas. Ha propiciado la garantía del derecho a la salud, primero por conexidad con la vida y con la integridad física, luego como fundamental por vía jurisprudencial, exigible de manera autónoma, a la luz de los tratados, convenios, pactos y compromisos

internacionales, especialmente la Observación General N.º 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. En el año 2015 es cuando se consolida la fundamentalidad por vía legislativa con la Ley Estatutaria 1751. La tutela se ha constituido en el instrumento judicial más socorrido por todas las personas para proteger sus derechos, y en salud ha permitido el acceso y oportunidad a cirugías, entrega de medicamentos, ayudas diagnósticas, citas con especialistas, tratamientos médicos, prótesis, entre otros.

11.2. Desarrollo de la tutela

Dentro de los decretos reglamentarios de la acción de tutela se tienen: el 2591 de 1991, 306 de 1992, 1382 de 2000, 1069 y 1834 de 2015 y 1983 de 2017. Allí se estipula la competencia, los requisitos de procedibilidad, el alcance, la impugnación, la solicitud de cumplimiento de fallo, el incidente de desacato, el fraude a resolución judicial, el prevaricato por omisión, la enseñanza de la tutela y las reglas de reparto de la tutela. Es necesario resaltar, dentro del propósito de este escrito y de forma especial, la importancia de la guardianía de la Constitución, quien ha logrado sentar una doctrina jurisprudencial muy importante y de avanzada en salud, con lo cual se ha consolidado la fundamentalidad del derecho, el afianzamiento de principios como el de integridad en salud, lo que ha permitido el acceso a insumos que no hacen parte del plan obligatorio, hoy denominado Plan Básico de Salud (PBS), para lograr el mayor bienestar y la dignidad del ser humano en caso de requerirlos. De igual manera, se han generado reglas y subreglas que sirven por analogía para la solución de casos futuros, en el supuesto del hecho de que compartan los mismos elementos en cumplimiento del derecho a la igualdad.

En este punto es necesario resaltar que, desde su consagración, se han presentado múltiples proyectos de reforma a la acción de tutela (por ejemplo, el Radicado N.º 006 de 1992 del 21 de enero, del Senado de la República, por el cual se reglamenta la acción de tutela, consagrada en el artículo 86 de la Constitución Política y se modifica el Decreto 2591 de 1991, “acción de tutela” estado: archivado). En muchos de los casos se ha pretendido colocar límites al uso de la tutela, de ahí la importancia de la consagración de esta acción en la norma de normas como un derecho y una garantía. Con las propuestas han

pretendido limitar la competencia del juez, establecer restricciones al accionante, la Corte Constitucional ha realizado algunas prohibiciones de revisión. Igualmente, postulan que sea la ley quien regule la tutela contra providencias judiciales y que solo se podría presentar a través de abogado, han pretendido ampliar los plazos para decidir y suspender el cumplimiento de la decisión judicial en caso de impugnarse, entre otras, situaciones muy lesivas para la garantía de los derechos fundamentales, donde perderían los ciudadanos por los límites que se pretenden implementar. Podría leerse en todo lo anterior que estos proyectos de ley buscan un desmonte de la acción de tutela.

11.3. Las decisiones judiciales de tutela

A pesar de la efectividad de la acción de tutela en la protección directa de los derechos fundamentales, en los temas de salud se tiene que recurrir en muchos casos a la figura de solicitud de cumplimiento de fallo y del incidente de desacato, el cual consiste en un mecanismo de carácter judicial para hacer cumplir la decisión del juez constitucional. En algunas oportunidades se tiene que interponer varias veces el incidente de desacato para lograr el cumplimiento de lo ordenado por el juez, así sea de forma parcial. A continuación, se presenta un gráfico bastante revelador en cuanto a la judicialización de los derechos fundamentales a través de la acción de tutela, lo que lleva a concluir que existe una permanente vulneración de los derechos. En los años en que han sido posible conocer con certeza las acciones de tutela en salud, bien sea por la clasificación que se publica en la página de la Corte Constitucional o por los estudios de tutela que ha realizado la Defensoría del Pueblo, se encuentra que el derecho fundamental a la salud es el segundo derecho más tutelado en Colombia (ver FIGURA 9).

En este gráfico se observa la tendencia de incremento de las acciones de tutela desde 1992, con excepción de los años 2020 y 2021, en los que se presenta la pandemia de la Covid-19 a nivel mundial y las dinámicas de acceso a la justicia en Colombia han cambiado. En esto influyen múltiples factores, tales como las cuarentenas desde marzo 16 de 2020, las posteriores medidas de choque como el acordeón, pico y cédula, toque de queda, el período de ajuste de la Rama Judicial para la atención a través de sistema digital, el no

acceso a equipos de cómputo por parte de la ciudadanía, falta de educación en sistemas, la no conectividad por no contar con internet, la atención hospitalaria casi exclusiva para los asuntos de la pandemia, el cierre de oficinas defensoras de los derechos humanos en su área de atención al público, la no atención al público en las oficinas estatales, cierre o restricción al acceso de oficinas de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), no atención o suspensión de las citas y procedimientos con especialistas, solo atención de urgencias, entre otras. Estas son solo algunas de las barreras identificadas en la época de pandemia.

Ahora bien, es necesario recordar que la finalidad de la acción de tutela es el cumplimiento inmediato de los derechos fundamentales para que se realice una acción o cese una afectación o amenaza. Y, en el caso del derecho fundamental a la salud, se puede solicitar el cumplimiento de las garantías constitucionales, la efectivización de los principios, fines y derechos consagrados en la parte dogmática del Estado social de derecho a los entes territoriales municipales, departamentales, EPS, hospitales públicos o privados, los operadores logísticos de tecnologías en salud y los gestores farmacéuticos, a la Super Intendencia Nacional de Salud, al Ministerio de Salud, a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), entre otros.

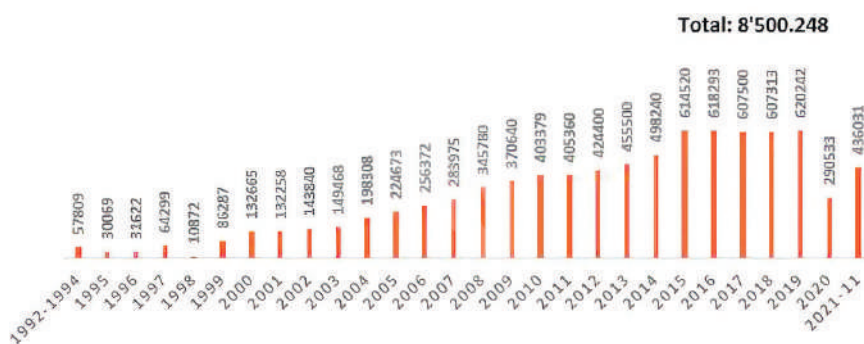


FIGURA 9. Número de acciones de tutela radicadas ante la Corte Constitucional en el periodo comprendido entre 1992 a noviembre de 2021.

Fuente: Corte Constitucional

En concordancia con lo planteado, es preciso comprender lo que implica que Colombia sea un Estado social de derecho. En los proyectos de reforma constitucional se presentaron los principios fundamentales de la Constitución y lo que debía caracterizar a dicho Estado, entre ellos, la soberanía popular y el respeto a los derechos humanos. En estas ponencias también participaron otras instituciones, las cuales trataron la participación comunitaria, y se dejó claro que el desarrollo social implica un nuevo Estado social que sea democrático de derecho. Estas tesis contribuyen a asumir un compromiso con la efectividad de los derechos, que queda plasmado en el artículo 1.º de la Constitución y en su parte dogmática. Más adelante, la Corte Constitucional, en la Sentencia T-406 de 1992, indica que uno de los pilares de dicho Estado se encuentra en el concepto de *derecho fundamental*, que transversaliza todo el aparato estatal con la materialización de los derechos, y el otro es la acción de tutela. De igual manera, indica en la misma providencia que el derecho fundamental se caracteriza por: “1) Conexión directa con los principios constitucionales; 2) Eficacia directa y 3) Contenido esencial”.² Se resalta en este punto que los argumentos tienen una alta carga de doctrina internacional, de forma especial del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su artículo 12, que establece el derecho “al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. Cuando se relacionan estos conceptos, se encuentra una estrecha conexión con la vida, la dignidad humana, la integridad física y psíquica, por lo que se puede afirmar que esto los hace inter e intradependientes al hacer parte de los derechos humanos.

Hasta aquí, el análisis de la información y la casuística permite identificar la acción de tutela como una red compleja de relaciones que desarrollan diferentes actores y tópicos, como vasos comunicantes que se relacionan entre sí. Es el caso de los niños, adultos mayores, personas en situación de discapacidad, la población migrante, personas en situación o condición de calle, indígenas, afros, ROM, raizales, palenqueras, población privada de la libertad, mujeres gestantes, víctimas del conflicto armado. Ese estudio sobrepasaría los

2 Colombia, Corte Constitucional, Sentencia T-406 del 5 de junio de 1992, M. P.: Ciro Angarita Barón, <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1992/T-406-92.htm>

límites de este texto. Cabe recordar la prevalencia del derecho sustancial y, por ello, se deben garantizar a todas las personas sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social, tal como lo estipula el Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos, en su artículo 2.º, el cual ha sido suscrito por Colombia.

Merecen especial mención los derechos fundamentales, que se caracterizan por su aplicación inmediata. Estos se encuentran de forma especial en el título II, capítulo 1 de la Constitución, pero ello no significa que sean excluyentes de otros, toda vez que se pueden encontrar inmersos en toda la Constitución, por ejemplo en el artículo 44, donde se consagran el derecho fundamental a la salud de los niños, el derecho a la vida, su integridad física, la seguridad social, alimentación equilibrada, lo cual tiene relación directa con los determinantes sociales de la salud. Otro derecho fundamental relacionado con el tema objeto de estudio está consagrado en el artículo 229, que establece el derecho de acceso a la administración de justicia, el cual permite la exigibilidad y materialización de los derechos. De igual manera, se tienen los artículos 93 y 94, que hacen una expansión de los derechos fundamentales, por ser inherentes a la persona humana y comportar el carácter no taxativo de la enunciación de derechos, lo que sobrelleva a la exigibilidad de la salud y otros derechos conexos a la luz de los tratados internacionales, porque están ligados con la dignidad de la persona. Esto aunado al concepto de *Estado social de derecho* como garantizador del bien común. Así quedó consagrado en el artículo 1.º de la Constitución. De igual manera, se tiene el artículo 366, que liga la salud con los fines del Estado dentro de sus políticas públicas, este tejido da una eficacia directa a la acción de la tutela, para que el juez constitucional imparta las ordenes necesarias para proteger el derecho.

Por otra parte, es importante tener claro cuándo no procede la acción de tutela en salud. En esta situación se considera que, cuando se pretende proteger un derecho colectivo, no es el mecanismo idóneo, a menos que sea una acción transitoria para salvaguardar derechos fundamentales vulnerados por la situación. No procede la tutela cuando se está frente a una acción consumada de vulneración, a menos que continúe el daño. No procede contra los actos generales,

impersonales y abstractos, por ejemplo un decreto presidencial o una resolución del Ministerio de Salud. No procede contra sentencia judicial de tutela, a menos que se haya vulnerado el debido proceso de los intervinientes, bien sea accionante o accionado. No procede cuando existen otros recursos o procedimientos judiciales, a menos que sea para evitar un perjuicio mayor.

En este tópico es necesario recordar que la tutela es un mecanismo de protección subsidiario, por ello el legislador estableció, en el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, en el artículo 126 de la Ley 1438 de 2011 y en los artículos 1 y 6 de la Ley 1949 de 2019, un mecanismo de carácter judicial y de conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud como autoridad administrativa, el cual ha sido catalogado por la Corte Constitucional como eficaz e idóneo para la efectiva protección de los derechos fundamentales en salud; no obstante, no impide el derecho de la acción de tutela “cuando hay un perjuicio que haga forzosa la exigibilidad de los derechos, debido a una necesidad urgente de protección”.³

Con lo planteado, conviene tener claridad sobre qué personas pueden interponer la acción de tutela en salud, es decir, la legitimación de la causa por activa. Entre estas, se tienen las personas naturales nacionales o extranjeras que residan en Colombia y se les esté vulnerando su derecho fundamental, el representante legal (en caso de los menores de edad, los interdictos, los incapaces absolutos y las personas jurídicas), el apoderado judicial, el agente oficioso y el Ministerio Público, como los personeros municipales a quienes les compete la guarda y promoción de los derechos humanos. En Colombia, se puede accionar además la jurisdicción para evitar daños irreparables a través de la acción de tutela.

Otro punto para tener siempre en el radar es que Colombia, con la consagración de la acción de tutela, buscaba cumplir con unos compromisos internacionales que garantizaran los derechos humanos. Al respecto, en la Asamblea Nacional Constituyente se evidencia la necesidad de cumplir con los compromisos con el Sistema Universal de los Derechos Humanos y con el

3 Colombia, Corte Constitucional, Sentencia SU-508 del 7 de diciembre de 2020, M. P.: Alberto Rojas Ríos y José Fernando Reyes Cuartas, <https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/2020/SU508-20.htm>

sistema americano, lo cual se deriva del protocolo facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). En este se recuerda que los Estados se comprometen a adoptar medidas legislativas, políticas, sociales, entre otras, para lograr la plena efectividad de los derechos. En consecuencia, Colombia debería aplicar el principio de progresividad y la prohibición de regresividad en el cumplimiento de los derechos. Estos planteamientos se acercan a las teorías del neoconstitucionalismo.

Si examinamos los múltiples estudios sobre la tutela y la salud en Colombia, resaltan en estos las barreras de acceso al goce efectivo de este derecho fundamental, muestra de ello son los informes de la Defensoría del Pueblo, las investigaciones de las personerías, los informes de peticiones, quejas y reclamos (PQR) de la Supersalud, las investigaciones de la academia, los informes de la Corte Constitucional en seguimiento a sus órdenes judiciales, por ejemplo la Sentencia T-760 de 2008. En consecuencia, en este punto es útil revisar algunas líneas jurisprudenciales que se han constituido en precedente judicial vinculante de protección y garantía del derecho fundamental a la salud, con el fin de identificar la evolución, las reformas, las tensiones, las contradicciones, esperanzas, los principios, los fines, conocer si se ha cumplido con lo ordenado, pues esto ayudará a comprender una característica de las decisiones judiciales que se establece desde ya como una conclusión: la gran mayoría de acciones de tutela en este campo las decide el juez constitucional en primera instancia a favor del accionante. Cuando se hace uso de la impugnación, se observa que son más garantistas los jueces que realizan la revisión en ese segundo momento y cuando se analizan las decisiones de la Corte Constitucional en salas de revisión se aprecia que son de mayor avanzada en la protección de este derecho, lo cual permitió su consolidación como derecho fundamental por línea jurisprudencial, por ser inherentes a la persona humana, esto mucho antes de que el legislador reconociera en el país la fundamentalidad de la salud en la Ley Estatutaria.

11.4. La salud como derecho fundamental

La Ley Estatutaria 1751 de 2015 es una norma de mejor jerarquía normativa, la cual hace parte del bloque de constitucionalidad y permite con toda claridad la exigibilidad directa del derecho fundamental a la salud ante los jueces,

autoridades administrativas y los privados que prestan este servicio público. La tutela en salud sale fortalecida con la estatutaria y con la consagración de los principios que permiten una fuerza expansiva superior de interpretación, donde prima la mejor condición para la persona humana. Allí la cobertura del plan de servicios se hace de forma general y las exclusiones son la excepción, lo cual conlleva en principio un mayor acceso a los servicios de salud; no obstante, se reconoce que más de un 65 % de las tutelas en salud se colocan para lograr la concreción de servicios establecidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), hoy denominado Plan de Beneficios en Salud (PBS), tal como lo ha evidenciado en diversos estudios la Defensoría del Pueblo. Ahora bien, el concepto de *urgencia* se moduló en la Sentencia C-313 de 2014, esto llevó a la consagración de la garantía de la atención integral, no solo la atención inicial de urgencias. La Ley Estatutaria consolidó de igual manera el concepto de *integralidad* en unión con los determinantes sociales de la salud.

11.5. Desarrollo del concepto de protección integral en salud de la niñez migrante en situación irregular en Colombia

A la luz de las teorías de estudio de las líneas jurisprudenciales, se buscará visibilizar las reglas y subreglas utilizadas como precedente judicial vinculante de protección en el problema jurídico a resolver: ¿tienen en Colombia los niños migrantes de forma irregular el derecho a la protección integral de su salud? Para ello revisaremos los pronunciamientos de la jurisdicción constitucional en la materia y partiremos de la Sentencia T-090 de 2021, en la cual se aborda el tema directamente, constituyéndose en la sentencia arquimédica. La Corte plantea el siguiente problema jurídico: “¿Una entidad de orden departamental vulnera el derecho fundamental a la salud de un menor de edad, de nacionalidad venezolana, con situación migratoria irregular en el territorio colombiano, al negarle una cita con la especialidad de cardiología pediátrica y un ecocardiograma transtorácico, como parte del control derivado de una cirugía de corazón autorizada y realizada previamente?”⁴ Encontramos que el juez de

4 Colombia, Corte Constitucional, Sentencia T-090 del 14 de abril de 2021, M. P.: Cristina Pardo Schlesinger, <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2021/T-090-21.htm>

primera instancia liga su decisión judicial a la fundamentalidad del derecho a la salud y los principios de universalidad, igualdad de trato entre nacionales y extranjeros mencionados en la Sentencia T-314 de 2016; no obstante, niega el amparo por considerar que no está en riesgo ningún derecho fundamental. Al no ser una urgencia, la accionante madre del menor no impugna. En cumplimiento del Decreto 2591 de 1991, se envía para su eventual revisión a la Corte Constitucional, donde es seleccionada.

Las sentencias citadas para resolver el caso son la T-576 de 2019, sobre la representación legal de los padres frente a los hijos menores de edad; la SU-508 de 2020, donde se discute la idoneidad y eficacia del mecanismo judicial creado por el legislador ante la Supersalud para resolver los temas de salud; la T-452 de 2019, donde se resuelven varios casos de venezolanos en situación irregular, uno de ellos un menor de edad, afirmando que la atención de urgencias en ciertas situaciones implica emplear todos los medios; la Sentencia Hito T-760 de 2008, que resalta la fundamentalidad del derecho a la salud; la T-565 de 2019, que afirma que la garantía de los derechos fundamentales no depende de la condición de ciudadano, sino de la condición de ser humano; la C-313 de 2014, que declara la fundamentalidad del derecho a la salud; la C-134 de 1993, sobre los principios constitucionales relacionados con la seguridad social; la SU-677 de 2017, sobre la correlación de los derechos y los deberes de los residentes en Colombia y fundadora de línea en materia de garantía del derecho fundamental a la salud de la población migrante con permanencia irregular; la T-210 de 2018, sentencia reiterativa de línea en materia de garantía del derecho fundamental a la salud de la población migrante con permanencia irregular, donde se estudian dos casos acumulados, uno de ellos la situación de un niño; la T-021 de 2021, que señala la obligación en salud de los entes territoriales municipales y departamentales; la C-670 de 2015, que declara exequible el Decreto 1770 de 2015 sobre declaración del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en parte del territorio nacional; la T-314 de 2016, que aludía a los deberes de la persona en situación irregular, pero no trató el tema de exigibilidad del derecho fundamental de los niños; la T-705 de 2017, fundadora de línea relativa a la protección de los derechos en salud de los niños migrantes en situación irregular, generando una sublínea

de protección ligada al principio de solidaridad y al interés superior de los niños; la T-338 de 2018, que niega la tutela, y la T-197 de 2019, que ampara el derecho ante los entes territoriales. Los argumentos jurisprudenciales citados como fundadores y consolidadores de línea son vinculantes en el caso de protección y garantía del derecho fundamental a la salud de los niños; no obstante, se observa en la evolución de la línea que se dan tensiones y algunas contradicciones, pero se logra salvaguardar el goce efectivo del derecho fundamental en el caso de los niños migrantes en condición irregular.

Los argumentos *iusfundamentales* tienen su pilar en la Declaración de los Derechos Humanos, la Declaración Universal de los Derechos del Niño, la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, el Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Observación General No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Convención Americana de Derechos Humanos. Dentro de los argumentos constitucionales, se tienen los artículos 4, 13, 44, 47, 48, 49, 50 y 100. En relación con los argumentos legales, se acude a las leyes 100 de 1993, 715 de 2001, 1098 de 2006, 1122 de 2007, 1438 de 2011, 1751 de 2015 y 1949 de 2019. Respecto a los decretos, se hace relación al 780 de 2016 en salud y decretos 542 y 1288 de 2018 de Migración Colombia.

Los argumentos jurisprudenciales citados como fundadores y consolidadores de línea son vinculantes en el caso de protección y garantía del derecho fundamental a la salud de los niños; no obstante, se observa en la evolución de la línea que se dan tensiones y algunas contradicciones, pero se logra salvaguardar el principio de integralidad de tratamiento en el caso de los niños migrantes en condición irregular.

Respecto a la Sentencia Hito T-760 de 2008, se resalta la revisión de 22 casos en los que se evidenciaba la vulneración recurrente al goce efectivo del derecho fundamental a la salud, develando fallas estructurales del sistema general de seguridad social. A pesar de no declarar el estado de cosas inconstitucionales, se da un tratamiento como si se hubiese declarado dicho estado, entonces se emitieron 16 órdenes para que los diferentes actores del sistema las cumplieran, como la orden N.º 21 que buscaba “unificar los planes de beneficios para los niños y las niñas del régimen contributivo y del subsidiado”. A 13 años del

fallo, sigue vigente la Sala Especial de Seguimiento a la sentencia para revisar el cumplimiento de las decisiones judiciales, toda vez que se trataba de un fallo estructural sobre el sistema de salud. Esta sola sentencia da para un estudio completo. Por lo pronto, se resalta que es una sentencia consolidadora de línea, también es conceptualizadora porque explica mejor en qué se basa para mantener la línea de la fundamentalidad del derecho a la salud. Sin lugar a dudas, cumple con el criterio de sentencia dominante, al formar parte de la respuesta jurídica vigente para la solución de casos concretos como el aquí analizado.

Afirmaré ahora que la Sentencia C-313 de 2014 aborda el tema de la fundamentalidad del derecho a la salud con una variante que le da un estatus de privilegio, al tratarse del estudio de una ley con rango superior como lo es la Ley Estatutaria, lo que comporta una fuerza vinculante *erga omnes* al ser una sentencia de constitucionalidad. Esto hace que sea un referente obligatorio y cierra el hecho de tener que argumentar en las decisiones judiciales si era o no la salud fundamental en el caso concreto. Este tema también merece un análisis completo, el cual no se hará en este momento.

No es viable presentar todo el nicho citacional y de ingeniería inversa de la línea jurisprudencial en el presente texto, por lo extensa de esta. Se trabajaron los conceptos con base en casos semejantes que presentaron coincidencia en algunas de sus propiedades relevantes, el problema jurídico se ajustó para lograr una mirada holística de los pronunciamientos de la Corte Constitucional, la cual se basa en la Constitución, las normas citadas y su propio precedente, tratando de dar cuenta de las razones de la decisión, fundadas en los hechos materiales para identificar el derecho constitucional. No fue posible hacer un rastreo sobre posibles pronunciamientos del Consejo de Estado y la Corte Suprema de Justicia en temas relevantes del caso *sub judice*, que son de su jurisdicción y están relacionados con el tema analizado.

11.6. Conclusiones

- La tutela se ha constituido en una fuente de reafirmación del Estado social de derecho.
- La Corte Constitucional ha propiciado, a través de sus decisiones judiciales por vía de tutela, la adopción de políticas públicas más

incluyentes que garantizan el acceso a los derechos de todos los residentes en Colombia, lo cual se ve reflejado en el impulso del desarrollo legislativo, la adopción de diversas normas que buscan la igualdad real con perspectiva de género y equidad social en salud.

- Las órdenes en salud impartidas a través de las sentencias de tutela y sus autos de seguimiento han permitido la consolidación del derecho a la igualdad en salud, como en el caso de la unificación del POS contributivo y subsidiado.
- La tutela ha permitido proteger la dignidad de las personas al garantizar la integralidad de la atención en salud y ha salvado muchas vidas al proteger de forma inmediata los derechos, como es el caso de las tutelas con medida provisional en salud.

Bibliografía

- Asamblea General de la ONU. “Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales”. Refworld, 16 de diciembre de 1966. <https://www.refworld.org/es/docid/4c0f50bc2.html>
- Asamblea Nacional Constituyente. “Constitución Política de la República de Colombia”. Secretaría del Senado, 1991. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html
- Colombia. Congreso de la República. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html
- _____. Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1122_2007.html
- _____. Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html
- _____. Ley 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html
- Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T-406 del 5 de junio de 1992. M. P.: *Ciro Angarita Barón*. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1992/T-406-92.htm>

- Colombia. Corte Constitucional. Sentencia C-134 del 1 de abril de 1993. M. P.: Alejandro Martínez Caballero. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1993/C-134-93.htm>
- _____. Sentencia T-760 del 31 de julio de 2008. M. P.: Manuel José Cepeda Espinosa. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-760-08.htm>
- _____. Sentencia C-313 del 29 de mayo de 2014. M. P.: Gabriel Eduardo Mendoza Martelo. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/C-313-14.htm>
- _____. Sentencia C-670 del 7 de septiembre de 2015. M. P.: María Victoria Calle Correa. <https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2015/C-670-15.htm>
- _____. Sentencia T-314 del 17 de junio de 2016. M. P.: Gloria Stella Ortiz Delgado. <https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2016/T-314-16.htm>
- _____. Sentencia SU-677 del 15 de noviembre de 2017. M. P.: Gloria Stella Ortiz Delgado. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/SU677-17.htm>
- _____. Sentencia T-705 del 30 de noviembre de 2017. M. P.: José Fernando Reyes Cuartas. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/T-705-17.htm>
- _____. Sentencia T-197 del 22 de mayo de 2018. M. P.: Gloria Stella Ortiz Delgado. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2018/t-197-18.htm>
- _____. Sentencia T-210 del 1 de junio de 2018. M. P.: Gloria Stella Ortiz Delgado. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2018/t-210-18.htm>
- _____. Sentencia T-338 del 22 de agosto de 2018. M. P.: Gloria Stella Ortiz Delgado. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2018/t-338-18.htm>
- _____. Sentencia T-452 del 3 de octubre de 2019. M. P.: José Fernando Reyes Cuartas. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2019/t-452-19.htm>
- _____. Sentencia T-565 del 26 de noviembre de 2019. M. P.: Alberto Rojas Ríos. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2019/T-565-19.htm>
- _____. Sentencia T-576 del 28 de noviembre de 2019. M. P.: Cristina Pardo Schlesinger. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2019/T-576-19.htm>
- _____. Sentencia SU-508 del 7 de diciembre de 2020. M. P.: Alberto Rojas Ríos y José Fernando Reyes Cuartas. <https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/2020/SU508-20.htm>
- _____. Sentencia T-021 del 3 de febrero de 2021. M. P.: Cristina Pardo Schlesinger. <https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/2021/T-021-21.htm>
- _____. Sentencia T-090 del 14 de abril de 2021. M. P.: Cristina Pardo Schlesinger. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2021/T-090-21.htm>
- Defensoría del Pueblo de Colombia. *La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2019*. 14.^a ed. Bogotá: Defensoría del Pueblo, 2020. <https://www>

defensoria.gov.co/public/pdf/Estudio-La-Tutela-Derechos-Salud-Seguridad-Social-2019.pdf

López Medina, Diego Eduardo. *El derecho de los jueces*. Bogotá: Legis, 2006.

Naciones Unidas. “Declaración Universal de los Derechos Humanos”. Naciones Unidas, 2015. https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf

Naciones Unidas. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud : . 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCR OBSERVACION GENERAL 14. (General Comments)”. ACNUR, Ginebra, 25 de abril a 12 de mayo de 2000. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>

República de Colombia. Asamblea Nacional Constituyente. *Gaceta Constitucional*, no. 32 (1991). <https://babel.banrepcultural.org/digital/collection/p17054coll26/id/3838/rec/1:%20N%C2%BA>:

_____. *Gaceta Constitucional*, no. 112 (1991). <https://babel.banrepcultural.org/digital/collection/p17054coll26/id/3848/rec/1:%20N%C2%BA>:

_____. *Gaceta Constitucional*, no. 123 (1991). <https://babel.banrepcultural.org/digital/collection/p17054coll26/id/3740/rec/1:%20N%C2%BA>:

_____. *Gaceta Constitucional*, no. 129 (1991). <https://babel.banrepcultural.org/digital/collection/p17054coll26/id/3833/rec/1:%20N%C2%BA>:

_____. *Gaceta Constitucional*, no. 133 (1991). <https://babel.banrepcultural.org/digital/collection/p17054coll26/id/3765/rec/1>

_____. *Gaceta Constitucional*, no. 136 (1991). <https://babel.banrepcultural.org/digital/collection/p17054coll26/id/3809/rec/1>

12. La transparencia y el derecho de acceso a la información pública: garantías del derecho fundamental a la salud

*Jairo Humberto Restrepo Zea¹
Martha Elena Badel Rueda²*

12.1. Introducción

Las constituciones son tratados de paz con mayor vocación de permanencia.

Norberto Bobbio, *El problema de la guerra y las vías de la paz*

¿Cómo no sentir nostalgia cuando hace 30 años nos invadía la sensación de euforia y esperanza frente a los notables avances de la Constitución Política de 1991, en cuanto a la consagración del Estado social de derecho? Con el transcurrir de los años, la esperanza parece que se fue diluyendo en la medida en

- ¹ Grupo de Economía de la Salud (GES), Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Antioquia UdeA, Calle 70 No. 52-21, Medellín, Colombia, profesor titular, correo: jairo.restrepo@udea.edu.co
- ² Investigadora y consultora independiente en temas de transparencia, integridad y gobernanza, correo: badelmartha@gmail.com

que aquellos avances se quedaron en un plano más bien formal, y persisten o aumentan los reclamos por el goce efectivo de los derechos. Es el caso de dos derechos fundamentales que se nutren mutuamente: el derecho a la salud y el derecho de acceso a la información pública. El primero está claramente vinculado con las aspiraciones de desarrollo que implica el Estado social de derecho, y el segundo constituye una puerta de entrada a la transparencia como principio del Estado de derecho y de la gestión pública.

La Constitución de 1991 nació de la necesidad de reestructurar el Estado y el sistema jurídico colombiano tras más de 100 años de vigencia de la Constitución de 1886. La carta de 1991 puede verse como instrumento de reivindicación de libertades, garantías y derechos hasta entonces limitados, así como una respuesta institucional a las varias formas de violencia que asolaban al país.³ Colombia ingresaba así al grupo de Estados constitucionales de derecho, de modo que buscaba reconstruir el marco de las relaciones entre el Estado y la sociedad civil, y crear las bases legales e institucionales para el afianzamiento de lo público como un requisito indispensable para la construcción de un sistema democrático y participativo. Como lo afirmó la Corte Constitucional en Sentencia SU-747 de 1998, ese Estado social de derecho que cumple con unos fines en la sociedad, que interviene en ella para alcanzar tales fines y cuya constitución encarna ese cuerpo armónico de valores que debe encontrar su aplicación práctica y produce tanto deberes para el Estado, como para los asociados, era una realidad.

La Constitución consagró una serie de garantías ajustadas a acuerdos internacionales, como el Derecho Internacional Humanitario y la Declaración Universal de los Derechos del Hombre. En el marco de estas declaraciones, se destaca la libre comunicación de pensamientos y opiniones como uno de los derechos más valiosos, y el derecho de la sociedad a pedir cuenta de su gestión a cualquier agente público, lo que puede verse como un antecedente del derecho de acceso a la información pública y el principio legal de transparencia. En las mismas declaraciones están explícitos los derechos de los niños y el derecho a la salud, los cuales deben gozar de especial protección.

3 José Gregorio Hernández, *La Constitución del 91 ...entre avances y retrocesos* (Bogotá: Ediciones Jurídicas Gustavo Ibáñez, 2016).

Además de los cambios explícitos, a partir de la nueva Constitución se dieron otras transformaciones importantes, bien para acoger mandatos derivados de esta o para hacer realidad de manera especial la carta de derechos, entre ellos el derecho a la salud. La Ley 100 de 1993 sería una de las normas emanadas de la Constitución con grandes cambios en este sector.

Ahora bien, luego de más de 53 reformas constitucionales, los derechos objeto de análisis se quedan más bien en la teoría y en la formalidad, que en la práctica. El sistema jurídico y la institucionalidad del país no han comprendido ni desarrollado el propósito constitucional de dichos derechos. Es así como el acceso a la información y el principio de transparencia solo se reguló 23 años después con la Ley 1712 de 2014. En el caso del derecho a la salud, fue necesaria la intervención de la Corte Constitucional en 2008 mediante la Sentencia T-760 para otorgarle a la salud el carácter de derecho fundamental autónomo –posteriormente fue reglamentado mediante Ley Estatutaria (Ley 1751 de 2015)–, pero persisten serias limitaciones para su goce efectivo. Más recientemente, la Ley 1966 de 2019 adoptó algunas medidas para la gestión de la transparencia en el sistema de seguridad social en salud.

En este capítulo se llama la atención sobre el carácter fundamental y profundo de promover y defender estos derechos, pero sobre todo de cómo el derecho de acceso a la información, y con ello la transparencia, constituye una garantía para el goce del derecho a la salud. Desde la academia, mediante trabajo multidisciplinario, no solo se han identificado riesgos y prácticas de opacidad y corrupción, factores facilitadores y sus nefastas consecuencias, sino que se han formulado propuestas de política pública cuya implementación permitiría abonar la senda del respeto a estos derechos fundamentales. Es una tarea inaplazable trabajar de manera colectiva para quebrar ese círculo vicioso de opacidad y malas prácticas que ponen en grave riesgo el goce efectivo del derecho a la salud.

12.2. La salud y la transparencia en el marco de los derechos constitucionales

El derecho del ser humano a la salud está consagrado en numerosos instrumentos de derecho internacional. En el párrafo 1 del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos se afirma que “toda persona tiene derecho

a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”.⁴ El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales contiene el artículo más exhaustivo de los derechos humanos sobre el derecho a la salud. En virtud del párrafo 1 del artículo 12 del pacto, los Estados reconocen “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, mientras que en el párrafo 2 del artículo 12 se indica, a título de ejemplo, diversas “medidas que deberán adoptar los Estados a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho”.⁵

El derecho a la salud también se reconoce en el inciso iv) del apartado e) del artículo 5 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial de 1965, en el apartado f) del párrafo 1 de los artículos 11 y 12 de la Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer de 1979, así como en el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989. Varios instrumentos regionales de derechos humanos también reconocen el derecho a la salud, como la Carta Social Europea de 1961 en su forma revisada (art. 11), la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos de 1981 (art. 16) y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1988 (art. 10). Análogamente, el derecho a la salud ha sido proclamado por la Comisión de Derechos Humanos, así como en la Declaración y Programa de Acción de Viena de 1993 y en otros instrumentos internacionales.

Con estos antecedentes internacionales, se ratifica que el derecho a la salud es una condición del Estado social de derecho. Aunque la Constitución colombiana se refiere a la salud como un servicio público a cargo del Estado, con la garantía de acceso a los servicios a todas las personas (art. 49) de forma

4 “Declaración Universal de Derechos Humanos”, Asamblea General de las Naciones Unidas, 10 de diciembre de 1948, <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

5 “Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966”, Asamblea General de las Naciones Unidas, Refworld, 16 de diciembre de 1966, <https://www.refworld.org.es/docid/4c0f50bc2.html>

expresa lo define como un derecho de los niños (art. 44), y, en todo caso, la Sentencia T-760 de la Corte Constitucional deja claro que se trata de un derecho humano fundamental. Se acoge así el derecho a la salud como el derecho de los ciudadanos a gozar de una alta calidad de vida y de bienestar integral, y del disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. Por ello, los derechos sociales no son un mero complemento de los derechos de libertad y de los derechos democráticos, son en sí mismos verdaderos derechos universales y vinculantes.

Por su parte, el acceso a la información pública también es un derecho fundamental (art. 74 de la Constitución), reconocido por la Convención Americana de Derechos Humanos en su artículo 13, el cual recalca la obligación de los Estados de brindar a los ciudadanos acceso a la información que está en su poder. Así mismo, establece el derecho de buscar, solicitar, recibir y divulgar aquella información pública que está en manos de los órganos, entidades y funcionarios que componen el Estado. El ejercicio de este derecho fundamental se basa en el hecho de que los ciudadanos han depositado en el Estado ciertas atribuciones, razón por la cual la información que este posee le pertenece a toda la sociedad por derecho, lo cual permite su exigibilidad.

En gran medida, el reconocimiento del acceso a la información como derecho autónomo e independiente procede de la gran demanda ciudadana por conocer las actuaciones de los Gobiernos, controlar la corrupción, conocer los bienes y servicios a los que los ciudadanos tienen derecho, y, más recientemente, como mecanismo para conocer la verdad con respecto a violaciones graves de derechos humanos. Sin embargo, no se limita a esto. El acceso a la información es un ejercicio diario que los ciudadanos llevan a cabo para acercarse a la administración pública, conocer información general y de interés, y garantizar otros derechos.

De manera más general, el derecho de acceso a la información pública se relaciona y conecta internacionalmente con el derecho de libertad de expresión. La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 manifiesta, en su artículo 19, que “Todo individuo tiene derecho a la libertad de opinión y de expresión; este derecho incluye el de no ser molestado a causa de sus

opiniones, el de investigar y recibir informaciones y opiniones, y el de difundirlas sin limitación de fronteras por cualquier medio de expresión”⁶

En cuanto al principio de transparencia, este se plasma en virtud de la cláusula del Estado social de derecho como orientador de las actuaciones del Estado. Si bien no se da una ordenación positiva, el principio de transparencia es de carácter constitucional y surge en relación con otros postulados, como el principio de publicidad, el derecho de acceso a la información, el derecho de petición y el derecho al debido proceso (ver FIGURA 10). El principio de transparencia se materializa en el derecho de acceso a información pública y se reafirma como un elemento fundamental de una democracia sana, participativa, que permite a los ciudadanos tomar mejores decisiones, fiscalizar a los organismos públicos y la labor de las autoridades, además de fortalecer la participación de la ciudadanía. Por este motivo, son varios los países que han incorporado este derecho en sus legislaciones, buscando cumplir con tratados internacionales como la Convención Interamericana de Derechos Humanos u otros relacionados con la prevención de la corrupción.

De ahí que la transparencia y el derecho de acceso a la información cumplen al menos tres funciones esenciales en nuestro ordenamiento, como lo reafirma la doctrina y la jurisprudencia, y de manera particular la Corte Constitucional (sentencias T-473 de 1992, C-038 de 1996 y C-957 de 1999): i) garantizar la participación democrática y el ejercicio de los derechos políticos, de modo que, sacando del secretismo los distintos ámbitos del Estado, el ciudadano pueda participar y ejercer control sobre la gestión pública; ii) conocer las actuaciones administrativas, las decisiones tomadas por órganos y autoridades frente al cumplimiento de los mandatos legales y constitucionales, y su posibilidad de exigir y controvertir, y iii) garantizar la transparencia de la gestión pública como un mecanismo de control ciudadano de la actividad estatal, lo que exige al Estado explicaciones públicas de las decisiones, el uso del poder encomendado y los recursos públicos, una de las garantías más importantes en la lucha contra la corrupción.

6 “Declaración Universal”, Asamblea General de las Naciones Unidas.



FIGURA 10. El principio de transparencia y otros derechos para el goce del derecho a la salud.

Fuente: elaboración propia

Transparencia significa disponer la información de las organizaciones políticas y burocráticas al escrutinio público, mediante sistemas de clasificación y difusión que les reducen a los ciudadanos los costos de acceso a la información gubernamental. No implica un acto de rendir cuentas a un destinatario específico, sino la práctica de colocar la información en la vitrina pública para que los interesados puedan revisarla, analizarla y usarla como mecanismo para sancionar en caso de que haya anomalías en su interior.⁷ La transparencia conlleva, entre otros atributos: fácil acceso a la información (incluyendo la oportunidad y la no discriminación), que la información sea comprehensiva, asegurándose que los temas clave no queden por fuera, relevante, evitando la información superflua y el excesivo flujo de información, y calidad y confiabilidad, para contribuir al diseño de políticas.⁸

7 Luis Carlos Ugalde, *Rendición de cuentas y democracia. El caso de México* (Ciudad de México: Instituto Nacional Electoral, 2002), <http://www.sidalc.net/cgi-bin/wxis.exe/?IsisScript=A-GRUAN.xis&method=post&formato=2&cantidad=1&expresion=mfn=029033>

8 "Growth Without Governance", Daniel Kaufmann and Aart Kraay, 2002, <https://ssrn.com/abstract=316861>

Se dice que las instituciones públicas deben ser casas con paredes de cristal que permitan observar desde fuera que todo esté en orden. Generalmente, serán los medios de comunicación, las organizaciones sociales, los ciudadanos, los académicos y los partidos de oposición quienes miren a través de estas “paredes”. De todos modos, a pesar de que la mayoría de los ciudadanos no esté generalmente capacitada o a veces interesada en conocer y evaluar los entresijos de la administración pública, el escrutinio constante coadyuvará al orden necesario para todos, incluyendo por supuesto a la ciudadanía apática o poco participativa.⁹ Por eso es importante la formación de todos los actores sociales, para generar estructuras y procesos transparentes.

De manera que si la transparencia es la práctica para que las organizaciones hagan público o hagan visibles al público algunos procesos para la toma de decisiones, el derecho a la información es ese derecho que le permite a los ciudadanos exigir la información mediante un conjunto de normas. Hacer pública la información es una prioridad clave en la política porque afecta a todas las dimensiones del fenómeno, incluso puede verse como un factor dinamizador de la lucha contra la corrupción, que rápidamente moviliza efectos entre diversas dimensiones. Cuanto más y mejor información haya sobre un proceso de toma de decisiones, no solo tendrá mayor legitimidad política, sino que será más eficiente económicamente. Por otro lado, que la información sea pública facilita las relaciones claras entre actores y las mejores decisiones de gobierno.

Algunos problemas relacionados con la información que se hace pública que facilitan la corrupción y que significan riesgos o prácticas de opacidad son: deficiente calidad de la información, insuficiente acceso a esta para prevenir la corrupción e insuficiente consolidación de la rendición de cuentas en todos los niveles del Estado.

En resumen, la transparencia puede ser abordada desde tres dimensiones: la dimensión de la gestión pública, que se refiere a la existencia de reglas claras

9 Jorge Alarrote, “Transparencia o apariencia: una mirada a las comisiones e institutos de transparencia en los estados de México” (Ponencia presentada en el X Congreso Internacional del CLAD Sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santiago de Chile, octubre de 2005).

y conocidas para el ejercicio de la función pública; la dimensión propia del acceso a la información, y la dimensión relativa a la rendición de cuentas. Desde la perspectiva de la relación entre el Estado y los ciudadanos, la transparencia toma una forma activa cuando las entidades públicas ejercen actividades para informar por canales propios, como sus sitios web, o bien puede ser pasiva en la medida en que los ciudadanos deben consultar porque necesitan información o para responder a requerimientos en el marco de la gestión, como son las solicitudes de información o las peticiones, quejas y reclamos.

12.3. La corrupción y la opacidad: en contra del derecho a la salud y a la información

Aunque el reconocimiento del Estado social de derecho y las garantías constitucionales con respecto a la salud y a la transparencia son irrefutables, 30 años después las acciones y las reformas adoptadas no han logrado muy bien sus objetivos. Hay avances importantes en salud, como se reconoce en diversas publicaciones y como lo han resaltado algunos organismos internacionales,¹⁰ destacándose lo que respecta a la cobertura del seguro de salud, que es prácticamente universal y ofrece el mismo plan de beneficios a toda la población, independiente de su condición de cotizante o subsidiada. Consistente con estos avances, Colombia se ha destacado por una mayor protección financiera, con unos gastos de bolsillo inferiores al 20 % del gasto total en salud, así como algunos logros en la atención y mejoras en varios indicadores de salud. El país también ha avanzado de manera importante en cuanto a capacidad regulatoria y al desarrollo de servicios de salud, con una amplia oferta de hospitales y clínicas, algunos de ellos de talla internacional.

Ahora bien, los avances y logros no son muy reconocidos al interior del país y sobre estos no se tiene un buen consenso, lo que coincide con dificultades y desigualdades en el acceso. En pocas palabras, la promesa de la cobertura universal y las expectativas de la población y de actores del sistema frente

10 Carlos Agudelo et al., "Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas", *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 16, no. 6 (2011): 2817-28; Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, OCDE, *Reviews of Health Systems: Colombia 2016* (Paris: OECD Publishing, 2016).

a esta no se cumplen a cabalidad, la realidad resulta inferior y ello ocasiona buena parte del descontento. Predomina en el país una visión negativa entre la población y la expresión de muchos actores en cuanto a la necesidad de una reforma estructural al sistema.

Las barreras en el acceso a los servicios de salud, que significan obstáculos para el goce del derecho a la salud, pueden examinarse a partir de las tutelas. Mediante este mecanismo, los usuarios buscan acceder a servicios como consultas médicas, medicamentos y procedimientos, una vez que se los niegan o hay demoras en la atención. Entre 1999 y 2019, las tutelas relacionadas con el derecho a la salud pasaron de 21.301 a 207.368 en todo el país. Este comportamiento enseña una alta participación en el total de tutelas y una tasa creciente por afiliado (ver FIGURA 11). El alto número de tutelas generó no solo una afectación del sistema judicial, sino que cuestionó la capacidad del sistema de salud y ha dado cuenta de la falta de confianza de los ciudadanos en el Gobierno y en la política de salud. Luego de que la Corte Constitucional ordenara al Ministerio de Salud tomar una serie de medidas para reducir el número de tutelas (Sentencia T-760 de 2008), los resultados no han sido significativos, a pesar de haberse presentado una reducción en los años posteriores a la sentencia.¹¹

En este contexto, la Ley Estatutaria de la Salud (Ley 1751 de 2015) constituye un avance importante, y a la vez un reto, frente al propósito de contar con una cierta carta de navegación que incorpora en la legislación el derecho fundamental a la salud, plantea el reto de poner en marcha un plan integral de salud como garantía para el acceso universal e integral, posiciona el derecho a la salud en la agenda de las políticas públicas y le da mayor fuerza legal a la política farmacéutica. De tal modo, el desarrollo de la Ley Estatutaria se encuentra en la agenda de las políticas, de manera especial entre quienes abogan por cumplir las expectativas emanadas del Estado social de derecho y toman dicha ley como el marco para definir el futuro del sistema de salud.

11 Jairo Humberto Restrepo Zea, Lina P. Casas Bustamante y Juan J. Espinal Piedrahita, “Cobertura universal y acceso efectivo a los servicios de salud: ¿Qué ha pasado en Colombia después de diez años de la Sentencia T-760?”, *Revista de Salud Pública*, Vol. 20, no. 6 (2020): 670-76, <https://www.scielosp.org/article/rsap/2018.v20n6/670-676/es/>

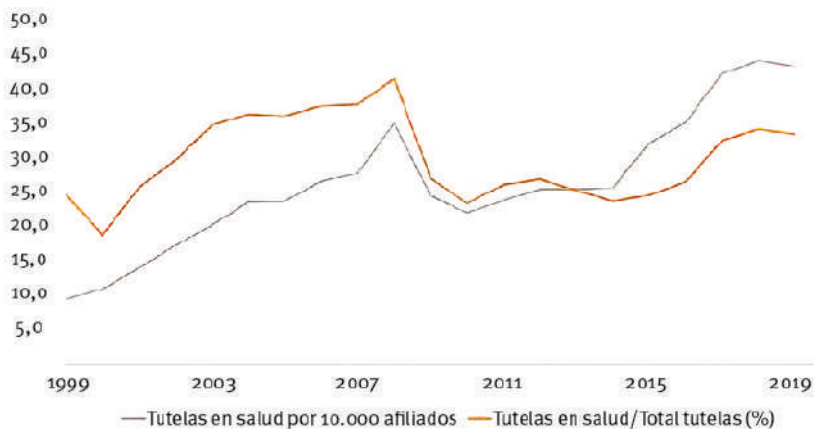


FIGURA 11. Colombia: tutelas en salud, 1999-2019 (% total de tutelas y tasa por cada 10.000 afiliados).

Fuente: elaborado por el Grupo Economía de la Salud (GES) con base en información de la Defensoría del Pueblo

En un análisis desde la perspectiva de gobernanza, Jairo Humberto Restrepo Zea y Olga Lucía Zapata Cortés¹² plantean los siguientes fallos asociados a la problemática del acceso: i) variadas prácticas de corrupción; ii) reglas formales no claras o zonas grises que son interpretadas unilateralmente por los prestadores de servicios; iii) débil articulación de los actores en el marco de sus funciones y competencias; iv) falta de capacidad institucional para controlar, vigilar y sancionar; v) escasa participación ciudadana en la toma de decisiones, y vi) falta de cultura de buen gobierno corporativo.

Así que la corrupción y la opacidad, que pueden verse como una transgresión de la transparencia de manera especial en los enunciados i) y ii) del párrafo anterior, atentan contra el derecho a la salud. El desvío de recursos del sistema de salud hacia fines privados, y todo el entramado de prácticas de corrupción y opacidad, privan a muchos pacientes de recibir una atención médica o el suministro de medicamentos. Igualmente, en cuanto a faltas a la

12. Jairo Humberto Restrepo Zea y Olga Lucía Zapata Cortés, “Desafíos de Gobernanza en Salud en Colombia: una mirada con actores del Sistema de Salud” (Documento de Trabajo del GES, 2021).

información y la transparencia, los usuarios y los pacientes no conocen la realidad del sistema y, en muchos casos, de su propio estado, de los derechos que pueden tener para el tratamiento de alguna enfermedad en particular.

En lo que respecta a la corrupción, los resultados de la Encuesta nacional sobre integridad y transparencia en el sistema de salud colombiano, realizada por el GES en 2017,¹³ de manera similar a lo que reportó Transparencia Internacional, revelan que la mayoría de las personas perciben la corrupción como muy alta, tanto en el país en general (62 %), como en el sistema de salud (55 %) y en algunos de sus actores. Los ciudadanos perciben que existe algún nivel de corrupción en todos los actores, como mínimo un nivel medio entre usuarios y profesionales de la salud, y perciben con niveles más altos a las gobernaciones, alcaldías y secretarías de salud, Empresas Sociales del Estado (ESE) y Empresas Promotoras de Salud (EPS) (ver FIGURA 12). La ordenación de los actores según el nivel de corrupción percibido coincide con la que resulta de la opinión de representantes institucionales, medida a partir de la encuesta del GES a entidades del sistema, aunque en algunos casos estos asignan unos niveles más bajos.

Además de la percepción sobre la corrupción, también se conoce de la existencia y denuncia de hechos de corrupción. La encuesta del GES de 2017 preguntó si en los dos últimos años la persona fue testigo de algún caso de corrupción, “porque lo haya presenciado o conocido de cerca”, y el resultado fue que el 53 % manifestó haber sido testigo en al menos una de las siguientes modalidades, teniendo en cuenta que los porcentajes no suman, por cuanto una misma persona podía reportar ser testigo en varias modalidades de corrupción: pago o recepción de sobornos (12,4 %), desvío de dinero (13,8 %), fraude en la contratación (17,3 %), conflicto de intereses (19,6 %), tráfico de influencias (24,5 %) y favoritismo (27,1 %). Llama la atención que la cifra del 53 % relativa a la experiencia resulta similar al 55 % de quienes calificaron la corrupción en salud como muy alta.

13 Jairo Humberto Restrepo Zea, Grupo de Economía de la Salud, GES, Centro de Investigaciones y Consultorías, *Recomendaciones de política: en busca de una mayor integridad y transparencia en el sistema de salud colombiano* (Medellín: MPS Publicidad, 2018), <https://actuecolombia.net/images/docs/RecomendacionesPoliticaIntegridadTransparencia.pdf>

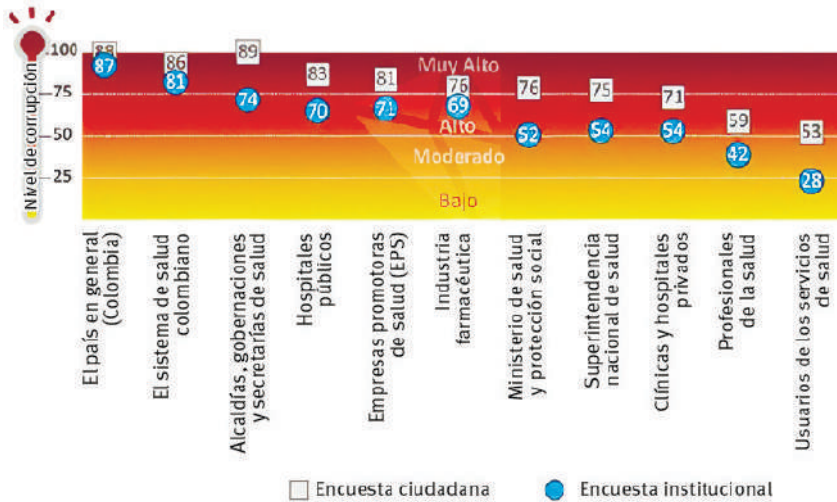


FIGURA 12. Calificación promedio del nivel de corrupción en Colombia, 2017 (el país, el sistema de salud y sus actores).

En la encuesta participaron 3.219 personas del país, y en la institucional 39 entidades entre EPS, IPS y direcciones territoriales de salud. En ambos casos, se presentó una lista de actores del sistema de salud para indicar la percepción sobre el nivel de corrupción de cada uno, entre 0 (no existe corrupción) y 4 (corrupción muy alta). También se tenía la opción de marcar la respuesta “No sabe”. Los resultados se presentan como la calificación promedio recibida por cada actor, convirtiendo la escala original en valores de 0 hasta 100.

Fuente: GES, 2018

En cuanto a la denuncia, el 60 % de las personas que reportaron haber sido testigos de algún caso de corrupción no hicieron nada. Si bien el 40 % de los testigos denunciaron, en su orden lo hicieron mediante una autoridad judicial (15 %), una denuncia social, como en las redes o en los medios de comunicación (14 %), y ante una autoridad administrativa como el jefe (11 %). En cuanto a los resultados, no pasó nada en el 59,2 % de las denuncias, lo cual refuerza la idea de que las personas no tienen incentivos para realizar la denuncia. En el 19,3 % de los casos denunciados se reconocieron culpables, pero no fueron castigados, solamente hubo castigo en el 14 % de estas denuncias.

Lo que explicita un estudio como el del GES da cuenta de la complejidad del fenómeno de la corrupción y de su tolerancia entre las personas. Solamente el 19 % de los participantes en el estudio consideraron que en el país existe

cero tolerancia a la corrupción, mientras que para el resto el fenómeno es muy aceptado (47 %) o existe cierta aceptación por casos aislados, de bajo monto o porque resuelven las necesidades de las personas (34 %).

En cuanto a las prácticas de corrupción, en la FIGURA 13 se presenta una ilustración teniendo en cuenta tres tipologías planteadas a la luz de los montos involucrados y de los beneficios sociales que puedan tener. Se tienen así tres tipologías que serán retomadas en la propuesta de política: unos actos de corrupción de índole micro, que se repiten mucho mediante pequeñas transacciones o actividades cotidianas y que pueden incluso ofrecer beneficios sociales, de manera que son muy aceptados; unos actos corruptos en el ámbito meso o intermedio, en el que las brechas de la normatividad permiten que la corrupción se presente como una oportunidad y da lugar a encrucijadas morales, y el ámbito macro, en donde se concentran actos de corrupción de gran monto.



FIGURA 13. Niveles o tipos de corrupción según variables socioculturales.

Fuente: CES, 2018

Como se ha sugerido atrás, la corrupción es un fenómeno que parece arraigado, resulta endémico. La preocupación por este fenómeno es constante,

tanta que indicadores como los reportados por Transparencia Internacional ubican siempre a Colombia en un nivel de corrupción medio-alto. En una encuesta a líderes del sistema de salud en octubre de 2020,¹⁴ la corrupción es vista como el principal problema que requiere intervención inmediata según el 72 % de ellos, seguido de las falencias en la articulación de actores e instituciones (41 %), el desfinanciamiento (30 %), la ausencia o inoperancia de controles y de vigilancia en el sistema (30 %).

El mismo estudio permitió a los actores reconocer que el sistema de salud es opaco, con muchos datos y poca información, donde prima la desinformación y la falta de comunicación que dificulta mantener el control dentro del sistema, el cual se ha caracterizado por el desarrollo lento de sistemas de información, un problema que no resulta menor en un estado de pandemia o emergencia en el que se encuentra el país. Igualmente, se pudo constatar, al hacer un diagnóstico de los sistemas de información, que la baja calidad y confiabilidad de estos se encuentra directamente relacionada con los problemas identificados y no resueltos desde el líder de la política pública, esto es, el Ministerio de Salud y Protección Social, impidiendo el ejercicio ciudadano de acceder a información fundamental sobre el sistema de salud, y la imposibilidad de que esta se pueda analizar y comparar con la que producen otros sistemas de información del Estado en materia de quejas y reclamos de los usuarios, pacientes del sistema de salud y la contratación pública, dos temas cruciales para resolver la opacidad y la corrupción.

La falta de claridad, las asimetrías e insuficiencias de información han facilitado todo tipo de prácticas corruptas en todos los niveles. Esto significa que la opacidad ha sido una barrera que ha imposibilitado reconocer con certeza el impacto de la corrupción dentro del ámbito de la salud. Mientras esto sucede, se violenta el goce efectivo del derecho a la salud, al pleno desarrollo y a una vida digna y con calidad, que les permita a los colombianos gozar realmente de las libertades y el pleno de todos sus derechos constitucionales y legales colectivamente; crece además la tolerancia concebida como una “discapacidad social” que facilita prácticas de corrupción. Las personas experimentan

14 Restrepo Zea y Zapata Cortés, “Desafíos de Gobernanza”.

sentimientos de desesperanza e indefensión aprendida, ya que perdieron la confianza en el poder del Estado de garantizar el derecho a la salud y remediar la corrupción. Los ciudadanos se “acostumbraron” a que no pasara nada tras las denuncias, lo que desestimuló las iniciativas individuales. La naturalización de las prácticas de corrupción e impunidad los ha hecho más tolerantes. Es un tema de cansancio social, ciudadano, porque todo el mundo sabe lo que pasa, pero nadie quiere intervenir.

Todo lo anterior profundiza los desafíos que se identifican para mejorar la gobernanza en salud, la sensación de una corrupción generalizada da cuenta del principal desafío que se enfrenta y que hace difícil o imposible alcanzar mejores resultados en salud. Además de buscar la erradicación de las prácticas de corrupción y opacidad, es necesario fortalecer los procesos de rendición de cuentas y la transparencia en la toma de decisiones. Como lo reconocen los actores del sistema de salud y está documentado en la literatura, hay un arraigo marcado de la corrupción, con efectos en los sistemas de salud y en el logro de la gobernanza.¹⁵

12.4. Propuestas sobre transparencia e integridad

Con el reconocimiento de que los resultados del sistema de salud colombiano podrían ser mejores con los recursos disponibles, es importante asumir la necesidad de hablar de corrupción, reposicionar el problema en la agenda pública y continuar explorando los aspectos que no se reconocen o sobre los que poco se sabe. Es necesario también reconocer el contexto institucional y normativo de lucha contra la corrupción y por una mayor transparencia del sistema de salud, el cual ha evolucionado, pero ha resultado poco efectivo (ver TABLA 4).

¹⁵ Nahitun Naher et al., “The Influence of Corruption and Governance in the Delivery of Front-line Health Care Services in the Public Sector: A Scoping Review of Current and Future Prospects in Low and Middle-Income Countries of South and South-East Asia”, *BMC Public Health*, Vol. 20 (2020); Maureen Lewis, “Governance and Corruption in Public Health Care Systems” (Working Paper 78, Center for Global Development, 2006).

TABLA 4. Marco general de normas de la política anticorrupción aplicado al sistema de salud.

Normas generales	Principales instrumentos / Aplicación al sistema de salud
Estatuto Anticorrupción Ley 1474 de 2011	§ Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (PAAC) a cargo de entidades públicas (Estrategias para la construcción del Plan Anticorrupción, 2015) § Sistema preventivo de prácticas financieras y de atención en salud, en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud (guía para la gestión del riesgo de corrupción, 2015)
Política pública integral anticorrupción Documento Conpes 167 de 2012	§ Concurso de méritos para nombramiento de gerentes de Empresas Sociales del Estado (ESE) § Sistema de información público para conocer acceso, uso, calidad y precio de medicamentos § Gestión de conflictos de interés en procesos centrales del Ministerio de Salud y Protección Social
Ley Antitrámites Decreto Ley 19 de 2012	§ Definición y estandarización de procedimientos como: vencimiento de recobros, entrega de historias clínicas en caso de liquidación de la entidad de salud y solicitud de registros de inspección, vigilancia y control
Ley de transparencia y acceso a la información pública Ley 1712 de 2014	§ Rendición de cuentas § Publicidad en la contratación § La información bajo control o custodia de entidades que administren fondos o recursos de naturaleza u origen público es pública
Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 Ley 1753 de 2015 Estrategia de Buen Gobierno	§ Consolidar Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) § Alianza de Gobierno Abierto (AGA) § Medicamentos y tecnologías en salud transparentes
Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 Ley 1955 de 2019 Capítulo de salud	§ Blindar al sector salud de los riesgos de corrupción y falta de transparencia § Consolidar sistema de información para la transparencia § Implementar sistema de integridad para fortalecer la gestión del riesgo § Grupo élite para fortalecer investigación y sanción § Canal de denuncia ciudadana con protección, confidencialidad y seguimiento
Ley de transparencia en el sistema de salud Ley 1966 de 2019	§ Sistema integrado de control, inspección y vigilancia para el sector salud § Sistema integral de información financiera y asistencial § Registro de contratación de servicios y tecnologías en salud § Sistema de administración del riesgo en salud, financiero y operativo § Incentivos a la gestión y resultados en salud para prestadores de servicios

Fuente: elaborado por el CES a partir de consulta de las normas

Para llegar a propuestas y acciones concretas que vayan más allá de las reflexiones académicas, sin desconocer la importancia invaluable de estas en el diseño y formulación de las políticas públicas, se ha planteado una política sectorial de integridad y transparencia que parte de reconocer los riesgos y las prácticas de corrupción y opacidad.¹⁶ Esta política se plantea en torno a tres niveles, los empleados para tipificar los actos de corrupción (ver FIGURA 14):

- a. Acciones y medidas del sistema de salud para garantizar el cumplimiento de las políticas anticorrupción y de transparencia, que se implementan de forma global para entidades públicas y privadas del orden nacional y descentralizado, y promovidas desde la Secretaría de Transparencia, el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), la Procuraduría General de la República y la Contraloría General de la República, incluyendo aspectos relacionados con sanciones penales.
- b. El diseño e implementación de una política sectorial de transparencia e integridad, que priorice, frente al acceso a la información, la participación y el control social real y la promoción de una cultura de la integridad, que en su diseño reconozca las particularidades y complejidades del sistema de salud, y las características y particularidades de los actores y su gestión en el nivel central y descentralizado. Considerándose además la necesidad de contar con un sistema de seguimiento, monitoreo y control que dé cuenta de logros alcanzados, compromisos adquiridos y desafíos en el mediano y corto plazo (ver ANEXO 1 al final de este capítulo).
- c. Se considera prioritario, aunque de más largo aliento, una reconfiguración cultural apalancada por estrategias pedagógicas para los casos de la pequeña corrupción y las reiteradas prácticas y comportamiento de todos los actores, pero de manera especial de usuarios y ciudadanos del

¹⁶ Restrepo Zea, Grupo de Economía de la Salud, GES, Centro de Investigaciones y Consultorías, *Recomendaciones de política*.

sistema, que con sus acciones limitan el goce efectivo de los derechos a la salud de otros ciudadanos, además de reformar el entendimiento de que somos sujetos de derechos, pero también sujetos de obligaciones dentro del sistema.

En este contexto, resulta fundamental el *liderazgo y la rectoría*, con la concepción básica pero primordial que se necesita de un verdadero sistema que se coordine, articule y refuerce con la participación y concertación de los diversos actores y la ciudadanía, con el fin de apuntar hacia un propósito común para el sistema que garantice a los colombianos el goce de la salud, para lo cual es necesario pensar en una instancia donde se puedan consultar y tomar decisiones concertadas entre los actores del sistema. Además, posicionar la transparencia y la integridad desde una política sectorial, de modo que se transversalice con los aspectos estratégicos y misionales de las gestiones pública y privada de los actores del sistema, evitando así que se continúe con el cumplimiento formal, rutinario y poco eficaz de políticas y programas de transparencia desarticulados con los propósitos superiores del sistema de salud.

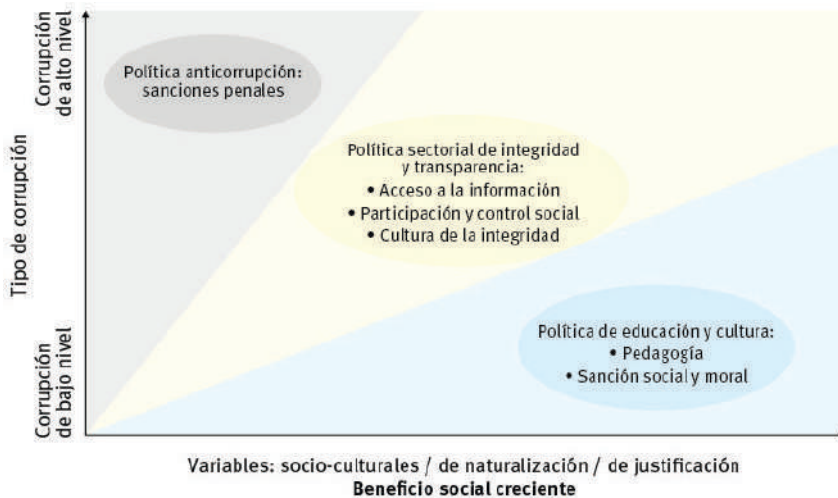


FIGURA 14. Alternativas para la lucha contra la corrupción.

Finalmente, no menos importante para que los derechos se refuercen mutuamente, tanto en un sentido ético como práctico, es necesario trabajar en una dimensión educativa, de pedagogía de cambios culturales en el sistema de salud, con unos mensajes claros para que la ciudadanía entienda que construir entornos de transparencia, honestidad e integridad es garantía del goce efectivo del derecho fundamental a la salud, pero que, así como se demanda de los actores públicos y privados del sistema que prestan los servicios de salud, también es preciso que los usuarios del sistema sean cada vez más conscientes de que los recursos son limitados y deben usarse de forma eficaz, sin vulnerar el derecho universal que tienen otros usuarios a la atención oportuna y a que el Estado les brinde bienestar y salud. La educación cumple un papel trascendental en la forma en la que se actúa en la sociedad, cómo se relacionan los individuos y cómo participan. La formación ciudadana es fundamental para reconocer el papel de los individuos y el rol de los otros, la responsabilidad colectiva. La construcción de valores implica una actividad formativa en temas relativos al Estado y una mirada más hacia “lo público”, para que cada uno de los actores del sistema de salud comprenda mejor los impactos negativos de la opacidad y la corrupción en el desarrollo, la equidad social, la calidad de los servicios públicos, el goce de los derechos fundamentales como la salud, e indicando cómo son el antídoto a este delito escenarios de honestidad, integridad y transparencia.

Las escuelas, universidades, entornos empresariales, asociaciones y los gremios de profesionales están llamados a trabajar para que se tomen mejores decisiones en el sistema de salud, decisiones éticas, con transparencia, que contribuyan a mejorar las condiciones de vida para beneficio de todos. Realmente, son pocos los esfuerzos que al respecto se logran identificar en Colombia, y las iniciativas propuestas tienen una corta vida y no están articuladas en torno a una finalidad común. Si bien algunas universidades, de manera reciente, han retomado este propósito en centros de pensamiento para la reflexión sobre la integridad, la transparencia y la lucha contra la corrupción, queda mucho camino por recorrer y la tarea por delante es compleja, especialmente en espacios académicos, donde la formación profesional se ha abstraído de estos temas morales y éticos claves para el futuro ejercicio profesional y no se busca formar ciudadanos responsables.

12.5. Conclusiones

Uno de los mayores logros de la Constitución colombiana fue la adopción del Estado social de derecho. Esto se dio dentro de un marco democrático, descentralizado y participativo, e implicó el reconocimiento de las garantías previstas en tratados y acuerdos internacionales, incluida la consagración del principio de transparencia como un pilar fundamental que recuerda cómo el Estado debe estar al servicio de los ciudadanos, respetando y garantizando sus derechos.

En cuanto al derecho a la salud, el desarrollo constitucional deja explícita la exigibilidad de los individuos al Estado y su intervención para garantizarlo como derecho fundamental, lo cual da cuenta de la intencionalidad positiva de salvaguardar y mejorar la calidad de vida de los ciudadanos.

A partir de las expectativas creadas en la Constitución, los esfuerzos adelantados han resultado insuficientes. Es así como, pese a los logros del sistema de salud, especialmente en cuanto a cobertura y mejores indicadores de salud y protección financiera, las cifras de tutelas y las múltiples quejas de los usuarios respecto de la calidad de la prestación del servicio, junto con desigualdades en el acceso, dan cuenta de que existen grandes desafíos para lograr el goce efectivo del derecho a la salud.

Igual sucede con la transparencia y el acceso a la información como instrumentos para garantizar el derecho a la salud, que, si bien han sido reconocidos, en la realidad su ejercicio se ve empañado por la falta de reconocimiento sistemático de la importancia del derecho de acceso a la información este en el derecho a la salud. Cuando los sistemas de información no permiten que los ciudadanos accedan a esta o puedan tomar parte en las decisiones que afectan al sistema y exigir el respeto de sus derechos, los propios actores reconocen prácticas de corrupción y opacidad. El Estado colombiano debería estar formado, organizado y administrado en función de esa concepción de garante de los derechos de los ciudadanos, y la participación activa de los ciudadanos permitiría reducir la brecha entre los derechos consagrados y la realidad de su ejercicio y goce efectivos.

Aunque son muchos los factores, como la debilidad en la gobernanza y una institucionalidad que no es capaz de responder a la concepción de Estado, la

realidad supera el desarrollo constitucional y legal. Por eso, es necesario persistir en encontrar espacios donde se reconozca el problema de la corrupción, se dimensione y no se subvalore la importancia de la transparencia en la salud de los colombianos, se analicen propuestas, se busque la participación democrática y se exija de las organizaciones y autoridades que sus actuaciones y decisiones, sus intervenciones deban dirigirse sin vacilaciones a ser garantes de los derechos y libertades ciudadanas. Al país le ha tomado más de 15 años legislar, reglamentar y hacer propuestas instrumentales para garantizar el acceso a la información y lograr una real transparencia en el sistema de salud; sin embargo, resultados aún son precarios. Es necesario hacer más porque la cadena de derechos y libertades es frágil, más en tiempos difíciles y complejos como los que vive la humanidad, en los cuales la salud se convierte en un bien muy preciado.

Bibliografía

- Agudelo, Carlos, Jaime Cardona, Jesús Ortega y Rocío Robledo. “Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas”. *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 16, no. 6 (2011): 2817-28.
- Alarrote, Jorge. “Transparencia o apariencia: una mirada a las comisiones e institutos de transparencia en los estados de México”. Ponencia presentada en el X Congreso Internacional del CLAD Sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santiago de Chile, octubre de 2005.
- Asamblea General de las Naciones Unidas. “Declaración Universal de Derechos Humanos”. 10 de diciembre de 1948. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- _____. “Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966”. Refworld, 16 de diciembre de 1966. <https://www.refworld.org/es/docid/4c0f50bc2.html>
- Colombia. Congreso de la República. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.
- _____. Ley 1474 de 2011. Estatuto Anticorrupción [EAC]. Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.
- _____. Ley 1712 de 2014. Por la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones.

- Colombia. Congreso de la República. Ley 1751 de 2015. Ley Estatutaria de Salud [LES]. Por la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.
- _____. Ley 1753 de 2015. Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018.
- _____. Ley 1955 de 2019. Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022.
- _____. Ley 1966 de 2019. Por la cual se adoptan medidas para la gestión y transparencia en el Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T-473 del 14 de julio de 1992. M. P.: Ciro Angarita Barón.
- _____. Sentencia C-038 del 5 de febrero de 1996. M. P.: Eduardo Cifuentes Muñoz.
- _____. Sentencia C-957 del 1 de diciembre de 1999. M. P.: Álvaro Tafur Galvis.
- _____. Sentencia T-760 del 31 de julio de 2008. M. P.: Manuel José Cepeda Espinosa.
- Colombia. Presidencia de la República. Decreto 19 de 2012 [con fuerza de ley]. Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública.
- Defensoría del Pueblo de Colombia. *La tutela y los derechos a la salud y la seguridad social*. Bogotá: Defensoría del Pueblo, 2018.
- Departamento Nacional de Planeación. *Documento Conpes Número 167 de 2013*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia, 2013. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=83097>
- Grupo de Economía de la Salud, GES. *En busca de una mayor integridad y transparencia en el sistema de salud colombiano*. Medellín: GES, 2018. <https://actuecolombia.net/images/docs/RecomendacionesPoliticaIntegridadTransparencia.pdf>
- Hernández, José Gregorio. *La Constitución del 91 ...entre avances y retrocesos*. Bogotá: Ediciones Jurídicas Gustavo Ibáñez, 2016.
- Kaufmann, Daniel and Aart Kraay. "Growth Without Governance". 2002. <https://ssrn.com/abstract=316861>
- Lewis, Maureen. "Governance and Corruption in Public Health Care Systems". Working Paper 78, Center for Global Development, 2006.
- Naher, Nahitun, Roksana Hoque, Muhammad Shaikh, Dina Balabanova, Alayne Adams and Syed Masud. "The Influence of Corruption and Governance in the Delivery of Frontline Health Care Services in the Public Sector: A Scoping Review of Current and Future Prospects in Low and Middle-Income Countries of South and South-East Asia". *BMC Public Health*, Vol. 20 (2020).

- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, OCDE. *Reviews of Health Systems: Colombia 2016*. Paris: OECD Publishing, 2016.
- Restrepo Zea, Jairo Humberto, Lina P. Casas Bustamante y Juan J. Espinal Piedrahita. “Cobertura universal y acceso efectivo a los servicios de salud: ¿Qué ha pasado en Colombia después de diez años de la Sentencia T-760?”. *Revista de Salud Pública*, Vol. 20, no. 6 (2020): 670-76. <https://www.scielosp.org/article/rsap/2018.v20n6/670-676/es/>
- Restrepo Zea, Jairo Humberto y Olga Lucía Zapata Cortés. “Desafíos de Gobernanza en Salud en Colombia: una mirada con actores del Sistema de Salud”. Documento de Trabajo del GES, 2021.
- Restrepo Zea, Jairo Humberto, Grupo de Economía de la Salud, GES, Centro de Investigaciones y Consultorías. *Recomendaciones de política: en busca de una mayor integridad y transparencia en el sistema de salud colombiano*. Medellín: MPS Publicidad, 2018.
- Ugalde, Luis Carlos. *Rendición de cuentas y democracia. El caso de México*. Ciudad de México: Instituto Nacional Electoral, 2002. <http://www.sidalc.net/cgi-bin/wxis.exe/?IsisScript=AGRIUAN.xis&method=post&formato=2&cantidad=1&expresion=mfn=029033>

13. Financiación de la seguridad social en salud: Colombia 1991-2021

Jairo Humberto Restrepo Zea¹

13.1. Introducción

En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud, realizada en 1978 en la ciudad de Alma-Ata, capital de Kazajistán en la antigua Unión Soviética, se produjo la muy reconocida Declaración de Alma-Ata. Dos cuestiones fundamentales de esta declaración, que continúan presentes en la agenda global de desarrollo y constituyen un marco para las políticas y los sistemas de salud de todos los países, se refieren, por una parte, al reconocimiento de la salud como un derecho humano fundamental, y, por la otra, a la reafirmación de la meta planteada en las asambleas mundiales de salud de 1975 y 1976 en cuanto a la estrategia de “Salud para todos en el año 2000”.² Desde entonces, la Atención Primaria en Salud (APS) ha jugado un papel muy importante, y ahora puede verse reflejada en los propósitos de garantizar el derecho a la salud y alcanzar la meta de Cobertura Universal en Salud (CUS).

- ¹ Grupo de Economía de la Salud (GES), Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Antioquia UdeA, Calle 70 No. 52-21, Medellín, Colombia, profesor titular, correo: jairo.restrepo@udea.edu.co
- ² David A. Tejada de Rivero, “La historia de la Conferencia de Alma-Ata”, *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, Vol. 64, no. 3 (2018): 361-6, http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300008

En el marco de la Conferencia de Alma-Ata, la APS fue definida como la “*asistencia sanitaria esencial* basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y *a un costo que la comunidad y el país puedan soportar*”.³ En esta concepción se resalta el carácter de “esencial” de la atención en salud, de modo que se reconocen limitaciones y se busca garantizar atenciones eficaces y con alto impacto en la salud de las poblaciones.

Por otra parte, se resalta también lo relacionado con la financiación, esto es, el balance entre los costos de la atención y los recursos financieros. Con razón se dice que la APS comprende las tecnologías cuyos costos puedan soportar la comunidad y el país. Coherente con lo expresado anteriormente, los países pueden responder a las necesidades en salud según los recursos disponibles, pero, al mismo tiempo, deben disponer de recursos para cubrir del mejor modo aquellas necesidades. Surge así la importancia de abordar la financiación de los sistemas de salud.

En la ruta hacia la “Salud para todos en el año 2000”, el Informe sobre el Desarrollo Mundial de 1993⁴ estuvo dedicado al tema de “invertir en salud” y propuso, entre otras políticas, mejorar el gasto público en salud. Las principales recomendaciones apuntaban precisamente a la prestación de un conjunto de “servicios clínicos esenciales”, los cuales podrían determinarse por cada país teniendo en cuenta las condiciones de salud, sus preferencias y los ingresos. Desde entonces, ha cobrado importancia el desarrollo de paquetes o planes de beneficios que sean “eficaces en función de los costos”, es decir, que los resultados alcanzados en la salud de las personas sean los mejores posibles con los recursos empleados.

Más adelante, una vez se renovaron y ampliaron las metas sobre cobertura universal luego de lo alcanzado en el año 2000, en el Informe sobre la Salud en el Mundo de 2010 se reconoce que todos los países se enfrentan al reto de

3 Organización Mundial de la Salud, OMS, *Alma-Ata 1978. Atención primaria de salud* (Ginebra: OMS, Serie “Salud para todos”, No. 1, 1978), 3 (énfasis añadido).

4 “Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: invertir en salud”, Banco Mundial, Washington, 1993.

garantizar la CUS y, para ello, debían disponer de diferentes mecanismos de financiación.⁵ En este contexto, superando al menos en sus pretensiones la noción inicial de la APS, la CUS se entiende en el sentido de “asegurar que todas las personas reciban los servicios sanitarios que necesitan, sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos”,⁶ y para ello se debe contar con un sistema de salud sólido, la financiación de los servicios de salud, el acceso a medicamentos y tecnologías esenciales, y personal sanitario bien capacitado.

Aunque no hay una fórmula única y debe consultarse la evidencia en distintos países y contextos, el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2010 plantea tres dimensiones de la CUS y algunos mecanismos para alcanzarla. Las dimensiones son: población cubierta, beneficios o servicios que se cubren y protección financiera. Estas dimensiones se materializan en el hecho de que una persona, cuando tenga un problema de salud, pueda acudir a los servicios y recibir una atención adecuada, sin tener que asumir un gasto desproporcionado en relación con su ingreso, o, peor aún, que implique su empobrecimiento.

Para avanzar hacia la CUS es necesario contar con una buena financiación, ante lo cual se plantean dos escenarios: más dinero para la salud y más salud por el dinero. El primer escenario puede ser más característico de los países de ingresos bajos y en donde el gasto en salud es inferior a ciertos referentes internacionales, y el segundo resulta más propio de los países en donde el gasto es elevado y es posible lograr mejores resultados a partir de una mayor eficiencia. Al final, para un país en particular pueden aplicar ambos mecanismos en diferentes momentos o situaciones.

Colombia ha seguido su propio camino en lo que respecta a la búsqueda de la CUS y a su financiación. Para la época de la Declaración de Alma-Ata, mediante el Decreto 56 de 1975 el país había adoptado una organización estructural del Sistema Nacional de Salud (SNS) y contaba con el Instituto de Seguros Sociales (ISS) como entidad principal de la seguridad social, con una cobertura muy limitada. Posteriormente, mediante la Ley 10 de 1990 se buscaba una

5 Organización Mundial de la Salud, OMS, *Informe sobre la salud en el mundo 2010. Financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal* (Ginebra: OMS, 2010).

6 “Cobertura sanitaria universal”, Organización Mundial de la Salud, OMS, 1 de abril de 2021, [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))

reorganización del SNS en el marco de la descentralización, en armonía con la meta de salud para todos, buscando mayor autonomía y eficiencia de la red hospitalaria.⁷ Sin embargo, pese a sus propósitos loables y de modernización, esta ley se quedó corta por falta de recursos y de voluntad política para su implementación.

La Constitución de 1991 abrió un nuevo y trascendental capítulo en esta historia. La consagración del Estado social de derecho, junto con los principios y declaraciones sobre la seguridad social y la salud, dieron paso a reformas en los dos ámbitos o sectores. En la Ley 100 de 1993 se adoptó el seguro como estrategia para lograr el acceso universal a los servicios de salud, y, junto con la Ley 60 del mismo año, se produjo una profunda transformación institucional y financiera, que implicó contar con más recursos, al tiempo que se permitió la participación de un mayor número de actores para su administración.

Al cumplirse 30 años de haber sido promulgada la Constitución, resulta oportuno examinar la evolución que ha tenido la financiación de la seguridad social en salud y cuáles son sus perspectivas de cara a los propósitos de la cobertura universal. En este capítulo se presenta una breve reseña sobre cómo se financiaba la salud antes de 1991, cuáles fueron los principales cambios derivados de la Constitución en los aspectos financieros y lo que ha sucedido durante estas tres décadas.

13.2. ¿Cómo se financiaba la salud en 1991?

A comienzos de la década de 1990, en medio de la promulgación de una nueva Constitución, el acceso a los servicios de salud presentaba en Colombia enormes diferencias, dependiendo del nivel socioeconómico y de la cobertura de la que gozaba cada persona o familia. Se identificaban cuatro grupos de población y fragmentos o subsistemas que daban cuenta de la falta de un sistema integrado, así una misma persona pasara por varios de estos al momento de demandar o recibir servicios de salud (FIGURA 15).

⁷ Ricardo Galán, "Reorganización del Sistema Nacional de Salud: una gran transformación de la Ley 10 de 1990", *Revista Escuela de Administración de Negocios*, no. 10 (1990): 13-18.

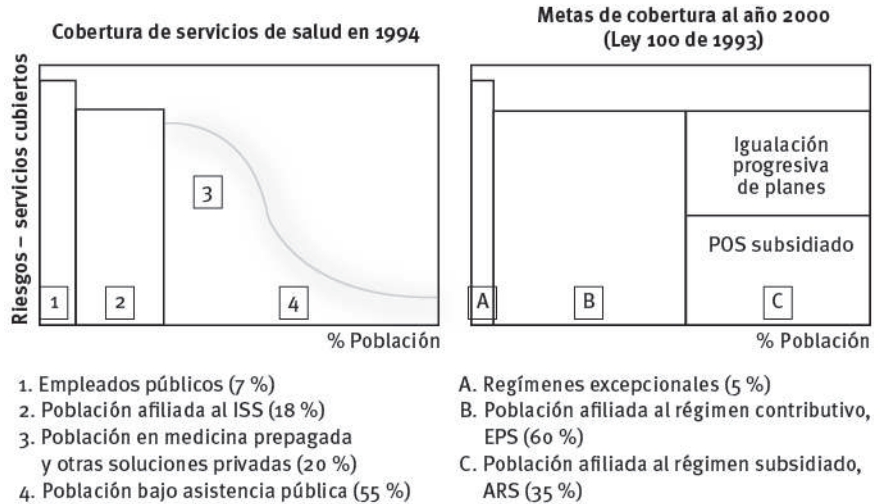


FIGURA 15. Cobertura de la seguridad social en salud en Colombia: la promesa de la Ley 100.

Fuente: elaboración propia

Entre las personas con mayores beneficios estaban los servidores públicos, para quienes se disponía de un monto de recursos que resultaba el más alto en términos per cápita. Entre esta población se destacaban los empleados de empresas estatales como Ecopetrol y Telecom, los maestros, las fuerzas militares, la Policía y el Congreso. No obstante, también se encontraban funcionarios de entidades públicas pequeñas o con pocos recursos, como muchos municipios del país, con serias limitaciones para garantizar la atención en salud, pues ello dependía del presupuesto de la entidad y no existían aportes a la seguridad social, o estos no eran suficientes.

Un segundo grupo de beneficiarios estaba constituido por los empleados y pensionados del sector privado afiliados al ISS, concentrado en las ciudades y en el empleo formal. El ISS ofrecía atención exclusivamente al cotizante, a su cónyuge dependiente y a los niños menores de un año. Para financiar esta cobertura se contaba con la cotización del 7 % del salario o ingreso base, con una participación de dos tercios a cargo de los empleadores y un tercio a cargo de los empleados.⁸

⁸ “El financiamiento del sistema de seguridad social en salud. Serie Financiamiento del Desarrollo 55”, Luis Gonzalo Morales, Repositorio CEPAL, Santiago de Chile, julio de 1997.

Un tercer grupo de población, el más amplio y heterogéneo, estaba conformado por las personas que no tenían cobertura de la seguridad social y no contaban con recursos suficientes para pagar por la atención. Este grupo podía recibir alguna atención en los hospitales públicos y privados que hacían parte de la red del SNS y eran financiados con recursos del presupuesto general de la nación. La principal fuente de recursos estaba constituida por el denominado situado fiscal, una transferencia creada en la reforma constitucional de 1968 destinada exclusivamente para financiar la salud y la educación.

Finalmente, un cuarto grupo lo constituía la población con capacidad de pago y que no recibía cobertura o atención en alguno de los anteriores segmentos. Se trataba de personas cubiertas con pólizas de salud o medicina prepagada, o quienes pagaban directamente por la atención en centros de salud privados.

Frente a este panorama, el gasto en salud del país ascendía a un 5,5 % del producto interno bruto (PIB), y el gasto total era cubierto un 55 % con recursos públicos y un 45 % restante era gasto privado, con una alta proporción de los gastos de bolsillo (38 %).⁹ La situación colombiana no era muy distinta a la del promedio de países de América Latina, en donde han predominado los sistemas fragmentados y los gastos de bolsillo altos, además de un acceso muy limitado e inequitativo. Aun así, se reconocía el potencial distributivo del gasto en salud, que ocupaba el segundo lugar después de educación.¹⁰

13.3. Los cambios derivados de la Constitución de 1991: leyes 60 y 100 de 1993

En el marco de la Asamblea Nacional Constituyente, las aspiraciones respecto a los derechos y a la transformación del Estado ocuparon un lugar central. En el artículo primero de la carta se recogen dos líneas fundamentales: “Colombia

9 Grupo Economía de la Salud, GES, “El gasto y la prioridad de la salud en Colombia”, *Observatorio de la Seguridad Social*, Vol. 15, no. 31 (2015): 1-16.

10 Carlos Eduardo Vélez, “Eficiencia, equidad y reestructuración sectorial del gasto público social”, *Borradores Semanales de Economía*, no. 80 (1997), <https://repositorio.banrep.gov.co/handle/20.500.12134/5098>

es un *Estado social de derecho*, organizado en forma de *República unitaria, descentralizada*, con autonomía de sus entidades territoriales”.

Desde la perspectiva del Estado social de derecho, tanto lo que respecta a los derechos humanos fundamentales, como a los derechos sociales, económicos y culturales, Colombia inició una nueva etapa en su desarrollo a partir de 1991. No obstante, como lo planteó José Antonio Ocampo,¹¹ el país se encontraba en un momento histórico contradictorio por cuanto la nueva Constitución clamaba por un Estado más grande y proveedor, pero el Plan de Desarrollo “La revolución pacífica” (1990-1994) planteaba reformas para reducirlo.

En cuanto a la descentralización, la nueva Constitución recogió aspiraciones y reclamos de diversos sectores sociales y políticos, incluidas las reivindicaciones de grupos insurgentes que se desmovilizaron y participaron en la redacción del texto constitucional. Al dar prioridad al gasto social, en buena parte este sería gestionado por municipios y departamentos, así que, a partir de 1991, se configuró un nuevo mapa político, con mayor poder de las regiones y una creciente autonomía en el manejo de sectores sociales claves, como la educación y la salud.

13.3.1. Ley 60 de 1993: consolidación de la descentralización

La Ley 60 desarrolló los artículos 356 y 357 de la Constitución en lo que respecta a las competencias y recursos de las entidades territoriales. En el artículo 356 se ratificó el situado fiscal como un porcentaje de los ingresos corrientes de la nación para financiar la educación y la salud, con destino a los departamentos y distritos, cuyo monto aumentaría “hasta llegar a un porcentaje que permita atender adecuadamente los servicios para los cuales está destinado”.

Por su parte, el artículo 357 de la Constitución estuvo destinado a las transferencias a los municipios. Desde la Ley 12 de 1986, los municipios recibían una participación en el recaudo del impuesto al valor agregado (IVA) que crecía cada año y llegaría al 50 % en 1992; además, cerca de la mitad de estas transferencias deberían destinarse a inversión, según los sectores o rubros en los que

¹¹ José Antonio Ocampo, “Reforma del Estado y desarrollo económico y social en Colombia”, *Análisis Político*, no. 17 (1992): 3-40.

podieran aplicarse los recursos, predominando la inversión en infraestructura, como la construcción, dotación y mantenimiento de puestos de salud. La Constitución implicó, por una parte, que esta transferencia se sustituyera por la participación de los municipios en los Ingresos Corrientes de la Nación (ICN), desde el 14 % en 1993 hasta el 22 % en 2002. Por otra parte, el mismo artículo constitucional estableció que la ley definiría “las nuevas responsabilidades que en materia de *inversión social*” asumirían los municipios, así que se pondría fin al uso relativamente libre de las transferencias, acorde a los planes municipales de inversión, y el total de las transferencias sería destinado a inversión.

En estos artículos constitucionales, pero especialmente en el 357, se anticipaba el principal cambio en la vida municipal, no exento de traumatismos porque en adelante las transferencias estarían destinadas exclusivamente a la inversión social o al gasto público social, de manera armónica con los propósitos del Estado social de derecho y, en cierta forma, en contra del deseo de las administraciones locales de destinar los recursos para otros propósitos, en algunos casos con prácticas de ineficiencia o corrupción. Como habría de conceptuar la Corte Constitucional, en sentencia de demanda contra la Ley 60, “La autonomía de que gozan las entidades territoriales debe desarrollarse dentro de los marcos señalados en la Carta Política y con plena observancia de las condiciones que establezca la ley, como corresponde a un Estado social de derecho constituido en forma de República unitaria”.¹²

En la Ley 60 se definió el incremento anual de las transferencias, la fórmula de distribución entre departamentos y municipios, y la asignación entre los sectores sociales. Sobre el situado fiscal, la ley ordenó un incremento desde un 22,1 % de los ICN en 1993 hasta un 24,5 % en 1996. Cada departamento debería destinar por lo menos el 20 % de los recursos a salud, un mínimo de 60 % a educación y el 20 % restante para ambos sectores o para alguno de los dos. Para financiar estos servicios, los departamentos han contado también con el recaudo de varios impuestos, que se agrupan bajo la categoría de rentas cedidas y corresponden a los impuestos a la cerveza, a los licores, al tabaco y a las loterías.

¹² Colombia, Corte Constitucional, Sentencia C-520 de 1994, M. P.: Hernando Herrera Vergara, <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1994/C-520-94.htm>

En cuanto a la participación de los municipios cuyos porcentajes quedaron definidos en la Constitución como se comentó atrás, se presentaron las nuevas y principales restricciones y retos para la gestión municipal. Los recursos de transferencias deberían ser asignados por cada municipio de la siguiente forma: 30 % a educación, 25 % a salud, 20 % a agua potable, 5 % a deporte, recreación y cultura, y el 20 % restante a otros sectores.

De modo que la Ley 60 amplió sustancialmente los recursos destinados a salud girados a municipios y departamentos. Es importante resaltar que, en el marco del mecanismo previo a esta ley, los municipios destinaban muy poco de las transferencias para salud, y, de hacerlo, se dirigían en especial a inversiones físicas, así que sería muy notorio el efecto en cuanto a recursos frescos o nuevos para destinar al sector desde los municipios. Al poner en marcha el nuevo mecanismo de transferencias e iniciar la implementación del sistema de seguridad social en salud, se observaron aumentos cuantiosos de los recursos para el sector salud.¹³

13.3.2. Ley 100 de 1993: el sistema general de seguridad social en salud

En el artículo 49 de la Constitución se establece que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado, y que este debe garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Además, en el mismo artículo se delega en la ley la definición de un conjunto de servicios de acceso obligatorio y gratuito, referidos explícitamente a la atención básica.

Fue así como la Ley 100 creó el sistema general de seguridad social en salud y desde entonces se ha dado un papel protagónico al aseguramiento, así que la cobertura del seguro de salud se constituyó en el mecanismo fundamental para solucionar los problemas de acceso. Para lograr la afiliación al sistema y cubrir a toda la población con los beneficios que ofrece, la ley estableció el Régimen Subsidiado para la población pobre y vulnerable, con afiliación gratuita, y el Régimen Contributivo para la población con vínculo laboral o con capacidad de

¹³ Jairo Humberto Restrepo Zea, "Monitoreo local de la reforma en el sector salud", *Coyuntura Social*, no. 18 (1998): 173-96.

pago. En cuanto a los beneficios, en lo que respecta a servicios y medicamentos, estarían representados principalmente en el Plan Obligatorio de Salud (POS), con la pretensión de cubrir a toda la población y dar cobertura con un plan único de salud.

En términos prácticos, descontados algunos regímenes que se mantuvieron exceptuados, especialmente las fuerzas militares y el magisterio, a partir de la Ley 100 se buscó integrar en un solo sistema a los distintos segmentos que se mostraron en la sección anterior, de manera que la cobertura de la seguridad social pasara desde algo más del 20 % hasta el 100 % en el año 2000. Para esto, muchos servidores públicos y las entidades estatales debieron empezar a cotizar y, junto con los cotizantes del ISS, todos harían parte con sus familias de la cobertura que a partir de 1995 estaría a cargo de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Además, las personas que eran atendidas en la red pública se afiliarían al Régimen Subsidiado.

El caso colombiano puede verse como una evidencia de las lecciones y las recomendaciones recogidas por la OMS en su informe de 2010. En el país se adoptó el seguro público como estrategia para facilitar el acceso de toda la población a un conjunto amplio de servicios de salud: el POS. La financiación de la cobertura fue planteada mediante la combinación de recursos fiscales (impuestos) y parafiscales (cotizaciones). Para extender la cobertura a la familia de los cotizantes, los aportes subieron del 7 % del ingreso en 1993 al 12 % a partir de 1995 (4 % a cargo de los trabajadores y 8 % a cargo de los empleadores).

Los recursos para financiar la cobertura del POS en el Régimen Contributivo serían manejados mediante la cuenta de compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA, hoy ADRES). Esta cuenta tendría una relación directa con las EPS, pues estas serían delegadas para recaudar los recursos y a estas se reconocería la Unidad de Pago por Capitación (UPC), que sería el recurso disponible para garantizar la prestación de servicios a los afiliados.

Para financiar la cobertura del Régimen Subsidiado, que junto con la transformación del ISS y la creación de las EPS constituyó la principal innovación que trajo la Ley 100, se establecieron varias fuentes y mecanismos. La principal fuente para iniciar la afiliación era el denominado aporte de solidaridad, consistente en uno de los doce puntos de cotización del Régimen Contributivo.

Además, se estableció el mecanismo de *pari passu*, o peso a peso, procurando que el Gobierno aportara del presupuesto general de la nación un monto igual al aporte de solidaridad. De este modo, con estas dos fuentes se conformó la cuenta de solidaridad del FOSYGA. Adicionalmente, los municipios fueron obligados a destinar por lo menos el 60 % de la participación en los ICN para financiar el Régimen Subsidiado.

A partir de acá debería darse la denominada transformación de recursos de oferta a demanda, consistente en el cambio gradual del flujo de recursos que iban directamente del SNS a los hospitales, ahora destinados a contratar con las EPS la afiliación de población al Régimen Subsidiado.

Para financiar la cobertura de la seguridad social en salud se contaba entonces con la obligatoriedad de las cotizaciones, para cubrir a la población con capacidad de pago y aportar también a la población subsidiada, y la asignación de recursos fiscales para cubrir a la población del Régimen Subsidiado. Esto se complementa con pagos directos por los servicios de salud, bajo la denominación de copagos y cuotas moderadoras, los cuales mantienen el propósito de proteger financieramente a las familias mediante unos aportes determinados en función del ingreso y con unos topes máximos por evento y por año (ver TABLA 5).

TABLA 5. Cuotas moderadoras y copagos en el sistema de seguridad social en salud, 2021.

Régimen - Población	Cuotas moderadoras		Copagos		
	% S. M. D.	Monto (\$)	% Vr. servicio	Vr. máximo por servicio (\$)	Vr. máximo por año (\$)
Régimen Contributivo					
A: Menos de dos S. M. M.	11,7 %	3.500	11,5 %	260.747	522.402
B: Dos a cinco S. M. M.	46,1 %	14.000	17,3 %	1.044.805	2.089.610
C: Más de cinco S. M. M.	121,5 %	35.600	23,0 %	2.089.610	4.179.220
Régimen Subsidiado					
Nivel I de Sisbén	0	0	0	0	0
Otros niveles del Sisbén	0	0	10,0 %	454.263	908.526

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Cuotas moderadoras y copagos (Acuerdo 260/2004, CNSS)

13.4. ¿Qué ha pasado en estas tres décadas?

Aunque la cobertura universal no se logró en el año 2000 como lo estableció la Ley 100, luego de 2010 se alcanzaron niveles de cobertura superiores al 90 % y en los últimos años se hizo realidad la unificación de los planes de beneficios, de manera que toda la población afiliada tiene derecho a los mismos servicios y medicamentos. En este tiempo se ha contado con varias normas orientadas a ampliar y garantizar la cobertura, incluyendo órdenes de la Corte Constitucional (ver ANEXO 2).

Los avances de la cobertura han sido posibles a partir de los esfuerzos para la financiación, lo cual ha llevado a que Colombia se destaque en el contexto internacional en cuanto a la participación pública en el gasto en salud, al mismo tiempo que se aprecia una posición importante del sector salud entre los distintos sectores que reciben recursos del Gobierno. El gasto en salud que realiza el país es financiado en niveles cercanos al 75 % por recursos públicos, coincidiendo en este aspecto con los mejores indicadores que se ofrecen en países de la OCDE. Por otra parte, el sector salud ha ocupado el primero o el segundo lugar de financiación del Gobierno, junto con educación, con un 16 % del presupuesto destinado a salud, cifra incluso superior a la de muchos países de la OCDE.

Los avances y logros en cuanto a cobertura y financiación no han estado exentos de dificultades. De hecho, no existe un buen consenso sobre las ventajas o fortalezas que puede tener el sistema originado en la Ley 100, de modo que la discusión suele concentrarse en las debilidades o problemas. Entre las dificultades que el país debe superar, asociadas directamente a la cobertura y la financiación, se encuentran los fallos en el acceso y la calidad en la prestación de los servicios, prácticas de corrupción y opacidad, falta de recursos e ineficiencia, lo que pone en riesgo la sostenibilidad financiera del sistema.

13.4.1. Cotizaciones y financiación del Régimen Contributivo

La obligación de contribuir con la financiación del seguro de salud ha recaído principalmente sobre empleadores, trabajadores y pensionados, aunque en los últimos años se han producido cambios en cuanto a la sustitución de

cotizaciones por impuestos generales. La cotización, que inició en el 12 % del ingreso en 1995, aumentó al 12,5 % mediante la Ley 1122 de 2007 para aportar más recursos a la financiación del Régimen Subsidiado. El pago de esta cotización seguiría siendo de cuatro puntos porcentuales a cargo del trabajador y ocho y medio puntos a cargo del empleador, de modo que el incremento recayó sobre estos últimos. En el caso de los pensionados, la cotización se mantuvo en el 12 %.

Desde 2007 la cotización permaneció en estos porcentajes, con una dinámica de recaudo importante a partir de 2010, una vez que la economía y el empleo formal tomaban un buen ritmo de crecimiento. En el marco de la reforma tributaria de 2012 (Ley 1607), con el pretexto de reducir la carga impositiva sobre la nómina y contribuir a una mayor generación de empleo formal, se dio un cambio trascendental en la financiación de la seguridad social en salud mediante la sustitución parcial de cotizaciones por impuestos generales. A partir de 2014, las empresas y las sociedades declarantes del impuesto sobre la renta no volverían a cotizar el 8,5 % del salario de los trabajadores con una remuneración igual o inferior a diez salarios mínimos mensuales.

A cambio de la reducción en las cotizaciones, las mismas empresas y sociedades pagarían un 8 % adicional de impuestos sobre la renta, y del recaudo se destinarían 4,4 puntos a salud. En la misma reforma tributaria se amplió la tributación especialmente de las personas de ingresos altos. Este cambio implicaba una reasignación importante de recursos entre sectores económicos, destacándose los principales alivios sobre las empresas que generan más empleo, como comercio, servicios y algunas industrias, y una mayor carga sobre las que generan menos empleo y logran mayores ganancias, como el sector minero y el financiero. Además, se inició una transformación que acaso quedó suspendida o inconclusa, y que ciertamente pudiera contribuir a la generación de empleo e incluso simplificar el sistema de recaudo. Un proceso similar fue adelantado en España hace tres décadas.

En esta misma dirección, en la reforma tributaria de 2019 (Ley 2010) se estableció una reducción de los aportes de pensionados de menores ingresos,

así: una cotización de 8 % en 2020 y 2021, y del 4 % a partir de 2022 para las pensiones de un salario mínimo, y una cotización de 10 % a partir de 2020 para las pensiones mayores a uno y hasta dos salarios mínimos. En este caso, se busca igualar los esfuerzos de pensionados y trabajadores, pues estos últimos aportan el 4 % de su ingreso, además de proteger las pensiones más bajas, aunque hacia adelante pueden generarse distorsiones y hasta interpretaciones sobre la constitucionalidad de este alivio solamente para un grupo de pensionados.

13.4.2. Descentralización y financiación de la afiliación subsidiada

Como se mostró anteriormente, las cotizaciones han reducido de forma importante su participación en la financiación del sistema, desde niveles superiores al 50 % en 2010 al 40 % en 2020, con tendencia a continuar bajando por los cambios recientes en aportes de pensiones (ver FIGURA 16). Para mantener la financiación, y de manera especial para garantizar la cobertura del Régimen Subsidiado, la otra cara de la moneda ha sido el aumento de aportes provenientes de los impuestos generales, como el impuesto a la renta y el IVA, y de impuestos específicos, como los que se cobran sobre licores y tabaco.

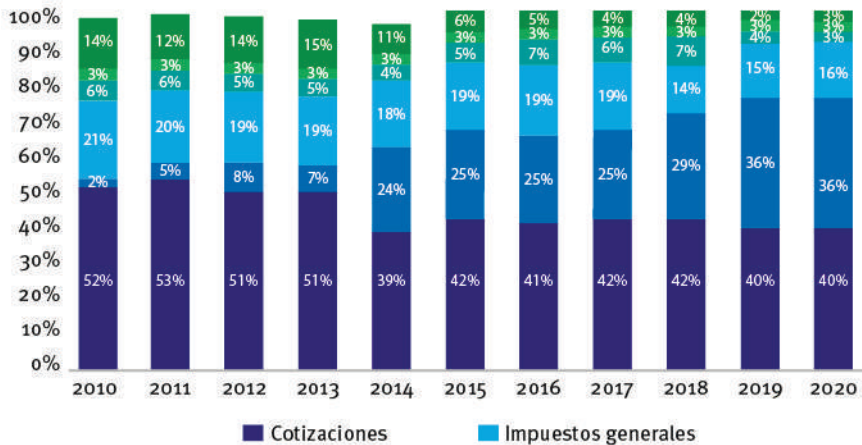


FIGURA 16. Fuentes de financiación del sistema de seguridad social en salud, 2010-2020.

Fuente: ADRES. Presupuesto de ingresos y gastos 2020. Unidad de Recursos Administrativos (URA)

En este recorrido se pueden identificar dos etapas, a propósito de la participación que han tenido los aportes del presupuesto general de la nación. La primera etapa, de 1995 a 2010, estuvo marcada por los bajos aportes del Gobierno, lo cual comenzó con la falta de cumplimiento del *pari passu* y los esfuerzos para eliminar o minimizar estos aportes. Las leyes 344 de 1996 y 715 de 2001 intentaron fijar el aporte fiscal en proporciones inferiores, del orden del 50 y del 25 % del aporte de solidaridad del Régimen Contributivo, pero esas normas se declararon inconstitucionales, y, al quedar vigente lo establecido en la Ley 100, solamente quedaba la obligación de asignar recursos a partir de 1997 que “pudieran llegar a ser iguales al aporte del régimen contributivo”, lo cual implicaba que los aportes del Gobierno podrían ser inferiores a dicho monto, como de hecho lo fueron en varios años y hasta llegaron a ser cero.

El bajo aporte gubernamental, reflejado en la composición de la cuenta de solidaridad del FOSYGA, fue muy notorio entre 1994 y 2006, período en el que apenas significó un 16 % de los aportes parafiscales y cuyos montos anuales no superaban las exigencias de la ley. Desde entonces, dada la aprobación de la Ley 1122 de 2007 y la voluntad política de avanzar hacia la cobertura universal, se modificó la fórmula para definir los aportes del Gobierno y estos en general han sido superiores a la exigencia legal. Es así como en una segunda etapa, marcada especialmente a partir de 2010 con la Ley 1393 que siguió a la emergencia social de aquel año, a la financiación del Régimen Subsidiado se agregaron recursos importantes provenientes de cambios en los impuestos al tabaco, a los licores, a la cerveza y a las loterías. Esta norma significó un aporte cercano a \$1,5 billones para el sistema de salud.

Además de esto, la Ley 1438 de 2011 cambió de nuevo la fórmula para determinar el aporte del Gobierno, ahora en función de “los requerimientos para la universalización de la cobertura y la unificación de los planes de beneficios, una vez aplicadas las demás fuentes que financian el régimen subsidiado”. Dado lo anterior, con el incremento de los recursos y la meta de cobertura universal se llegó a un requerimiento de recursos para mantener la afiliación cercano a los \$12 billones a partir de 2013.

En esta etapa, en la que el aporte de los impuestos generales pasó del 2 % en 2010 al 36 % en 2020, mediante reformas tributarias se han incorporado

recursos para garantizar la cobertura. Además de la Ley 1607 de 2012, que sustituyó parcialmente cotizaciones por impuestos generales, la Ley 1819 de 2016 ordenó destinar medio punto de la tarifa del IVA para el sistema de salud, lo que puede significar recursos anuales superiores al billón de pesos.

Como se comentó con respecto a las normas de descentralización emanadas de la Ley 60, la afiliación al Régimen Subsidiado y otros gastos del sistema de salud deben ser cubiertos con las transferencias territoriales. Se han presentado cambios que han significado una reducción en el peso de estos recursos y de la capacidad de maniobra de los departamentos y los municipios, lo que ha llevado a algunos a referirse a una recentralización. Es el caso por ejemplo de una reforma a la Constitución (Acto Legislativo 01 de 2001) que se tramitó en medio de la crisis económica de 1998 y 1999, que implicó un freno en el aumento de las transferencias a los municipios. Mediante esta reforma, reglamentada por la Ley 715 de 2001 y luego modificada mediante Acto Legislativo 04 de 2007, se unificaron las transferencias a departamentos y municipios en el Sistema General de Participaciones (SGP) y se asignó el 24,5 % para salud.

13.5. Una aproximación al equilibrio financiero del sistema

En una mirada de largo plazo, antes de la sustitución parcial de las cotizaciones que ordenó la Ley 1607, el Régimen Contributivo mantuvo un saldo positivo entre las cotizaciones netas (los ingresos) y el monto necesario para cubrir la financiación del POS de todos los afiliados mediante la denominada UPC (los gastos). Como puede apreciarse en las columnas C y D de la TABLA 6, este saldo representaba un monto importante y constituía algo más del 10 % de los ingresos anuales, lo cual permitió en varias oportunidades la ampliación del POS y el reconocimiento de un aumento real de la UPC.

La UPC del Régimen Contributivo ha crecido históricamente en términos reales. El aumento fue más marcado entre 1995 y 2000 (11 %). Durante buena parte de la década de 2000 la UPC estuvo estancada debido a las implicaciones de la crisis económica y, a partir de 2011, ha registrado un crecimiento sostenido que responde a las ampliaciones del plan de beneficios (ver FIGURA 17). En cuanto a la UPC del Régimen Subsidiado, estuvo estancada durante muchos años e incluso presentó una reducción importante en

1999, debido a la crisis económica, y a partir de 2008 se dio inicio a una fase creciente, lo que en parte responde al reconocimiento del gasto creciente, especialmente en las ciudades, y a la ampliación del POS para ciertos grupos de población, llegando a un momento crucial en 2013, cuando se decretó una UPC con un aumento real del 43 % para la unificación del POS para toda la población del régimen.

TABLA 6. Colombia: equilibrio financiero del Régimen Contributivo de salud, 2003-2013 (cifras en millones de pesos).

Año	(A) Cotizaciones	(B) Financiación del POS (UPC)	(C) = (A) - (B) Saldo de compensación	(D) = (C)/(A) Saldo / Ingresos (%)	(E) Tutelas y otros eventos	(F) = (D) - (E) Saldo neto	(G) = (E)/(B) Tutelas y otros eventos / Gastos (%)
2003	5.492.136	5.057.729	434.407	7,9%	44.230	390.177	0,9%
2004	5.923.872	5.571.804	352.067	5,9%	88.572	263.495	1,6%
2005	6.420.050	5.623.906	796.144	12,4%	159.842	636.302	2,8%
2006	6.834.254	6.389.757	444.497	6,5%	181.275	263.222	2,8%
2007	8.131.350	7.595.719	535.631	6,6%	550.000	-14.369	7,2%
2008	8.990.714	7.822.880	1.167.834	13,0%	983.936	183.898	12,6%
2009	10.141.360	9.055.418	1.085.941	10,7%	1.818.791	-732.850	20,1%
2010	10.889.554	9.331.047	1.558.508	14,3%	2.345.748	-787.241	25,1%
2011	13.049.965	11.312.866	1.737.099	13,3%	2.137.443	-400.344	18,9%

Fuente: FOSYGA, Consorcio fiduciario. Cálculos del GES

Adicional a las posibilidades que pueden ofrecer los ingresos, en el sentido de permitir la ampliación del plan de beneficios manteniendo un balance entre UPC y costos del plan, es importante considerar el gasto en tecnologías

que no está incluido en dicho plan o que no se financia con la UPC. Además de poder garantizar la cobertura mediante el cubrimiento del valor de la UPC, este ha sido el principal desafío para la sostenibilidad financiera del sistema, pues el crecimiento del gasto en estas tecnologías resulta desbordado.

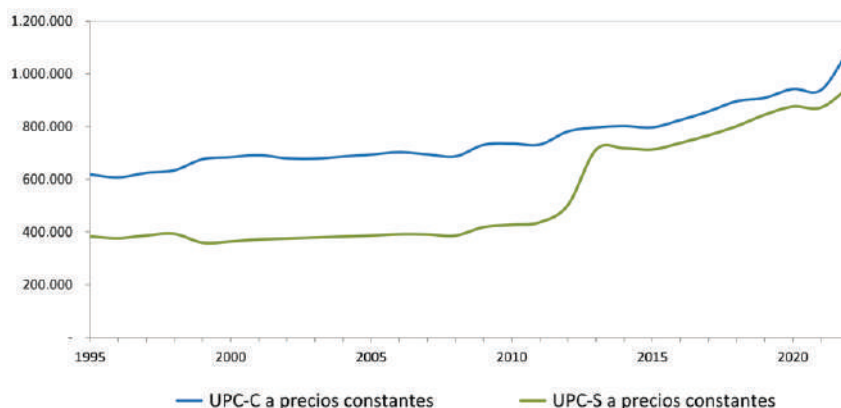


FIGURA 17. Colombia: Unidad de pago per cápita en el sistema de seguridad social en salud, 1995-2021 (cifras en pesos constantes de 2021).

Fuente: hasta el año 2008: Acuerdos del CNSSS; a partir de 2009, acuerdos 009 de 2009, 019 de 2010 y 030 de 2011 de la Comisión de Regulación en Salud; a partir de 2012, Resolución anual Ministerio de Salud y Protección Social. Cálculos del CES

El mecanismo de recobros enseña esta problemática en la medida en que se trataba principalmente de las prestaciones de alto costo que las EPS debían garantizar y luego tramitar su cobro o reembolso ante el FOSYGA. Entre 2010 y 2018 los recobros crecieron 31 %, ¹⁴ y en 2019 se destinaron 4,1 billones por este concepto, lo que se suma a los \$ 44,6 billones para financiar la cobertura del PBS ese año. El Gobierno ha adoptado medidas para estabilizar el valor de los recobros en los últimos años, como la imposición de precios máximos de reembolso, la inclusión de nuevas tecnologías en el PBS y la regulación de precios de medicamentos. No obstante, aún se adeudan pagos a las EPS, generando déficits que a su vez tienen efectos negativos sobre hospitales y clínicas.

14. Restrepo Zea, Casas Bustamante y Espinal Piedrahita, “Cobertura universal”.

En esa misma línea, en el período 2018-2022 el Gobierno avanza con medidas como la centralización de la competencia para el reconocimiento de los servicios y tecnologías de alto costo, el reconocimiento de valores máximos y la definición de techos o presupuestos máximos.¹⁵ Con dichas normas se busca que las aseguradoras gestionen el riesgo en salud de manera integral, es decir, que se garantice a los usuarios que lo requieran todos los servicios y tecnologías en salud autorizados en el país, e indistintamente de si están o no financiados por la UPC. El caso específico de los techos o presupuestos máximos consiste en una nueva forma de reconocer el pago de los servicios y tecnologías no financiadas con la UPC. De esta forma, se entregará a las EPS un valor por unidad mínima de concentración para el caso de medicamentos y un valor per cápita para el caso de procedimientos. Este mecanismo implica el cálculo de un presupuesto máximo que la ADRES girará a las EPS de manera anticipada (*ex ante*), transfiriendo a su vez el riesgo en salud para su gestión integral.

13.6. Conclusiones

Colombia ha presentado avances importantes en la cobertura en salud a partir de la Constitución de 1991, tanto porque se aproxima a la meta de universalidad, como porque ha posicionado el gasto en salud en los primeros lugares del gasto público. En el contexto internacional, el país se destaca por tener una alta participación de los recursos públicos en la financiación de la salud, lo cual tiene su contraparte en una baja participación de los gastos de bolsillo. De acá que el país sea reconocido por lograr una buena protección financiera. Además, a la luz de las recomendaciones y de varias reformas emprendidas en varios países en la década de 1990, Colombia se apartó un poco de la agenda dominante, pues, a diferencia de esta, que estaba basada en la idea de unos paquetes esenciales, el país buscó la cobertura universal de un plan de beneficios que resultaba superior e igual para toda la población.

15 Colombia, Congreso de la República, Ley 1955 de 2019, Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022, art. 240, http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1955_2019.html

Así como el país puede destacarse en varios aspectos de la financiación a nivel internacional, manteniendo una senda creciente como se aprecia en proyecciones al año 2040 (ver TABLA 7), a nivel interno ha sido muy notorio el avance del sector salud entre los demás sectores que reciben recursos del presupuesto público. Tal vez no existan casos similares al significativo aumento de recursos que trajeron las reformas a la salud y la descentralización a partir de las leyes 60 y 100 de 1993, y el mantenimiento del esfuerzo gubernamental para garantizar la cobertura del sistema general de seguridad social en salud.

TABLA 7. Gasto en salud como % del PIB, 1995, 2014, 2030 y 2040 (Grupos de países por nivel de ingresos y Colombia).

Países por nivel de ingresos	1995	2014	2030	2040
Alto	9,2	11,7	12,5	13,1
Medio alto	4,9	5,9	6,4	6,9
Medio bajo	3,5	4,3	4,7	5,0
Bajo	4,1	5,9	6,6	6,7
Colombia	6,8	7,2	7,8	8,5

Fuente: Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network, WHO & BM (tomado de GES, 2017)¹⁶

A lo largo de estas tres décadas, el país ha consolidado una cultura de la seguridad social y ha dado pasos cruciales para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud. No obstante las ganancias derivadas del predominio del gasto público y la protección financiera, el país enfrenta enormes retos para la sostenibilidad del sistema de salud. En el caso de la sustitución de cotizaciones por impuestos, un paso trascendental que se ha hecho efectivo desde 2014 con una reducción para las empresas, y más recientemente para los pensionados de menores ingresos, el país debe profundizar en este proceso y ordenar las fuentes de recursos para evitar distorsiones. A futuro debería mantenerse un aporte ciudadano según el ingreso, sin importar la condición de empleado, trabajador independiente o pensionado, desde un mínimo del 4 % como en la actualidad,

hasta un 6 % o más para las personas de más altos ingresos. Las demás fuentes necesarias para garantizar la financiación del sistema provendrían de los impuestos, incluyendo la destinación específica de una proporción del impuesto a la renta y del IVA.

Vale la pena insistir en que, en una perspectiva internacional, Colombia ha alcanzado logros importantes en las tres dimensiones primordiales de la cobertura universal en salud, principalmente por la superación de dos grandes retos que enfrentan los sistemas salud en cuanto a su financiación: la recaudación sostenible de recursos y el aumento de la protección financiera. Estos dos desafíos han sido superados por pocos países con características similares a Colombia, poniendo al país en cierta ventaja y un mayor grado de madurez. En consecuencia, por estos dos importantes avances se puede considerar que Colombia le ha dado prioridad a la salud desde el punto de vista de niveles de gasto en salud.

Ahora bien, preocupa cómo serán solventados los retos que trae la Ley Estatutaria, al tiempo que el país mantiene sus esfuerzos para mantener los logros alcanzados en materia de cobertura y sobre todo de unificación del plan de beneficios. Esto crea alertas sobre la suficiencia del espacio fiscal y la tasa de crecimiento que se necesita para afrontar los desafíos venideros. Son vitales para la sostenibilidad del sistema los incrementos adicionales en cantidad absoluta y relativa de los recursos, ante lo cual se tienen propuestas como la de introducir nuevos impuestos sobre el consumo de bebidas azucaradas, esperando que estos fondos adicionales amplíen el conjunto de recursos disponibles. También se puede esperar que los Gobiernos locales hagan más esfuerzos en beneficio del sector.

Además del esfuerzo público, el aumento del gasto puede ir de la mano de aumentos en los aportes privados, sin ir en desmedro de los avances que el país ha realizado en materia de equidad. Este panorama resulta un poco más complejo, pero al mismo tiempo dinámico y alentador en la medida en que se busca separar el comportamiento de los fondos de salud frente al problema de informalidad de la economía. Adicionalmente, es esencial liberar recursos adicionales mediante mejoras en la eficiencia. El país necesita avanzar en asuntos como la definición legítima del plan de beneficios, soportado en

tecnologías costo-efectivas, la instauración de mecanismos de pagos prospectivos, la creación o el fortalecimiento de organismos de regulación que ayuden a mitigar los incentivos financieros perversos en la relación EPS-IPS, y la identificación y focalización de áreas críticas de inversión que generen mayor impacto en el estado de salud. De esta manera, nuevas fuentes de ingresos y políticas de mitigación de problemas de eficiencia deben ser primordiales ante un gasto sanitario en expansión acelerada. Esto lleva a preguntarse también qué tan prioritario ha sido para el país la necesidad de hacer uso eficiente de los recursos recaudados para la salud.

ANEXO 2. Principales normas sobre cobertura de la seguridad social en salud en Colombia.

Tema	Disposición legal o judicial	Objeto o materia
Cobertura de la población (personas cubiertas)	Constitución de 1991	Artículo 49: la atención de la salud y el saneamiento ambiental, servicios públicos a cargo del Estado, con garantía para todos de acceso a servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. La ley define atención básica gratuita y obligatoria para todos.
	Ley 100 de 1993	Crea el sistema general de seguridad social en salud con el objetivo de crear condiciones de acceso a todas las personas al servicio de salud en todos los niveles de atención. Meta al año 2000: 100 % de afiliación al sistema y unificación gradual de los planes de beneficios.
	Acuerdos 262 y 267 de 2004 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud	Fija criterios de distribución de los recursos del FOSYGA para ampliar la cobertura del Régimen Subsidiado y se crea la figura de subsidios parciales.
	Ley 1122 de 2007	Amplió la cobertura de los subsidios parciales y estableció otras medidas para ampliar la cobertura y facilitar movilidad entre los dos regímenes. Meta de afiliación para 2010: 100 % de población de los niveles I, II y III del Sisbén.
	Sentencia T-760 de 2008	La Corte Constitucional definió como fundamental el derecho a la salud, y dictó órdenes en procura de garantizar la cobertura universal y hacer efectivo el goce del derecho a la salud.
	Ley 1438 de 2011	El sistema estará orientado a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, dando importancia primordial al acceso a los servicios y al usuario como núcleo central. Metas de cobertura: todos los residentes en el país deberán estar afiliados al sistema y el pos se actualizará integralmente cada dos años a partir de diciembre de 2011.

Tema	Disposición legal o judicial	Objeto o materia
	Ley 1751 de 2015	Regula el derecho fundamental a la salud; plan integral de salud.
	Decreto 538 de 2020	Mantiene la cobertura de la población en el Régimen Contributivo que se haya visto afectada en el empleo debido a la pandemia de la Covid-19.
Cobertura intensiva (relativa al plan de beneficios)	Acuerdos 04 y 11 de 2009 de la Comisión de Regulación en Salud (CRES)	Unifica el POS subsidiado con el contributivo para menores de 12 años y para niños y adolescentes menores de 18 años.
	Acuerdos 12 y 13 de 2010 de la CRES	Define la UPC para el desarrollo de prueba piloto de unificación del POS en las ciudades de Cartagena y Barranquilla.
	Acuerdo 27 de 2011 de la CRES	Unifica el POS para adultos de 60 años y más.
	Acuerdo 29 de 2011 de la CRES	Define, aclara y actualiza integralmente el POS.
	Acuerdo 032 de 2012 de la CRES	Unifica el POS para los adultos entre los 18 y 59 años.
	Resolución 4480 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)	Define la UPC del Régimen Subsidiado correspondiente al POS unificado con el contributivo.
	Resolución 330 de 2017 del MSPS	Adopta el procedimiento técnico-científico y participativo para la determinación de los servicios y tecnologías que no podrán ser financiados con recursos públicos.
	Ley 1955 de 2019	Los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a los recursos de la UPC serán gestionados por las EPS con el mecanismo de presupuestos máximos (art. 240).
Resolución 244 de 2019 del MSPS	Listado de servicios y tecnologías que serán excluidas de la financiación con recursos públicos asignados para salud.	

Fuente: normas citadas

Bibliografía

- Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral, Acemi. *Gestión de desperdicios e ineficiencias en el sistema de salud colombiano*. Bogotá: Acemi, 2018. https://issuu.com/acemi/docs/gestion_desperdicios_v7
- Banco Mundial. “Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: invertir en salud”. Washington, 1993.
- Colombia. Congreso de la República. Ley 12 de 1986. Por la cual se dictan normas sobre la cesión de impuesto a las ventas o impuesto al valor agregado (IVA).
- _____. Ley 10 de 1990. Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones.
- _____. Ley 60 de 1993. Por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Consti-

tución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones.

_____. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

_____. Ley 344 de 1996. Por la cual se dictan normas tendientes a la racionalización del gasto público, se conceden unas facultades extraordinarias y se expiden otras disposiciones.

_____. Ley 715 de 2001. Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

_____. Acto Legislativo 01 de 2001. Por el cual se modifican algunos artículos de la Constitución Política.

_____. Acto Legislativo 04 de 2007. Por el cual se reforman los artículos 356 y 357 de la Constitución Política.

_____. Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

_____. Ley 1393 de 2010. Por la cual se definen rentas de destinación específica para la salud, se adoptan medidas para promover actividades generadoras de recursos para la salud, para evitar la evasión y la elusión de aportes a la salud, se redireccionan recursos al interior del sistema de salud y se dictan otras disposiciones.

_____. Ley 1438 de 2011. Por la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en salud y se dictan otras disposiciones.

_____. Ley 1607 de 2012. Por la cual se expiden normas en materia tributaria y se dictan otras disposiciones.

_____. Ley 1819 de 2016. Por la cual se adopta una reforma tributaria estructural, se fortalecen los mecanismos para la lucha contra la evasión y la elusión fiscal, y se dictan otras disposiciones.

_____. Ley 1955 de 2019. Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1955_2019.html

_____. Ley 2010 de 2019. Por la cual se adoptan normas para la promoción del crecimiento económico, el empleo, la inversión, el fortalecimiento de las finanzas públicas y la progresividad, equidad y eficiencia del sistema tributario.

Colombia. Corte Constitucional. Sentencia C-520 de 1994. M. P.: Hernando Herrera Vergara. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1994/C-520-94.htm>

- Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T-760 del 31 de julio de 2008. M. P.: Manuel José Cepeda Espinosa.
- Colombia. Presidencia de la República. Decreto 56 de 1975. Por el cual se sustituye el Decreto-ley número 654 de 1974 y se dictan otras disposiciones.
- _____. Decreto 538 de 2020. Por el cual se adoptan medidas en el sector salud, para contener y mitigar la pandemia de COVID-19 y garantizar la prestación de los servicios de salud, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica.
- Defensoría del Pueblo de Colombia. *La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2018*. 13.^a ed. Bogotá: Defensoría del Pueblo, 2019. <https://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Tutela-los-derechos-de-la-salud-2018.pdf>
- Farné, Stefano y David Rodríguez. “¿Bajar los impuestos al trabajo genera empleo? Ley 1607 de 2012 de Reforma Tributaria en Colombia”. Cuadernos de Trabajo, No. 14, Observatorio del mercado de trabajo y la seguridad social, Universidad Externado de Colombia, 2013.
- Galán, Ricardo. “Reorganización del Sistema Nacional de Salud: una gran transformación de la Ley 10 de 1990”. *Revista Escuela de Administración de Negocios*, no. 10 (1990): 13-18.
- Grupo de Economía de la Salud, GES. “Alternativas para financiar el sistema de salud en Colombia”. *Observatorio de la Seguridad Social*, Vol. 2, no. 5 (2002): 1-9.
- _____. “Limitaciones y derechos sobre la atención en salud de los colombianos”. *Observatorio de la Seguridad Social*, Vol. 7, no. 18 (2008): 1-16.
- _____. “El gasto y la prioridad de la salud en Colombia”. *Observatorio de la Seguridad Social*, Vol. 15, no. 31 (2015): 1-16.
- _____. “Eficiencia en los sistemas de salud: Marco internacional y perspectivas para Colombia”. *Observatorio de la Seguridad Social*, no. 34 (2017).
- _____. “Sostenibilidad financiera de los sistemas de salud: alternativas y lecciones para Colombia”. *Observatorio de la Seguridad Social*, no. 35 (2017).
- Morales, Luis Gonzalo. “El financiamiento del sistema de seguridad social en salud. Serie Financiamiento del Desarrollo 55”. Repositorio CEPAL, Santiago de Chile, julio de 1997.
- Ocampo, José Antonio. “Reforma del Estado y desarrollo económico y social en Colombia”. *Análisis Político*, no. 17 (1992): 3-40.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. *Alma-Ata 1978. Atención primaria de salud*. Ginebra: OMS, Serie “Salud para todos”, No. 1, 1978.
- _____. *Informe sobre la salud en el mundo 2010. Financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal*. Ginebra: OMS, 2010.

- Organización Mundial de la Salud, OMS. “Cobertura sanitaria universal”. 1 de abril de 2021. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, OCDE. *Reviews of Health Systems: Colombia 2016*. Paris: OECD Publishing, 2016.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD. “Riesgos de corrupción en el sector salud en Colombia: Caracterización y análisis de los principales riesgos a partir del estudio de caso de Cartagena”. Cittadinanzattiva, Cartagena de Indias, Colombia, 2013. http://www.cittadinanzattiva.it/files/approfondimenti/attivismo_civico/attivi_nel_mondo/progetto_DD/riesgos-de-corrupc—n--estudio-de-caso-cartagne-de-indias.pdf
- Restrepo Zea, Jairo Humberto. “Monitoreo local de la reforma en el sector salud”. *Coyuntura Social*, no. 18 (1998): 173-96.
- Restrepo Zea, Jairo Humberto, Constanza Silva-Maya, Federico Andrade-Rivas y Robert V. H. Dover. “Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia”. *Gerencia y Políticas de Salud*, Vol. 13, no. 27 (2014): 242-65. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepsal/article/view/11970>
- Restrepo Zea, Jairo Humberto, Lina P. Casas Bustamante y Juan J. Espinal Piedrahita. “Cobertura universal y acceso efectivo a los servicios de salud: ¿Qué ha pasado en Colombia después de diez años de la Sentencia T-760?”. *Revista de Salud Pública*, Vol. 20, no. 6 (2020): 670-76. <https://www.scielosp.org/article/rsap/2018.v20n6/670-676/es/>
- Restrepo Zea, Jairo Humberto y Aurelio Mejía. “Equilibrio financiero y prima del seguro de salud en Colombia (UPC), 1996-2007”. *Perfil de Coyuntura Económica*, no. 9 (2009): 97-116. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/coyuntura/article/view/2324>
- Restrepo Zea, Jairo Humberto, Grupo de Economía de la Salud, GES, Centro de Investigaciones y Consultorías. *Recomendaciones de política: en busca de una mayor integridad y transparencia en el sistema de salud colombiano*. Medellín: MPS Publicidad, 2018. <https://actuecolombia.net/images/docs/RecomendacionesPoliticaIntegridadTransparencia.pdf>
- Tejada de Rivero, David A. “La historia de la Conferencia de Alma-Ata”. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, Vol. 64, no. 3 (2018): 361-6. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300008
- Vélez, Carlos Eduardo. “Eficiencia, equidad y reestructuración sectorial del gasto público social”. *Borradores Semanales de Economía*, no. 80 (1997). <https://repositorio.banrep.gov.co/handle/20.500.12134/5098>
- Zapata, Olga Lucía. “Re-centralización fiscal en Colombia, 2001-2011”. *Revista Ciudades, Estados y Política*, Vol. 3, no. 2 (2016): 67-87. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revcep/article/view/52450>

14. Décadas perdidas y ganadas de la Atención Primaria de la Salud (APS): el sentir, la necesidad y sus antecedentes en la ruta de la Constitución del 91

Juan Eduardo Guerrero-Espinel¹

Rafael Tuesca-Molina²

Erwin Hernando Hernández-Rincón³

14.1. Introducción

Es un desafío iniciar con la reflexión sobre el sistema de salud en Colombia en el contexto del 30 aniversario de la Constituyente, mucho más si este capítulo se escribe en plena pandemia por Covid-19, cuando la salud pública clama por

- ¹ *Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia UdeA, Calle 70 No. 52-21, Medellín, Colombia, profesor, correo: eduardo.guerrero@udea.edu.co*
- ² *Grupo de Investigación ScienceFlows, Universidad de Valencia, Grupo de Investigación Proyecto UNI Barranquilla, Departamento de Salud Pública, Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia, profesor, correo: rtuesca@uninorte.edu.co*
- ³ *Grupo de Investigación Medicina Familiar y Salud de la Población, Departamento de Medicina Familiar y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana, Cundinamarca, Colombia, profesor, correo: erwin.hernandez1@unisabana.edu.co*

más gobernanza global y local en salud con Atención Primaria en Salud (APS). Es necesario hilar este análisis desde la promulgación de la Declaración de Alma-Ata de 1978 para comprender su significado y sus implicaciones. Desde ese momento, se hicieron evidentes las tensiones y conflictos expresados por los países dominantes (Estados Unidos de América, EUA, Unión de Repúblicas Socialistas Soviética, URSS, y la República Popular China) en plena Guerra Fría. Para iniciar, Estados Unidos fue como observador a la Asamblea Mundial celebrada en Kazajistán, Rusia, y la República Popular China no asistió. En este capítulo se busca explicar las contradicciones existentes para comprender el significado de las décadas perdidas y ganadas con la estrategia de APS, entendiendo las lecciones aprendidas y las transformaciones urgentes imprescindibles para Colombia.

14.2. Desde Alma-Ata hasta la Constitución de 1991

Cerca de 13 años habían transcurrido en el escenario político colombiano desde la firma de la Declaración de Alma-Ata, hasta el momento de la firma histórica de la Constitución de 1991. Periodo altamente conflictivo en Colombia, en el cual se firmaron acuerdos de paz con los movimientos guerrilleros M-19, el Ejército Popular de Liberación (EPL) y el Quintín Lame, procesos considerados como una voz de esperanza y de posible apertura a una nueva época más democrática.⁴ El movimiento de la Séptima Papeleta y el crecimiento de la actividad de las organizaciones sociales constituyen un hito que se consolida en una nueva Constitución, que logra consenso entre las vertientes más conservadoras, las corrientes neoliberales y la insurgencia que ha dejado las armas. Es el amanecer de nuevas reglas de juego para una democracia y el nuevo Estado de derecho social.⁵

4 Asamblea Nacional Constituyente, *Constitución Política de Colombia*, actualizada con los Actos Legislativos a 2015, ed. Corte Constitucional (Bogotá: Imprenta Nacional, 1991); Marleny Valencia et al., “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 Pública*, Vol. 27, no. 3 (2009): 356-63.

5 Juan José Echavarría, “Colombia en la década de los noventa, neoliberalismo y reformas estructurales en el trópico”, *Cuadernos de Economía*, Vol. 20, no. 34 (2001): 57-102.

A nivel internacional, era evidente para la estrategia de atención primaria el énfasis en la APS selectiva derivada del acuerdo entre los Estados Unidos, el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Gobierno de Italia. Estos querían una clara diferenciación para privilegiar el enfoque biomédico e invisibilizar las acciones sobre los determinantes sociales de la salud para reducir las desigualdades y la injusticia social. Todo lo que se hiciera en este último contexto, en su momento, era considerado insurgente y no deseable, craso error de la historia que nos ha costado vidas y esperanzas frustradas.⁶

Las décadas de los 70 y 80 son vitales para el diseño e implementación del Sistema Nacional de Salud (SNS), que pretendió reducir la fragmentación entre la asistencia pública y la seguridad social y, además, buscó descentralizarse con la Ley 010 de 1990. Este lapso de la salud se trabaja bajo la teoría de los sistemas que busca articular estos dos sectores para ser más efectivos y eficientes. Fruto de un paro médico, el más largo de la historia en Colombia, el Instituto Colombiano de Seguros Sociales se reforma y pasa a ser Instituto de Seguros Sociales, creando los Centros de Atención Básica, diseñados bajo la guía del modelo inglés más cercano a la atención básica. Tanto la asistencia pública, desde el Ministerio de Salud, como la seguridad social buscan mejorar su funcionamiento en un periodo convulsionado de la historia.⁷

Es necesario resaltar que, a nivel internacional, las fuerzas económicas lanzan el Consenso de Washington en 1989, acuerdo económico para abordar la llamada “década perdida” y lanzar una propuesta para la apertura comercial, flexibilidad laboral y crecimiento del sector privado, acortando la vigencia del estado de bienestar construido sobre los pilares del predominio de los servicios públicos para la sociedad. Es en este escenario de alto conflicto y tensión que se mueven la organización y prestación de servicios de salud basados en la APS. No es posible continuar sin mencionar un actor relevante: el surgimiento

6 Barbara Starfield, “Politics, Primary Healthcare and Health: Was Virchow Right?”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol. 65, no. 8 (2011): 653-5; Ramiro Guerrero et al., “Sistema de salud de Colombia”, *Salud Pública de México*, Vol. 53 (2011): S144-S155.

7 Carlos Merlano e Iouri Gorvanev, “Sistema de salud en Colombia: una revisión sistemática de la literatura”, *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Vol. 24, no. 12 (2013): 74-86; Carlos Merlano e Iouri Gorvanev, “Literature on the Colombian Health System: An Evidence-Based View”, *Latin American Business Review*, Vol. 15, no. 1 (2014): 1-12.

de los carteles de narcotráfico en Cali y Medellín, que se imbrican en la vida política, con sus efectos funestos aliados con el paramilitarismo que afectan la seguridad nacional y agravan la conflictividad, y ciegan las vidas de líderes con visiones diversas al *statu quo* dominante nacientes en las regiones más desprotegidas y desiguales.⁸

Para completar este escenario, es necesario registrar la aprobación de la elección de alcaldes y gobernadores en marzo de 1988, que abre la democracia, reduce el centralismo y viabiliza la táctica operacional de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) lanzada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), como un instrumento para implementar la estrategia de APS desde los municipios e incorporar desde allí, y con los ciudadanos, los procesos de inserción y trabajo sobre los determinantes de la salud y sobre las condiciones de vida en las comunidades. Propuesta que se relaciona y articula posteriormente con las líneas de acción de la Carta de Ottawa, para posibilitar el surgimiento de la nueva salud pública basada en la promoción de la salud y que abre el espacio a la generación de municipios saludables guiados por la OPS y la OMS.

Es necesario reconocer, en este punto, que la década perdida trajo nuevas construcciones sociopolíticas para recibir la década de los 90: el inicio de una nueva Constitución basada en los derechos humanos, que permite el camino para el Estado social de derecho, pero al mismo tiempo se introducen reformas privatizadoras. En el caso de la salud, con la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se generan cambios estructurales profundos que afectan lo público y lo reducen en el tiempo. Para el caso de este análisis, dichos cambios colocaron en peligro lo ganado en el tiempo con la construcción de hospitales, centros y puestos de salud en décadas previas, que fueron las bases de la incipiente y creciente APS basada en médicos generales, enfermeras, odontólogos, promotores de salud y saneamiento ambiental con la participación de diferentes líderes de las comunidades, incluyendo comadronas y parteras tradicionales. Se aúna a ello, en esta época del Servicio de

8 Echavarría, "Colombia en la década de los noventa".

Erradicación de la Malaria (SEM), una escuela para el trabajo comunitario con objetivos y metas concretas.⁹

La década de los 90 se abre con la necesidad urgente de actuar e invertir en lo social: educación, agua potable, nutrición y saneamiento ambiental. Esta inversión implica trabajar sobre los presupuestos básicos de la APS, que busca lograr objetivos sobre los determinantes sociales de la salud. Sin embargo, por otro lado, la corriente neoliberal creciente se posiciona para reestructurar el sistema y cambiar las reglas de juego avanzando de un modelo fragmentado (Ministerio de Salud, Seguro Social y privados) a otro denominado “pluralismo estructurado”, que cambia el subsidio a la oferta a un subsidio a la demanda, da libertad de elección para el aseguramiento y abre la competencia entre aseguradores y prestadores para la búsqueda de mayor cobertura, eficiencia y calidad. Los efectos de este modelo son contradictorios y se recogen en la publicación “Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia”, y deben analizarse con cuidado.¹⁰

14.3. Evolución histórica normativa en Colombia de la Atención Primaria en Salud

Consecuencia de la Constitución de 1991, y con el objetivo de garantizar la salud de todos los colombianos, se formuló la Ley 100 de 1993,¹¹ ley que suprime al antiguo SNS por un sistema en donde el Estado cambió de roles de modulador y regulador del sistema, y ya no como financiador ni prestador de servicios de salud. Así mismo, se crean dos regímenes, dependiendo de la capacidad de pago de la población; sin embargo, en su interior parecerían cuatro por paquete de servicios y presupuestación (subsidiado, “población pobre no asegurada”, y contributivo, “régimen especial”).¹²

⁹ Echavarría, “Colombia en la década de los noventa”.

¹⁰ Francisco José Yepes, “Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993”, *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Vol. 9, no. 18 (2010): 118-23.

¹¹ Merlano y Gorvanev, “Sistema de salud en Colombia”; Carlos Agudelo et al., “Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas”, *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 16, no. 6 (2011): 2817-28.

¹² Merlano y Gorvanev, “Sistema de salud en Colombia”; Agudelo et al., “Sistema de salud en Colombia”; Colombia, Congreso de la República, Ley 100 de 1993, Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones, http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html

En este nuevo sistema, con el objetivo de afiliar a la población y administrar el modelo de riesgo de las personas, se crean las aseguradoras, conocidas como Empresas Promotoras de Salud (EPS), renombradas desde 2016 como Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB).¹³

Cabe anotar que la Ley 100 presentaba un modelo que favorecía la atención integral en salud y la equidad de la población. Contempló que incluyera servicios de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades, como también que las personas con capacidad de pago ayudaran a subsidiar a las personas que no lo tuvieran, y que, además, este fuera un modelo que abarcara a toda la población colombiana.¹⁴ No obstante, en años posteriores, con la entrada en vigencia de la Ley 100 por parte de diferentes actores del sistema (prestadores, aseguradores, talento humano en salud, tomadores de decisiones, academia, entre otros), el modelo de salud se implementó centrado en el hospital (se excluyó a la comunidad y a las acciones de salud pública), teniendo como eje la enfermedad y la curación (dejando de lado la promoción de la salud, la educación para la salud y prevención de la enfermedad para lucrarse exclusivamente de la enfermedad), y basándose en los especialistas (minimizando el rol del médico general y otros profesionales de la salud),¹⁵ elementos contrarios a los principios de la atención primaria.

Igualmente, la calidad e integralidad de la atención en salud también disminuyeron, prefiriendo un modelo mercantilista, en donde la rentabilidad económica y las ganancias han sido priorizadas sobre la salud, el bienestar y las necesidades de las personas,¹⁶ motivo por el cual, para subsanar estas dificultades, la Ley 100 ha tenido diversas reformas y normas complementarias, las cuales han buscado incluir la salud pública y la APS como elementos sustantivos del sistema (FIGURA 18).

13 Merlano y Gorbanev, “Sistema de salud en Colombia”; Merlano y Gorbanev, “Literature on the Colombian”; Colombia, Congreso de la República, Ley 100 de 1993.

14 Colombia, Congreso de la República, Ley 100 de 1993; Jairo Restrepo, “¿Qué cambió en la seguridad social con la Ley 1122?”, *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, Vol. 25, no. 1 (2007): 82-89.

15 Agudelo et al., “Sistema de salud en Colombia”; Starfield, “Politics, Primary Healthcare”.

16 Oscar Bernal et al., “Disponibilidad de datos y perfil de morbilidad en Colombia”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 31, no. 3 (2012): 181-7; Colombia, Congreso de la República, Ley 100 de 1993.

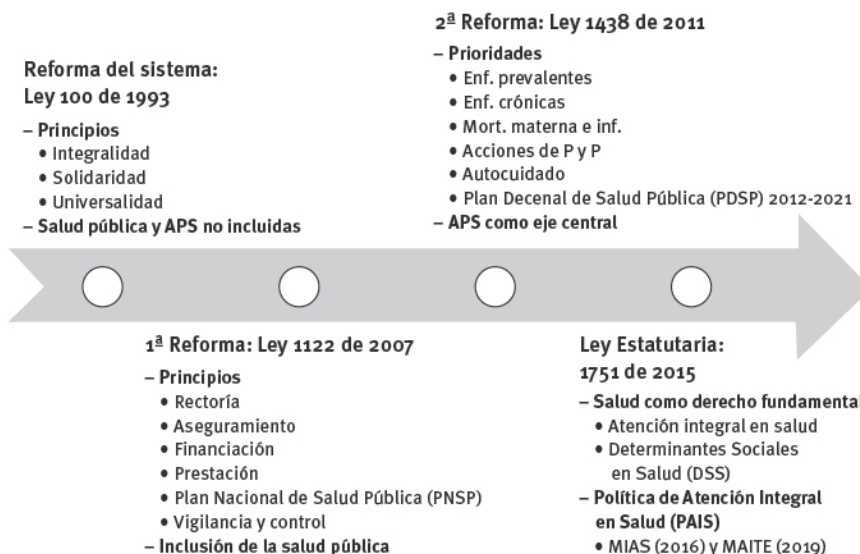


FIGURA 18. Línea de tiempo de principales cambios normativos en salud desde 1993 a 2021.¹⁷

Fuente: elaboración propia con base en los referentes normativos en salud de Colombia

De ese modo, en 2007 se realizó la primera reforma a la Ley 100 (Ley 1122), la cual aborda los componentes de financiamiento, aseguramiento, prestación de servicios de salud, salud pública y vigilancia y control, destacando que 14 años después se decide incluir a la salud pública en el sistema mediante la creación del Plan Nacional de Salud Pública (PNSP). Así mismo, se fortalecen las funciones de vigilancia y control para el adecuado cumplimiento de los elementos formulados desde 1991, y retomados con la Ley 1122, funciones bajo la responsabilidad de la Superintendencia de Salud.¹⁸ Aunque algunos autores destacan que esta reforma no hizo ningún cambio trascendente, a excepción

¹⁷ APS: Atención Primaria en Salud; PNSP: Plan Nacional de Salud Pública; PDSP: Plan Decenal de Salud Pública; DSS: Determinantes Sociales en Salud; PAIS: Política de Atención Integral en Salud; MIAS: Modelo Integral de Atención en Salud; MAITE: Modelo de Acción Integral Territorial.

¹⁸ Colombia, Congreso de la República, Ley 1122 de 2007, Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1122_2007.html#CAPITULO%20I

de la inclusión de la salud pública en Colombia, ya que los problemas de los aseguradores, prestadores y otros actores no habían sido abordados de manera estructural, ni tampoco se estaba cambiando la orientación del sistema.¹⁹

Cuatro años después de la primera reforma, el país considera la necesidad de realizar una nueva reforma al sistema de salud. Es por eso por lo que, mediante la Ley 1438 del 2011, se formula una reforma orientada a resolver los principales problemas y necesidades en salud de Colombia, y disminuir las barreras de acceso a los servicios de salud. Para esto se adopta un modelo basado en la salud pública y en los principios de la APS. En ese sentido, esta reforma definió los elementos necesarios para implementar la APS en Colombia.²⁰

Un año después de la Ley 1438, y a cuatro años del PNSP, que tenía su vigencia a punto de terminar, se formula un Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) para el periodo 2012-2021. Este plan contempló ocho dimensiones prioritarias (salud ambiental, vida saludable y condiciones no transmisibles, convivencia social y salud mental, seguridad alimentaria y nutricional, sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, vidas saludables y enfermedades transmisibles, salud pública en emergencias y desastres, y salud y ámbito laboral) y dos transversales (gestión diferencial de las poblaciones vulnerables y fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud).²¹

Sin embargo, en 2015, consecuencia de las limitaciones del sistema de salud y de la necesidad de garantizar el derecho a la salud de la población en

- 19 Agudelo et al., “Sistema de salud en Colombia”; Restrepo, “¿Qué cambió en la seguridad social?”; Luis Alberto Tafur, “Controversia a la reforma de la Ley 100 de 1993, Ley 1122 de enero de 2007”, *Colombia Médica*, Vol. 38, no. 2 (2007): 107-12.
- 20 Colombia, Congreso de la República, Ley 1438 de 2011, Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html; Álvaro Franco, “La última reforma del sistema general de seguridad social en salud colombiano”, *Revista de Salud Pública*, Vol. 14, no. 5 (2012): 865-77, <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2012.v14n5/865-877>; Álvaro Franco, “Referentes teóricos para el análisis de la reforma del sistema de salud colombiano”, *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Vol. 11, no. 22 (2012): 28-42.
- 21 Ministerio de Salud y Protección Social, *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. La salud en Colombia la construyes tú* (Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia, 2013); Diana Castañeda-Hernández y Alfonso Rodríguez-Morales, “Panorama de las enfermedades transmisibles en Colombia desde la perspectiva del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021”, *Infectio*, Vol. 19, no. 4 (2015): 141-3.

Colombia, se establece la Ley Estatutaria 1751, ley que hizo de la salud un derecho fundamental, el cual en la Constitución de 1991 era considerado como un derecho prestacional subjetivo, en directa relación con otros derechos fundamentales, como el derecho a la vida, y enfocado en la prestación de los servicios con calidad, oportunidad y suficiencia.²²

La Ley 1751 considera la salud como un “derecho autónomo e irrenunciable en lo individual y colectivo”, y para alcanzarla se debe avanzar hacia la atención integral y el abordaje de los determinantes sociales de la salud (DSS) con el fin de superar las desigualdades de la población.²³

Procedente de la Ley Estatutaria, en 2016 se formuló la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), orientada a “mejorar las condiciones de salud de la población”. Para esto formula el primer modelo operativo, conocido como el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS). La PAIS se formuló con el objetivo de integrar a todos los actores del sistema para fomentar una atención centrada en las personas, familias y comunidades. Para esto se definieron cuatro estrategias centrales.²⁴

Por otro lado, el MIAS definió diez componentes fundamentales para cumplir con la PAIS: caracterización de la población, Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), gestión integral del riesgo en salud, delimitación territorial, Redes Integrales de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS), rol del asegurador, esquema de incentivos, sistemas de información, recurso humano en salud y gestión del conocimiento. Dentro de estos componentes, se destacan las RIAS como “las acciones del cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los

- 22 Mario Hernández, “El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización”, *Revista de Salud Pública*, Vol. 2, no. 2 (2000): 121-44; Erwin Hernández Rincón, “Atención primaria y determinantes sociales en salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población” (Tesis de doctorado, Universidad Miguel Hernández de Elche, San Juan de Alicante, España, 2017).
- 23 Colombia, Congreso de Colombia, Ley 1751 de 2015, Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones, http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html
- 24 Ministerio de Salud y Protección Social, *Política de Atención Integral en Salud “Un sistema de salud al servicio de la gente* (Bogotá: Minsalud, 2016), <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación [...] y paliación;²⁵ y para esto se definen tres rutas.

Por último, en 2019 las entidades territoriales encargadas de la implementación del MIAS manifestaron dificultades en esta tarea, y también las aseguradoras reconocieron limitaciones en la adopción de las RIPSS.²⁶ Por ese motivo, se planteó un segundo modelo operativo, conocido como el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), modelo centrado en la estrategia de APS y soportado por un enfoque de salud familiar y comunitaria.²⁷

El MAITE definió diez prioridades en salud pública (enfermedades no transmisibles, enfermedades transmisibles, salud materna y de la mujer, salud infantil, salud mental, consumo de sustancias psicoactivas, salud ambiental, VIH/sida, cáncer y salud población migrante)²⁸ y ocho líneas de acción para alcanzar sus objetivos estratégicos del modelo.²⁹

14.4. Experiencias iniciales en la implementación de la atención primaria en Colombia

Desde su formulación en 1978, y su renovación en 2005, se planteó la relevancia de la atención primaria como una estrategia para brindar atención integral en salud, abordar los determinantes sociales de la salud (DSS) y preparar a los sistemas de salud para resolver los problemas de salud actuales y prepararse para los futuros.³⁰ Todo esto para alcanzar los Objetivos de Desarrollo

²⁵ Ministerio de Salud y Protección Social, *Política de Atención Integral en Salud*, 3.

²⁶ Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 489 de 2019, Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud -PAIS y adopta el Modelo de Acción Integral Territorial -MAITE, https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20489%20de%202019.pdf

²⁷ Ministerio de Salud y Protección Social, *Política de Atención Integral en Salud*; Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 2626 de 2019.

²⁸ Hernández Rincón, “Atención primaria y determinantes sociales”.

²⁹ Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 2626 de 2019.

³⁰ James Macinko et al., “La renovación de la atención primaria de salud en las Américas”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 21, nos. 2-3 (2007): 73-84; Organización Panamericana de la Salud, OPS, *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)* (Washington: OPS, 2007), https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primarya_Salud_Americas-OPS.pdf

Sostenible (ODS), como se describe en la Declaración de Astana en 2018 con motivo de los 40 años de la APS en el mundo.³¹

Como se mencionó, no es hasta 2011 que Colombia considera la APS como un elemento fundamental para mejorar la atención en salud.³² Sin embargo, a pesar de su priorización, en el país se documentan algunas experiencias que describen las limitaciones una vez fue adoptada en el 2011. Por ejemplo, una experiencia sobre la implementación de la APS desde la prestación de servicios de salud a nivel territorial, en Santander, en 2011, documentó problemas en la concepción e implementación de los elementos de la APS por parte del personal de salud.³³

Por otro lado, el Ministerio de Salud y Protección Social y la OPS, en 2012, recopilaron diversas experiencias exitosas sobre APS y Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) en Colombia, y encontraron que había un desconocimiento en la población en general, y en los funcionarios de hospitales y direcciones locales de salud, sobre los elementos conceptuales y la implementación de acciones de APS.³⁴

Por ese motivo, con base en estas experiencias, se recomendó transversalizar la APS a niveles nacional, departamental y municipal, iniciando con el fortalecimiento de competencias en APS en la formación en recursos humanos en salud y actuación de estos. Para esto, un grupo de universidades en Colombia (Universidad del Norte, Universidad de Antioquia, Universidad de La Sabana y Universidad Libre de Cali), desde el 2012, por intermedio del Campus Virtual de Salud Pública (CVSP) de la OPS, ha avanzado en la formación

31 “Declaración de Astaná”, Organización Mundial de la Salud, WHO, Astaná, octubre de 2018, <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>

32 Colombia, Congreso de la República, Ley 1438 de 2011; Erwin Hernández Rincón, “Atención Primaria en Salud en Colombia Basada en la Comunidad: Enfoque Territorial”, *Revista FML*, Vol. 20, no. 14 (2016), https://www.researchgate.net/publication/311761925_Atencion_Primaria_en_Salud_en_Colombia_Basada_en_la_Comunidad_Enfoque_Territorial

33 Miryam Ruiz et al., “Experiencia de implementación de un modelo de Atención Primaria”, *Revista de Salud Pública*, Vol. 13, no. 6 (2011): 885-96.

34 Roberto Suárez et al., *Resultados, sistematización, análisis y recomendaciones de la evaluación de las experiencias de APS-RISS. Convenio 485 MPS y OPS/OMS* (Bogotá: Minsalud, 2012), <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Sistematizaci%C3%B3n%20experiencias%20de%20Atenci%C3%B3n%20Primaria%20en%20Salud.pdf>

de recursos humanos mediante el desarrollo de competencias en APS y RISS, a través del abordaje de elementos conceptuales y operativos de la APS, pero también desde la gestión del cambio.³⁵

Así mismo, se reconoce la importancia de abordar la APS desde la comunidad, abordaje que permite construir la salud desde abajo hacia arriba, en donde con una fuerte base comunitaria y la posibilidad de la participación comunitaria es posible, con la población, resolver las necesidades de esta e integrarse a los servicios de salud.³⁶ Experiencias del trabajo en comunidad desde el 2011 han considerado la necesidad de generar capacidades en APS para favorecer la generación de entornos saludables. Para esto se debe desarrollar un proceso cíclico, en el que la comunidad aporte en la identificación y solución de los principales problemas de salud en diferentes poblaciones vulnerables y con la intención de generar la capacidad instalada en el territorio.³⁷

14.5. La Colombia olvidada en la atención primaria: los indígenas reclaman su sentir, más allá del reconocimiento constitucional

Las investigaciones identifican problemas de salud en población indígena relacionados con el sobrepeso y el incremento de la obesidad, alta proporción de parasitismo, poliparasitismo intestinal y mujeres con valores de hierro bajo en su sangre.³⁸ Otra esfera corresponde con las EPS, las cuales no han abordado

- 35 “Aspectos generales del curso virtual de desarrollo de capacidades para la renovación de la Atención Primaria de Salud (APS)”, Organización Panamericana de la Salud, PAHO, 2008, https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/SS_Aspectos_Grales_Curso_V_Development_Capacidades_Renovacion_APS.pdf; Erwin Hernández Rincón et al., “Experiencia de Sensibilización de Talento Humano en Salud en Atención Primaria en Salud (APS) por medio del Campus Virtual de Salud Pública (cvsp) Nodo Colombia”, *Salud Uninorte*, Vol. 31, no. 3 (2015): 501-13.
- 36 Jaime Gofin y Rosa Gofin, “Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 21, nos. 2-3 (2007): 177-85; Jaime Gofin, “Planning the Teaching of Community Health (COPC) in an MPH Program”, *Public Health Review*, Vol. 30, nos. 1-4 (2002): 293-301.
- 37 Erwin Hernández Rincón et al., “Building Community Capacity in Leadership for Primary Health Care in Colombia”, *International Journal of Cuban Health & Medicine*, Vol. 19, nos. 2-3 (2017): 65-70.
- 38 Martha Castillo et al., “Descripción del estado de salud de indígenas Huitoto y Embera de Florencia, Caquetá a través de pruebas de laboratorio, en el primer período de 2012”, *NOVA*, Vol. 13, no. 23 (2015): 37-45.

aspectos relacionados con la salud mental y las adicciones, por ejemplo, el consumo de alcohol en bebidas fermentadas de tipo artesanal y sus riesgos debido a la presencia de metales pesados, acompañado de incorporación de bebidas alcohólicas industrializadas.³⁹ En el caso de la comunidad zenú en San Andrés de Sotavento, en el Caribe colombiano, la gran mayoría de las aseguradoras del Régimen Subsidiado no tienen en cuenta las prácticas ancestrales, ni el enfoque etnocultural para el modelo de atención diferencial que establece el modelo de salud integral. Por ello, cabe señalar qué papel juega la determinación de condiciones de vida y del entorno, por ejemplo: cocinar con leña, disponer techo de zinc o eternit, paredes de bloques o bahareque que favorecen el hábitat de vectores, no disponer de alcantarillado, agua potable, baja cobertura de vacunación, entre otros.⁴⁰

La experiencia en la comunidad wayuu en algunas de las rancherías del área de Kamatainsumana, en Manaure, con la coparticipación de la academia y la empresa, ha posibilitado la actuación de la rectoría de la secretaría local de salud para visibilizar el fortalecimiento de la APS. Es fundamental reconocer la voluntad política de estas iniciativas, la continuidad de las acciones en salud pública y la articulación entre las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y las EPS del sector acompañadas de la autoridad local de salud.⁴¹ Otro aspecto dinamizador corresponde al rol del promotor de salud. Se ha adaptado la cosmovisión étnica wayuu para identificar factores de riesgos reconocidos por las comunidades y se han realizado intervenciones mediante sus saberes y prácticas ancestrales, posicionando la APS adaptada al contexto. Sin embargo, estos esfuerzos deben ser sostenibles en el tiempo y en los planes

39 Johan Lopera y Sara Rojas, “Salud mental en poblaciones indígenas. Una aproximación a la problemática de salud pública”, *Medicina UPB*, Vol. 31, no. 1 (2012): 42-52.

40 Promigas y Universidad del Norte, *Fortalecimiento del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) con la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) en Los Algarrobos y Carrazo, Dos (2) Corregimientos del Municipio de Chinú (Córdoba): informe final 2018-2020* (Barranquilla: Universidad del Norte, 2020).

41 Promigas y Universidad del Norte, *Fortalecimiento del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) con la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS). Informe Final 2017-2020. Salud (APS) en la comunidad indígena wayuu* (Barranquilla: Universidad del Norte, 2020).

de gobierno local, de forma tal que favorezca dar continuidad a los procesos y hacer partícipe a la comunidad en la veeduría y rendición de cuentas en salud.

¿Por qué denominamos la Colombia olvidada a la comunidad indígena? La Constitución de 1991 reconoce y declara, en el artículo 1.º, los siguientes aspectos: Estado social de derecho, república descentralizada, unitaria, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa, pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad. Añadiendo que el artículo 7.º declara que el Estado reconoce y protege la diversidad étnica-cultural. Con lo anterior, es claro que, ante el papel, se reconoce un Estado pluriétnico y diverso, pero dentro de los lineamientos de la promoción y protección de la salud los saberes y las prácticas ancestrales son desconocidos.⁴² Esta situación de no reconocimiento de la diversidad étnica y su cosmovisión influye en el debilitamiento de las tradiciones y costumbres. De otra parte, se amplían las exposiciones frente al ambiente y los riesgos de la industrialización de los no indígenas, lo que favorece un debilitado y empobrecido modelo y un sistema de salud para la población indígena sin reconocimiento de derechos internacionales para adaptarlos a las necesidades de los pueblos indígenas.⁴³

Es necesario anotar que la Ley 100 de 1993 pretendía alcanzar, con su filosofía y construcción, aspectos tales como universalidad, solidaridad, integridad, unidad y participación social, que a la fecha no están alineados a las necesidades y no han valorado la cosmovisión étnica de nuestra diversidad cultural,⁴⁴ lo que prodigó fue un enfoque reduccionista, segmentado y fragmentado.⁴⁵ Las respuestas deben ser dadas a partir de la Sentencia T-760 de 2008, para dar cumplimiento al mandato de la Corte de reconocer y dar cumplimiento a la igualdad de planes de beneficios y posicionar una oferta diferencial adaptada a las características sociales, geográficas, culturales y

42 Asamblea Nacional Constituyente, *Constitución Política de Colombia*; Martha Cecilia Suárez, "Servicios de salud, pueblos indígenas y prácticas médicas", *Revista de Salud Pública*, Vol. 3 (2001): 71-84; Hernández, "El derecho a la salud".

43 Suárez, "Servicios de salud".

44 Valencia et al., "Modificaciones al Sistema".

45 Blanca Patricia Mantilla, "Evolución conceptual y normativa de la promoción de la salud en Colombia", *Revista Salud UIS*, Vol. 43, no. 3 (2011): 299-306.

lingüísticas.⁴⁶ No obstante, es necesario resaltar y hacer visible que esta sentencia reconoce y declara la salud como “Derecho fundamental”, y enfatiza que el Estado está en la obligación de respetar, proteger y garantizar este derecho.⁴⁷ De otra parte, el artículo 49 de la Constitución de 1991 considera que la atención en salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado.⁴⁸ Sin embargo, las políticas adoptadas, relacionadas con aspectos de explotación minera, políticas para control de droga y erradicación de cultivos, golpean territorios olvidados en las zonas de asentamientos indígenas, donde no se reconoce el impacto de las medidas adoptadas.⁴⁹ Además, Colombia ha ratificado y firmado innumerables acuerdos y pactos, en especial relacionados con el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, firmado en la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en 1966, y la Resolución V de 1993, para poner en marcha la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas. Por lo tanto, el enfoque está centrado en la lógica del mercado y no centrada en lo que establece la Constitución de 1991. Esta lógica favorece la falta de respuestas ante las desigualdades que debe solucionar el Estado,⁵⁰ especialmente con políticas de agua limpia, salud ambiental, salud de fronteras, exposición a plaguicidas, enfermedades zoonóticas, crónicas e infecciosas de alta carga para la población indígena debido a determinantes genéticos,⁵¹ y la pobre oferta de los programas de promoción de la salud, entre estos la vacunación.⁵²

46 Suárez, “Servicios de salud”; Valencia et al., “Modificaciones al Sistema”; Jaime León Gañan, “De la naturaleza jurídica del derecho a la salud en Colombia”, *Monitor Estratégico*, no. 13 (2013): 7-19, <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/naturaleza-juridica-derecho-salud-colombia.pdf>

47 Valencia et al., “Modificaciones al Sistema”.

48 Mantilla, “Evolución conceptual”.

49 Elena Cárdenas Ramírez, “Alcances del derecho a la salud en Colombia: una revisión constitucional, legal y jurisprudencial”, *Revista de Derecho*, no. 40 (2013): 199-226.

50 Gloria Molina y Andrés Ramírez, “Conflicto de valores en el sistema de salud”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 33, no. 4 (2013): 287-93.

51 Luiza Sandes et al., “Atenção primária à saúde de indígenas sul-americanos: revisão integrativa da literatura”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, no. 42 (2018): e163.

52 Lina González, “Análisis comparativo de modelos de atención en salud para población indígena en la región Andina”, *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, Vol. 33, no. 1 (2015): 7-14.

14.6. Relevancia de la atención primaria en Colombia

Hasta el 2009, el modelo aprobado en el auge neoliberal crece en el manejo privado de los recursos, se generan déficits financieros insostenibles, debilitamiento de la salud pública y la consolidación del llamado “paseo de la muerte”, fruto de la persistente negación de servicios desde la mayoría de las EPS y EAPB. El déficit financiero se anuncia como emergencia y esta última es declarada inexequible. Se abre otra fase de reforma que culmina en la aprobación de la Ley 1438 de 2011, favorable a la APS, a las RISS y al PDSP. Esta ley, considerada un punto de inflexión del SGSSS en Colombia, luego es asediada y hay varios intentos para derogar artículos que restauran y fortalecen el rol de la autoridad sanitaria, la APS y las RISS bajo su mando.⁵³ Poco tiempo después, desde la llamada Junta Médica Nacional, se diseña y propicia la Ley Estatutaria 1751 de 2015, que busca legalizar la salud como derecho fundamental después de una década de construcción del “derecho a la salud en conexidad con la vida”.⁵⁴ Esta ley abre la vía para trabajar sobre los determinantes sociales de la salud y bajo el principio de la rentabilidad social en lugar de la rentabilidad económica, incluyendo fortalecer el cuidado primario de la salud. También, desde la firma de sanción presidencial comenzó a ser desconocida y está pendiente una reforma estructural coherente con su espíritu legislativo. Las tensiones continúan y se intenta desde el Gobierno insistir en el modelo privatizador, ahora con miras a legalizar el ingreso y funcionamiento del capital internacional con sus “conglomerados” y con APS ligada a los clientes, cuestión que no favorece el enfoque territorial y diferencial para proteger a los más vulnerados.⁵⁵

A nivel internacional, mientras tanto, se fijan los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) con fuerte relación con determinantes estructurales e intermediarios (reducción de la pobreza, educación, inequidad de género y reducción de mortalidad materno e infantil, principalmente) ligados en forma estrecha a la estrategia de APS, que, para el 2003, conlleva el lanzamiento de la estrategia de APS renovada, que recoge la experiencia de 25 años y se refuerza

53 Colombia, Congreso de la República, Ley 1438 de 2011.

54 Colombia, Corte Constitucional, Sentencia C-754 de 2004, M. P.: Álvaro Tafur.

55 Colombia, Congreso de la República, Ley 1751 de 2015.

con el documento fruto de una investigación coordinada por Michael Marmot y propiciada por la OMS para “Reducir las desigualdades en una generación”. Colombia, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, niega la relevancia de la APS e incluso solicita la suspensión del apoyo internacional ofrecido para la APS renovada.⁵⁶

Es de anotar que este siglo XXI se abre con el atentado del 11 de septiembre de 2001, que conmueve al mundo y cambia la correlación en las políticas de seguridad internacional. En esta misma década, en 2008, se da la crisis económica, surge el ébola, SARS y el MERS como advertencia a una posible pandemia global. En este contexto, en el 2019 llega la pandemia para la cual el mundo no estaba preparado según expertos a nivel internacional. Además, el Reglamento Sanitario Internacional, lanzado en 2005, no había logrado la movilización de recursos y la toma de decisiones sanitarias coherentes para afrontar un virus como la Covid-19. Colombia, después de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, desarrolla la política PAIS y los contenidos técnicos de su modelo (MIAS) y sus rutas (RIAS), que se quedan en propuestas pilotos y desarrollos normativos. Luego estos son aplazados por la nueva administración para abrir un nuevo modelo (MAITE), que se organiza lentamente y que, debido a la pandemia, no ha logrado ser financiado como inversión prioritaria.⁵⁷

Es en este escenario en donde se han llevado a cabo el desarrollo, la involución y el estancamiento de la estrategia de APS en Colombia, y en donde se han visto sus implicaciones para el afrontamiento de la crisis sanitaria que vivimos en esta década. Hay cuatro personas que hacen parte de esta historia y que es importante mencionarlas: Santiago Rengifo Salcedo, Héctor Abad Gómez, Guillermo Ferguson y Gustavo Molina. En ellos confluyeron las energías que incentivaron el fortalecimiento de una “medicina social” ligada a las comunidades y, por ende, al desarrollo de la APS a través del trabajo desde los puestos

56 “Determinantes sociales de la salud”, Organización Mundial de la Salud, OMS, 2008, http://www.who.int/social_determinants/es/

57 Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 429 de 2016, Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud, https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf; Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 2626 de 2019.

y centros de salud, y de algunos hospitales más cercanos a la visión del trabajo con las comunidades, apoyadas por las secretarías de salud previas a la Ley 100 de 1993, que contaban con los recursos técnicos y financieros para cuidar de la salud de los territorios, junto con equipos y grupos de investigación que, desde las universidades, avanzaban en esta línea apoyada desde la OPS y la OMS.

La Escuela Nacional de Salud Pública se fundó en 1964 y desde allí se trabajó intensamente en el fortalecimiento de la salud pública. Dicha escuela apoya la formación de líderes para los servicios seccionales de salud y la administración de hospitales, basada en la estrategia de APS, las teorías y políticas de planificación estratégica, y la organización de sistemas y servicios de salud con orientación comunitaria y participativa. La mirada a las zonas rurales desde la salud comienza en 1949 con la creación del año rural para los médicos, que se modifica en 1981 por medio de la Ley 50, promovida por Héctor Abad Gómez, que aprueba el Servicio Social Obligatorio (SSO).⁵⁸

Cabe aquí preguntarse: ¿hasta dónde creció la red pública antes de la Ley 100 de 1993 y qué pasó un cuarto de siglo después? Un estudio financiado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) afirma que el gasto local y nacional en salud creció después de la Ley 100 de 1993; sin embargo, existen dudas de su eficiencia social, a pesar del entusiasmo creciente en la década de los 90 con el proceso privatizador del neoliberalismo. Se afirma que “Persisten los problemas relacionados con la iliquidez de los hospitales, un alto nivel de evasión, y baja calidad en la información. Por supuesto, existen dudas sobre la rentabilidad social del enorme gasto”.⁵⁹

El gasto privatizador fue creciente para la red de hospitales y, en especial, para los niveles segundo y tercero, desfavoreciendo la APS. Los servicios se concentraron en las grandes ciudades y quienes los prestaron fueron presionados por el uso intensivo de la alta tecnología concentrada en las subespecialidades remuneradas por el modelo de pago por tarifas derivadas del modelo asegurador. Los trabajadores administrativos de la salud, de servicios generales y los

⁵⁸ Guerrero et al., “Sistema de salud de Colombia”; Guido Bendezu et al., “Características del servicio social para profesionales médicos en los estados andinos”, *Medwave. Revista Biomédica Revisada Por Pares*, Vol. 20, no. 2 (2020): e7848.

⁵⁹ Echavarría, “Colombia en la década de los noventa”, 15.

profesionales de medicina, enfermería y otras profesiones fueron tercerizados, con el deterioro e indignidad de trato subsiguiente, que incluye el déficit acumulado del sistema y el incumplimiento en los pagos hasta periodos por encima de los 12 meses. Los trabajadores de la “antigua red primaria de servicios de salud”, en su mayoría, fueron asimilados a labores intramurales, perdiéndose la fuerza del trabajo comunitario y su conexión con las familias y el entorno escolar.

El modelo de “aseguramiento” –mejor de administradores de recursos públicos– creció. Se registran 35 EPS del Régimen Subsidiado para el 2009 y 37 del Régimen Contributivo. Se anota que el sector privado de la medicina liberal se ha debilitado desde la aprobación de la Ley 100 de 1993, y que el nuevo sistema administra los recursos públicos de forma fragmentada.⁶⁰

Las evaluaciones realizadas por el Centro de Estudios Económicos Regionales del Banco de la República señalan: “El acceso a los servicios médicos se redujo en Colombia entre 1997 y 2012. Este comportamiento fue desigual al interior de las regiones: Antioquia y la región Oriental experimentaron un aumento en el indicador, mientras que las regiones Caribe, Centro, Bogotá, San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Orinoquía y Amazonía registraron una disminución. Por último, se evidencian diferencias regionales significativas en el acceso para el 2012”⁶¹

Algunos estudios sobre el desempeño desigual en las regiones señalan que es necesario eliminar la derivación obligada que hacen las EAPB-EPS de los asuntos primarios de atención hacia sus IPS de las grandes ciudades, obligando a los ciudadanos a desplazarse y gastar grandes cantidades de dinero en transporte y ocasionando otros problemas, incluyendo la afectación psicológica por la distancia con sus familias. Medidas que asimismo afectan a los hospitales y centros de las ciudades pequeñas, que no crecen en habilitación requerida para atender a quienes lo necesitan.⁶²

60 Guerrero et al., “Sistema de salud de Colombia”.

61 Jhorland Ayala García, “La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso” (Documentos de trabajo sobre Economía Regional, Banco de la República, 2014), 3, https://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/dtser_204.pdf

62 Jaime Bonet y Karelys Guzmán, “Prólogo. Un análisis regional de la salud en Colombia”, en *La salud en Colombia: una perspectiva regional*, eds. Jaime Bonet, Karelys Guzmán y Lucas

Así mismo, estimulan a establecer una visión integral de los sistemas de salud que se acerca los ideales y propósitos de la Declaración de Alma-Ata de 1978: “Mantener un buen estado de salud no debe limitarse a las acciones curativas, sino que deben establecerse políticas de promoción y prevención que ayuden a consolidar y preservar las buenas condiciones de salud en una sociedad. Estas estrategias no deben ser responsabilidad exclusiva del Ministerio de Salud. Por el contrario, tienen que involucrar acciones de otros sectores, como el educativo, el de medioambiente, el de hacienda y el de vivienda. Si las acciones en salud no están acompañadas por iniciativas concretas en estos frentes, pueden carecer de efectividad”.⁶³

Desde 1993, y hasta la fecha, el crecimiento de IPS privadas es alto con relación al sector privado y existe una hiperconcentración en las grandes ciudades, según datos comparados del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

El estudio de Análisis de Situación de Salud del Ministerio de Salud de 2018 nos indica: “El Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) a abril de 2019, mostró 18.819 IPS. El 19,4 % (3.646) tenían carácter público, el 80,4 % (15.151) privado y mixtas el 0,1 % (22). Los territorios de Bogotá D. C. (15,4 %), Antioquia (10,7 %), Valle del Cauca (9,9 %), Atlántico (6,5 %), Santander (5,3 %), Bolívar (4,9 %) y Córdoba (4,1 %), fueron los que mayor proporción de IPS. Caquetá, Arauca, Putumayo, Amazonas, San Andrés y Providencia, Guaviare, Vichada, Guainía y Vaupés tuvieron proporciones inferiores al 1,0 %. Se observa que las IPS están concentradas en los departamentos con mayor densidad poblacional y desarrollo urbano”.⁶⁴

Para mejorar el acceso a los servicios de salud en modelos de aseguramiento es necesario revisar el rol posible de la APS, ya que esta, en compañía de los equipos interdisciplinarios de salud y su interacción con gestores o agentes

.....
Hann de Castro (Bogotá: Banco de la República, 2018), x-xxxviii, <https://www.banrep.gov.co/es/noticias-y-publicaciones/libros/salud-colombia-perspectiva-regional>

63 Bonet y Guzmán, “Prólogo”, xx.

64 Ministerio de Salud y Protección Social, *Análisis de Situación de Salud (ASIS). Colombia, 2019* (Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia, 2019), 163, <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2019-colombia.pdf>

comunitarios, puede lograr ser un puente entre los servicios clínicos para la enfermedad y la actuación en los entornos familiares, escolar y comunitario para la prevención y promoción de la salud, con escala creciente de ausencia en el modelo de competencia estructurado aprobado en la Ley 100 de 1993.⁶⁵

En realidad, a pesar de que existe la Ley 1438 de 2011, las tensiones y conflictos existentes en relación con esta estrategia, requerida desde todos los ámbitos para enfrentar la pandemia de la Covid-19, no hacen posible avanzar en la implementación a nivel territorial de los decisores públicos para privilegiar la inversión social requerida y atender la sindemia que se vive en esta coyuntura. Es imposible seguir aumentando las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) como una única respuesta, se impone lograr coberturas útiles de vacunación y atención temprana de la Covid-19 y todas las comorbilidades existentes en los grupos de mayor riesgo, así como la debida atención a las madres y los niños para que las cifras de mortalidad no aumenten en estos grupos prioritarios. La pandemia ha mapeado la desigualdad en el acceso a servicios primarios y de cuidado temprano, es urgente un fondo de inversión para fortalecer la salud pública y la APS junto a medidas de protección social para los grupos vulnerados por la economía.⁶⁶

Es necesario, igualmente, trabajar por una cultura de uso de servicios preventivos y de mantenimiento de la salud, actuando sobre los determinantes sociales asociados a todos los sectores de gobierno a nivel de los municipios. La Constitución de 1991 y sus desarrollos a través de la Sentencia T-760, la Ley Estatutaria 1751 de 1991 y la Ley 1438 de 2011 marcan en forma clara desarrollos para la igualdad de beneficios de los planes de salud para todos los ciudadanos, la equidad de acceso no solo para el cuidado de la enfermedad y el término de esta, sino para el cuidado de la salud y la vida como nuevos paradigmas a ser trabajados y construidos en forma participativa, fuera de los

65 Hernández Rincón, "Atención primaria y determinantes sociales".

66 Erwin Hernández Rincón et al., "Descripción y análisis de las intervenciones fundamentadas en la atención primaria para responder al COVID-19 en Colombia", *Medwave. Revista Biomédica Revisada Por Pares*, Vol. 21, no. 3 (2021): e8147; Ligia Giovanella et al., "A atenção primária à saúde integral é parte da resposta à pandemia de Covid-19 na América latina?", *Trabalho, Educação e Saúde*, Vol. 19 (2021): e00310142.

intereses del mercado. Ello sin duda exige una reforma estructural del modelo de aseguramiento vigente, para viabilizar un sistema único de salud en donde prime la equidad, el bien común y se dignifiquen los contratos para todos los trabajadores del sector, y se eleve el valor del trabajo de los equipos orientados a la familia, comunidades, en colegios y escuelas de zonas urbanas y rurales.

Para reducir las desigualdades regionales evidentes es necesario contar con recursos directos, para estimular la renovación y resignificación de la APS con énfasis en lo público, con el fin de proteger los territorios donde esta oferta no llega por su baja rentabilidad en un sistema de mercado. El subsidio a la oferta debe pensarse de nuevo para la APS y favorecer el sistema público en los territorios.

14.7. Conclusiones

Las lecciones aprendidas nos indican que es necesario para Colombia abrir el diálogo social con los diferentes sectores de la sociedad con el fin de lograr un consenso sobre el modelo de salud que queremos y es factible, desligándolo de la voracidad del “negocio de la salud” nacional e internacional, y despolitizar la acepción de atención primaria para que sean los territorios con sus autoridades, los ciudadanos, las familias, las que construyan las formas de respuesta a sus necesidades. El modelo del “pluralismo estructurado” redujo a la mínima expresión las actividades de APS y las hizo insostenibles. Con la pandemia por Covid-19, con cerca de 71.000 muertes al fin de abril del 2020, se clama por un nuevo modelo de salud cercano a las personas y a los territorios, para lograr el cuidado temprano de la salud y la vida. Se abre paso a una nueva cultura de la salud en pospandemia y en esta la inversión en APS es prioritaria, requiere de recursos con destinación específica, estables, para la contratación digna y sostenible de los equipos de salud interdisciplinarios apoyados por una alianza académica pública y privada.⁶⁷

De forma coyuntural, la situación que enmarca una oportunidad para retomar una verdadera acción para la atención primaria es la presencia de la Covid-19. Esta crisis ha dejado en claro la debilidad y fragilidad del sistema de

67 Hernández Rincón et al., “Descripción y análisis”; Giovanella et al., “A atenção primaria”.

salud, la escasa e inoportuna actuación frente a la vigilancia en salud pública, y a las estrategias de promoción de la salud y protección de enfermedad desde las distintas EPS en el territorio colombiano. La respuesta se ha centrado en un enfoque biomédico y hospital céntrico, dejando de lado el resto de los problemas y necesidades de la población en general y de poblaciones vulnerables.⁶⁸

Se requiere hacer énfasis en la actuación rectora, la gobernanza y vigilancia del Estado para direccionar a las entidades de salud hacia las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP), que visibilicen tanto el sector público como el privado y su integración de servicios, pero que a su vez integren a la academia, a los recursos humanos, a las instituciones de salud y a la comunidad en el desarrollo de acciones de salud pública para el país.⁶⁹

Bibliografía

- Agudelo, Carlos, Jaime Cardona, Jesús Ortega y Rocío Robledo. “Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas”. *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 16, no. 6 (2011): 2817-28.
- Asamblea Nacional Constituyente. *Constitución Política de Colombia*. Actualizada con los Actos Legislativos a 2015. Editado por la Corte Constitucional. Bogotá: Imprenta Nacional, 1991.
- Bendezu, Guido, Franco León, Joel Moreno y Fiorella Inga-Berrosipi. “Características del servicio social para profesionales médicos en los estados andinos”. *Medwave. Revista Biomédica Revisada Por Pares*, Vol. 20, no. 2 (2020): e7848.
- Bernal, Oscar, Juan Camilo Forero, María del Pilar Villamil y Rafael Pino. “Disponibilidad de datos y perfil de morbilidad en Colombia”. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 31, no. 3 (2012): 181-7.
- Bonet, Jaime y Karelys Guzmán. “Prólogo. Un análisis regional de la salud en Colombia”. En *La salud en Colombia: una perspectiva regional*. Editado por Jaime Bonet, Karelys Guzmán y Lucas Hann de Castro, x-xxxviii. Bogotá: Banco de

68 Hernández Rincón et al., “Descripción y análisis”.

69 Erwin Hernández Rincón et al., “La salud pública como pilar para la educación de los profesionales de salud en Colombia”, *Revista Cubana de Educación Médica Superior*, Vol. 34, no. 1 (2020): e1674; Organización Panamericana de la Salud, OPS, y Organización Mundial de la Salud, OMS, *Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción* (Washington: OPS, 2020), https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53125/9789275322659_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- la República, 2018. <https://www.banrep.gov.co/es/noticias-y-publicaciones/libros/salud-colombia-perspectiva-regional>
- Cárdenas Ramírez, Elena. “Alcances del derecho a la salud en Colombia: una revisión constitucional, legal y jurisprudencial”. *Revista de Derecho*, no. 40 (2013): 199-226.
- Castañeda-Hernández, Diana y Alfonso Rodríguez-Morales. “Panorama de las enfermedades transmisibles en Colombia desde la perspectiva del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021”. *Infectio*, Vol. 19, no. 4 (2015): 141-3.
- Castillo, Martha, Ana Isabel Mora, Ana Lucía Oliveros, Leidy Jiménez, Luz Parralles y Nancy Suárez. “Descripción del estado de salud de indígenas Huitoto y Embera de Florencia, Caquetá a través de pruebas de laboratorio, en el primer período de 2012”. *NOVA*, Vol. 13, no. 23 (2015): 37-45.
- Colombia. Congreso de la República. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html
- _____. Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1122_2007.html#CAPITULO%20I
- _____. Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html
- _____. Ley 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html
- Echavarría, Juan José. “Colombia en la década de los noventa, neoliberalismo y reformas estructurales en el trópico”. *Cuadernos de Economía*, Vol. 20, no. 34 (2001): 57-102.
- Franco, Álvaro. “La última reforma del sistema general de seguridad social en salud colombiano”. *Revista de Salud Pública*, Vol. 14, no. 5 (2012): 865-77. <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2012.v14n5/865-877>
- _____. “Referentes teóricos para el análisis de la reforma del sistema de salud colombiano”. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Vol. 11, no. 22 (2012): 28-42.
- Gañan, Jaime León. “De la naturaleza jurídica del derecho a la salud en Colombia”. *Monitor Estratégico*, no. 13 (2013): 7-19. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/naturaleza-juridica-derecho-salud-colombia.pdf>
- Giovanella, Ligia, Román Vega, Herland Tejerina, Naydú Acosta, Mario Parada, Gilberto Ríos, Daisy Iturrieta, Patty Fidelis de Almeida y Oscar Feo. “A aten-

- ção primária à saúde integral é parte da resposta à pandemia de Covid-19 na América latina?”. *Trabalho, Educação e Saúde*, Vol. 19 (2021): e00310142.
- Gofin, Jaime. “Planning the Teaching of Community Health (COPC) in an MPH Program”. *Public Health Review*, Vol. 30, nos. 1-4 (2002): 293-301.
- Gofin, Jaime y Rosa Gofin. “Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria”. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 21, nos. 2-3 (2007): 177-85.
- González, Lina. “Análisis comparativo de modelos de atención en salud para población indígena en la región Andina”. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, Vol. 33, no. 1 (2015): 7-14.
- Guerrero, Ramiro, Ana Isabel Gallego, Víctor Becerril-Montekio y Johanna Vásquez. “Sistema de salud de Colombia”. *Salud Pública de México*, Vol. 53 (2011): S144-S155.
- Hernández Rincón, Erwin. “Atención Primaria en Salud en Colombia Basada en la Comunidad: Enfoque Territorial”. *Revista FML*, Vol. 20, no. 14 (2016). https://www.researchgate.net/publication/311761925_Atencion_Primeria_en_Salud_en_Colombia_Basada_en_la_Comunidad_Enfoque_Territorial
- _____. “Atención primaria y determinantes sociales en salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población”. Tesis de doctorado, Universidad Miguel Hernández de Elche, San Juan de Alicante, España, 2017. https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webform/pre_publicacion/tesis_phd_teseo.pdf
- Hernández Rincón, Erwin, Paula Acevedo, Paula Ávila, Juan Felipe Sánchez y Manuela Quiroga. “La salud pública como pilar para la educación de los profesionales de salud en Colombia”. *Revista Cubana de Educación Médica Superior*, Vol. 34, no. 1 (2020): e1674.
- Hernández Rincón, Erwin, Francisco Lamus, Concepción Carratalá, Domingo Orozco, Carmen Jaramillo y Gloria Robles. “Building Community Capacity in Leadership for Primary Health Care in Colombia”. *International Journal of Cuban Health & Medicine*, Vol. 19, nos. 2-3 (2017): 65-70.
- Hernández Rincón, Erwin, Juan Pablo Pimentel, Manuel Felipe Aramendiz, Raúl Andrés Araujo y Julián Mateo Roa. “Descripción y análisis de las intervenciones fundamentadas en la atención primaria para responder al COVID-19 en Colombia”. *Medwave. Revista Biomédica Revisada Por Pares*, Vol. 21, no. 3 (2021): e8147.
- Hernández Rincón, Erwin, Rafael Tuesca, Eduardo Guerrero, Henry Gutiérrez y Armando Guemes. “Experiencia de Sensibilización de Talento Humano en Salud en Atención Primaria en Salud (APS) por medio del Campus Virtual de Salud Pública (cvsp) Nodo Colombia”. *Salud Uninorte*, Vol. 31, no. 3 (2015): 501-13.

- Hernández, Mario. “El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización”. *Revista de Salud Pública*, Vol. 2, no. 2 (2000): 121-44.
- _____. “Health Reform, Equity and the Right to Health in Colombia”. *Cadernos Saúde Pública*, Vol. 18, no. 4 (2002): 991-1001.
- Lopera, Johan y Sara Rojas. “Salud mental en poblaciones indígenas. Una aproximación a la problemática de salud pública”. *Medicina UPB*, Vol. 31, no. 1 (2012): 42-52.
- Macinko, James, Hernán Montenegro, Carmen Nebot, Carissa Etienne y Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. “La renovación de la atención primaria de salud en las Américas”. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 21, nos. 2-3 (2007): 73-84.
- Mantilla, Blanca Patricia. “Evolución conceptual y normativa de la promoción de la salud en Colombia”. *Revista Salud UIS*, Vol. 43, no. 3 (2011): 299-306.
- Merlano, Carlos e Iouri Gorvanev. “Sistema de salud en Colombia: una revisión sistemática de la literatura”. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Vol. 24, no. 12 (2013): 74-86.
- _____. “Literature on the Colombian Health System: An Evidence-Based View”. *Latin American Business Review*, Vol. 15, no. 1 (2014): 1-12.
- Ministerio de Salud y Protección Social. *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. La salud en Colombia la construyes tú*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia, 2013.
- _____. Resolución 429 de 2016. Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf
- _____. *Política de Atención Integral en Salud “Un sistema de salud al servicio de la gente*. Bogotá: Minsalud, 2016. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
- _____. *Análisis de Situación de Salud (ASIS). Colombia, 2019*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia, 2019. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDrim/ED/PSP/asis-2019-colombia.pdf>
- _____. Resolución 489 de 2019. Por la cual se modifica la Resolución 429 de 2016. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20489%20de%202019.pdf
- _____. Resolución 2626 de 2019. Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud -PAIS y adopta el Modelo de Acción Integral Territorial -MAITE. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf
- Molina, Gloria y Andrés Ramírez. “Conflicto de valores en el sistema de salud”. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 33, no. 4 (2013): 287-93.

- Organización Mundial de la Salud, OMS. “Determinantes sociales de la salud”. 2008. http://www.who.int/social_determinants/es/
- _____. ed. *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Ginebra: Ediciones de la OMS, 2008. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69830/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- _____. “Declaración de Astaná”. WHO, Astaná, octubre de 2018. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud, OPS. *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)*. Washington: OPS, 2007. https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primeria_Salud_Americas-OPS.pdf
- _____. “Aspectos generales del curso virtual de desarrollo de capacidades para la renovación de la Atención Primaria de Salud (APS)”. PAHO, 2008. https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/SS_Aspectos_Grales_Curso_V_De-sarrollo_Capacidades_Renovacion_APS.pdf
- Organización Panamericana de la Salud, OPS, y Organización Mundial de la Salud, OMS. *Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción*. Washington: OPS, 2020. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53125/9789275322659_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Promigas y Universidad del Norte. *Fortalecimiento del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) con la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) en Los Algarrobos y Carrazo, Dos (2) Corregimientos del Municipio de Chinú (Córdoba): informe final 2018-2020*. Barranquilla: Universidad del Norte, 2020.
- _____. *Fortalecimiento del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) con la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS). Informe Final 2017-2020. Salud (APS) en la comunidad indígena wayuu*. Barranquilla: Universidad del Norte, 2020.
- Restrepo, Jairo. “¿Qué cambió en la seguridad social con la Ley 1122?”. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, Vol. 25, no. 1 (2007): 82-89.
- Ruiz, Miryam, Naydú Acosta, Laura Rodríguez, Luz Uribe y Martha León. “Experiencia de implementación de un modelo de Atención Primaria”. *Revista de Salud Pública*, Vol. 13, no. 6 (2011): 885-96.
- Sandes, Luiza, Daniel Freitas, Maria Fernanda Neves Silveira de Sousa y Kellen Bruna de Sousa. “Atenção primaria à saúde de indígenas sul-americanos:

- revisão integrativa da literatura”. *Revista Panamericana de Salud Pública*, no. 42 (2018): e163.
- Starfield, Barbara. “Politics, Primary Healthcare and Health: Was Virchow Right?”. *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol. 65, no. 8 (2011): 653-5.
- Suárez, Martha Cecilia. “Servicios de salud, pueblos indígenas y prácticas médicas”. *Revista de Salud Pública*, Vol. 3 (2001): 71-84.
- Suárez, Roberto, Sara Zamora, Giovanni Conte y María Fernanda Olarte. *Resultados, sistematización, análisis y recomendaciones de la evaluación de las experiencias de APS-RISS. Convenio 485 MPS y OPS/OMS*. Bogotá: Minsalud, 2012. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Sistematizaci%C3%B3n%20experiencias%20de%20Atenci%C3%B3n%20Primaria%20en%20Salud.pdf>
- Tafur, Luis Alberto. “Controversia a la reforma de la Ley 100 de 1993, Ley 1122 de enero de 2007”. *Colombia Médica*, Vol. 38, no. 2 (2007): 107-12.
- Valencia, Marleny, Yadira Borrero, Eliana Pérez, Nora Muñoz y Flor Cáceres. “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 Pública*, Vol. 27, no. 3 (2009): 356-63.
- Yepes, Francisco José. “Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993”. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Vol. 9, no. 18 (2010): 118-23.

15. Los hospitales públicos en Colombia: entre las políticas basadas en la sostenibilidad financiera y su contribución a la garantía del derecho fundamental a la salud. Colombia, 2021¹

Gilma Stella Vargas Peña²

Luis Alberto Martínez Saldarriaga³

15.1. Una introducción sobre las políticas internacionales y nacionales

La crisis del Estado benefactor, enmarcado en modelos centralizados y estadísticas como los sistemas nacionales de salud en Latinoamérica, llevó a desarrollar

- ¹ Algunos datos y discusiones de este capítulo son producto de la tesis doctoral de la autora, “Caracterizar el comportamiento de los indicadores de desempeño de las áreas funcionales de las ESE del departamento de Antioquia previo y posterior a la política de restructuración hospitalaria, y su relación con el indicador de solvencia financiera. 2007-2018”, llevada a cabo en el Doctorado en Salud Pública de la Universidad de Antioquia (2013-2022).
- ² *Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia UdeA, Calle 70 No. 52-21, Medellín, Colombia, docente, correo: gilma.vargas@udea.edu.co*
- ³ *Asociación de Empresas Sociales del Estado de Antioquia (AESAs), Medellín, Colombia, director ejecutivo, correo: director@aesas.org.co*

políticas neoliberales, promovidas por Milton Friedman⁴ y representantes de la Escuela de Chicago, con propuestas que limitaban el papel del Estado y el gasto público para superar la crisis. En estas se apoyaron los organismos financieros internacionales (Fondo Monetario Internacional, FMI, Banco Mundial, BM, y Departamento del Tesoro de Estados Unidos) para formular teorías que proponían la disminución de la intervención de los Estados en la economía, con la idea de hacerlos más equitativos, eficientes y ágiles, y ceder la economía a empresarios privados. Proponían además la disminución en la regulación gubernamental.⁵ Estas teorías fueron apoyadas con reformas desde el Consenso de Washington, convirtiendo el carácter social en una fuente de lucro y negocio para unos pocos en detrimento del bienestar de la población,⁶ lo que obligó a la implementación de dos clases de reforma en la administración pública de los servicios públicos y sociales, como la descentralización y la privatización.⁷ En este escenario sobraba la administración pública de los Estados centralizada, rígida, basada en normas y soportada en la gobernabilidad, pues, al contrario, se necesitaban teorías emergentes orientadas a la Nueva Gestión Pública (NGP) con un enfoque de administración centrada no en la gobernabilidad, sino en la gobernanza, enfocada en la eficiencia y la rentabilidad financiera. La NGP es un término utilizado para “denotar un conjunto de decisiones y prácticas administrativas orientadas a flexibilizar estructuras y procesos y a introducir mayor competencia en el sector público, con el propósito de mejorar los resultados de la acción gubernativa”⁸.

En Colombia, las reformas estructurales, promovidas por los lineamientos de los organismos internacionales y multilaterales descritos, originaron el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), creado mediante la

4 Milton Friedman and Rose Friedman, *Free to Choose. A Personal Statement* (New York, London: Harcourt Brace Jovanovich, 1980).

5 René Villareal, *La contrarrevolución monetarista* (Ciudad de México: Océano, 1984).

6 Octavio Carlos Portilla, “Política social: Del Estado de Bienestar al Estado Neoliberal, las fallas recurrentes en su aplicación”, *Espacios Públicos*, Vol. 8, no. 16 (2005): 100-116; Rolando Cordera y Carlos Tello, *México: la disputa por la nación* (Ciudad de México: Siglo XXI Editores, 1981).

7 Iván Jaramillo, “El Nuevo Papel del Estado en la Prestación y Aseguramiento de los Servicios de Salud”, *Revista de Salud Pública*, Vol. 3, no. 3 (2001): 191-222.

8 Guillermo Cejudo, *Nueva gestión pública* (Ciudad de México: Siglo XXI Editores, 2011), 13.

Ley 100 de 1993, con el apoyo de las élites políticas y económicas nacionales,⁹ con énfasis en la cobertura de aseguramiento en salud mediante un conjunto de normas y procedimientos a cumplir por las Empresas Promotoras de Salud (EPS) a través de la red prestadora de servicios de salud, para asegurar el acceso a los servicios y garantizar la calidad de vida de las personas acorde con la dignidad humana.¹⁰ Las acciones fueron alineadas con las nuevas políticas mundiales: se desmontó el sistema estatal y se asignó la administración del sistema al sector privado, se reorganizó la gestión de los servicios de salud según principios del mercado, se incrementaron las finanzas del sector, se fragmentó la prestación de los servicios y se promovió la interacción de los actores en un esquema de competencia de baja regulación.¹¹ El resultado fue un sistema de salud organizado en una cadena de cuatro eslabones: a) regulación; b) administración; c) financiamiento, y d) prestación de los servicios.¹²

15.2. Tensiones entre las políticas orientadas al mercado y las garantes del derecho a la salud en el marco de los hospitales públicos

15.2.1. Las políticas y los valores orientadores

En Colombia, como Estado neoliberal, donde han predominado las intervenciones verticales de organismos multilaterales, dos acciones normativas han marcado puntos de inflexión que representan valores éticos diferentes en el sgsss. Según María Esperanza Echeverry López y Yadira Eugenia Borrero Ramírez,¹³ una es la hegemónica, la Ley 100 de 1993, basada en la privatización,

9 Jhorland Ayala García, “La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso” (Documentos de trabajo sobre Economía Regional, Banco de la República, 2014), https://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/dtser_204.pdf

10 Jaramillo, “El Nuevo Papel del Estado”.

11 Rubén Darío Gómez y Emmanuel Nieto, “Colombia: ¿qué ha pasado con su reforma de salud?”, *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, Vol. 31, no. 4 (2014): 733-9.

12 Efraín Riveros y Laura Amados, “Modelo de salud en Colombia: ¿financiamiento basado en seguridad social o en impuestos?”, *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Vol. 11, no. 23 (2012): 111-20.

13 María Esperanza Echeverry López y Yadira Eugenia Borrero Ramírez, “Protestas sociales por la salud en Colombia: la lucha por el derecho fundamental a la salud, 1994-2010”, *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 31, no. 2 (2015): 354-64.

el desmantelamiento de la institucionalidad pública y la segmentación del derecho a la salud, y otra, más débil, sustentada en la Constitución de 1991 y en la garantía del derecho fundamental a la salud.

En el sgsss, regulado por la Ley 100 de 1993¹⁴ y actualizado en las leyes 1122 de 2007¹⁵ y 1438 de 2011,¹⁶ ha predominado la concepción utilitarista de justicia en los términos de John Stuart Mill¹⁷ más que la moral, donde la cuestión primordial no es definir qué es lo correcto, sino cuánta satisfacción se puede lograr según la experiencia. En esta perspectiva, los criterios distributivos se han fundamentado en el principio de utilidad, es decir, en la maximización de la suma de las utilidades, las preferencias y los valores individuales.¹⁸ También ha predominado el planteamiento de los defensores del Estado mínimo y de la propiedad privada, como Robert Nozick, que defienden el mercado (capitalismo sin límites) como el mecanismo social más justo de distribución de bienes, y del Estado mínimo como expresión del poder público.¹⁹ Y ha prevalecido la perspectiva de justicia igualitaria en términos de John Rawls, Philippe van Parijs y Robert van der Veen, en la que los criterios son justos si el procedimiento adoptado es justo, independiente de lo que se distribuya. En esta perspectiva es difícil la elección equitativa de algún criterio de justicia por los intereses de las personas.²⁰

Las políticas que defienden el derecho a la salud, derivadas de la Ley Estatutaria 1751 de 2015²¹ y de varias sentencias de la Corte Constitucional, han estado

- 14 Colombia, Congreso de la República, Ley 100 de 1993, Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.
- 15 Colombia, Congreso de la República, Ley 1122 de 2007, Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- 16 Colombia, Congreso de la República, Ley 1438 de 2011, Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- 17 John Stuart Mill, *El utilitarismo* (Madrid: Altaya, 2002).
- 18 Román Vega, "Justicia sanitaria como igualdad: ¿universalismo o pluralismos?", *Revista de Salud Pública*, Vol. 3, no. 2 (2001): 97-126.
- 19 "Teorías Modernas de la Justicia", Fernando Aguilar, Biblioteca Virtual CEJA, 2015, biblioteca.cejamericas.org/bitstream/handle/2015/3504/Aguilar-Teorias_de_justicia.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 20 "Teorías Modernas de la Justicia", Aguilar; John Rawls, *Justicia como equidad. Una reformulación* (Barcelona: Editorial Paidós, 2000).
- 21 Colombia, Congreso de la República, Ley 1751 de 2015, Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

orientadas hacia la idea de la justicia de Amartya Sen,²² donde el problema no es cómo lograr la igualdad, sino cómo superar las situaciones que generan la injusticia, y, en términos de Martha C. Nussbaum,²³ cómo desarrollar capacidades y oportunidades en los individuos para hacerlos sujetos libres. Es de resaltar que las leyes estatutarias, que corresponden a una categoría superior a las otras leyes, operan para definir el alcance de los derechos y deberes fundamentales de las personas, así como los procedimientos y recursos para su protección, como lo señala el artículo 152 de la Constitución Política de Colombia.²⁴

Según Echeverry López y Borrero Ramírez,²⁵ la postura defensora del mercado y la privatización han sido defendidas por el ejecutivo, las mayorías parlamentarias, el gremio de las EPS privadas y por algunos sectores académicos, y la defensora del derecho fundamental a la salud se ha configurado como elemento de identidad de las luchas de los actores subalternos como la Corte Constitucional, la Defensoría del Pueblo y el Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social (MNSSS) y el sector de la academia.

15.2.2. Principales elementos de tensión entre algunas políticas que rigen a los hospitales públicos

A continuación, se exponen los elementos generadores de tensión entre los dos tipos de políticas: las defensoras de valores como el mercado y la propiedad privada y las defensoras de valores como el derecho fundamental a la salud, y las repercusiones en las empresas sociales del Estado y los usuarios.

A raíz de la Ley 100 de 1993²⁶ y en obediencia a las políticas de los organismos internacionales y multilaterales, se han emitido normativas y políticas reduccionistas con consecuencias directas sobre la red pública hospitalaria del país, como someterla a la declaratoria en riesgo, liquidación o fusión, y a su detrimento y menoscabo con efectos en la salud y la salud pública de la población.

22 Amartya Sen, *La idea de la justicia* (Buenos Aires: Taurus, 2010).

23 Martha Nussbaum, *Crear capacidades. Propuesta para el desarrollo humano*, 1.ª ed. (Barcelona: Espasa Libros, 2012).

24 Asamblea Nacional Constituyente, *Constitución Política de 1991* (Bogotá: La Asamblea, 1991).

25 Echeverry López y Borrero Ramírez, "Protestas sociales por la salud".

26 Colombia, Congreso de la República, Ley 100 de 1993.

Inicialmente, la Ley 100 de 1993²⁷ obligó a la transformación de los hospitales públicos en Empresas Sociales del Estado (ESE), en un modelo de mercado con crecimiento administrativo y afectación en su financiación al no recibir recursos del Estado, y comenzar a depender de la venta de servicios a las EPS como ordenadoras del gasto. Por lo tanto, la salud dejó de ser un bien público a cargo del Estado, para convertirse en una mercancía.

Con el fin de garantizar la financiación del gasto social en los sectores más pobres de la población, específicamente en educación y salud, la Constitución Política de Colombia de 1991²⁸ estableció una serie de transferencias de recursos del presupuesto nacional a los departamentos y municipios,²⁹ las cuales se vieron opacadas en la misma época con el acuerdo de ajuste fiscal promovido por el Fondo Monetario Internacional, y que consistía en la reducción y racionalización de dichas transferencias.³⁰

El acuerdo de ajuste fiscal se vio reflejado en la Ley 617 del 2000,³¹ que en el artículo 14 estableció la prohibición de transferencias desde entes territoriales y la liquidación de empresas ineficientes por generar pérdidas durante tres³² años seguidos, pues se presumía que no eran viables y que la participación estatal en estas debería liquidarse o enajenarse, y en ese caso solo procederían las transferencias, aportes o créditos necesarios para su liquidación. El artículo 14 del acuerdo de ajuste fiscal se refería a empresas de licores, loterías, instituciones de naturaleza financiera de propiedad de las entidades territoriales o con participación mayoritaria de estas y las Entidades Prestadoras de Salud (EPS). Como respuesta a esta ley, la Corte Constitucional planteó, en la Sentencia C-540 de 2001,³³ por un lado, que lo establecido en la Ley 617 no ponía

27 Colombia, Congreso de la República, Ley 100 de 1993, art. 195.

28 Constitución Política de Colombia, arts. 356 y 357.

29 Ann Mason y Luis Javier Orjuela, eds., *La crisis política colombiana. Más que un conflicto armado y un proceso de paz* (Bogotá: Universidad de los Andes, 2003).

30 Mason y Orjuela, *La crisis política colombiana*.

31 Colombia, Congreso de la República, Ley 617 del 2000, Por la cual se reforma parcialmente la Ley 136 de 1994, el Decreto Extraordinario 1222 de 1986, se adiciona la ley orgánica de presupuesto, el Decreto 1421 de 1993, se dictan otras normas tendientes a fortalecer la descentralización, y se dictan normas para la racionalización del gasto público nacional.

32 Portilla, "Política social".

33 Colombia, Corte Constitucional, Sentencia C-540 de 2001, M. P.: Jaime Araujo Rentería y Alfredo Beltrán Sierra.

en peligro ningún principio, valor ni derecho constitucional, y consideró las medidas justificadas, razonadas, objetivas y suficientes, puesto que la eficiencia administrativa y el interés general constituían el propósito central, y, por el otro, declaró la inexequibilidad del artículo 14 de dicha ley para las EPS, al considerar que no podrían recibir el mismo tratamiento que las demás entidades, puesto que su función estaba vinculada al cumplimiento de los fines esenciales y de las obligaciones sociales del Estado, en el marco general del Estado social de derecho, y, por lo tanto, su finalidad era el beneficio social y no el reporte de utilidades económicas.³⁴ Además, por la naturaleza de su actividad, los criterios que determinan su eficiencia no podrían ser solo de carácter económico, ni de rentabilidad financiera. Lo anterior no implicaba que tales empresas quedaran exentas de las obligaciones de eficiencia, cobertura, actualización tecnológica, sistema tarifario, entre otros, puesto que la naturaleza de su objeto social no permite establecer un régimen de excepción al acatamiento de los principios de la función administrativa consagrados en la Constitución Política.³⁵ No obstante lo anterior, el acuerdo con el FMI cobró vida en el Acto Legislativo 01 de 2001,³⁶ lo que significó un cambio a la Constitución colombiana al modificar la fórmula para calcular las transferencias a los territorios, de manera reducida, a través de la Ley 715 del mismo año.

Otro acuerdo que realizó el Gobierno colombiano fue con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), que favorecía los procesos de reestructuración para la disminución de costos laborales, el cual se vio reflejado en el Conpes-3204 de 2001-2002³⁷ y en la Política de Prestación de Servicios (PPS) de 2005.³⁸

34 Constitución Política de Colombia, arts. 1, 2 y 49.

35 Constitución Política de Colombia, art. 209.

36 Colombia, Congreso de la República, Acto Legislativo 01 de 2001, Por medio de la cual se modifican algunos artículos de la Constitución Política, https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-90475_archivo_pdf.pdf

37 “Documento Conpes 3204. Política de prestación de servicios para el sistema de seguridad social en salud y asignación de recursos del presupuesto general de la nación para la modernización de los hospitales públicos”, Departamento Nacional de Planeación, DNP, Bogotá, 6 de noviembre de 2020, <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3204.pdf>

38 Ministerio de la Protección Social, *Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud* (Bogotá: Arte Laser Publicidad, 2005), <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Politica%20Nacional%20de%20Prestaci%C3%B3n%20de%20Servicios%20de%20Salud.pdf>

Para continuar en línea con las políticas internacionales, en la Ley 1151 de 2007³⁹ se estableció una fórmula para el saneamiento de las finanzas de las IPS públicas, que exigía la sostenibilidad y equilibrio financiero a las Empresas Sociales del Estado (ESE); no obstante, la Corte Constitucional, en la Sentencia C-459 de 2008,⁴⁰ declaró este artículo condicionalmente exequible en el entendido de que: (a) las acciones necesarias para garantizar la sostenibilidad y el equilibrio financiero no pueden comprender la negación a prestar eficiente y oportunamente todos los servicios de salud debidos a cualquier usuario, sin necesidad de acudir a la acción de tutela, y (b) tales criterios no justifican el incumplimiento del deber social del Estado de asegurar el acceso de las personas a la red hospitalaria y su financiación.

La Política de Categorización de Riesgo Fiscal y Financiero (PCRFF) surge a raíz de la declaratoria de la emergencia social en salud 2009-2010,⁴¹ con la intención de evaluar a las ESE y categorizarlas en niveles de riesgo.⁴² Esta política fue retomada en la Ley 1438 de 2011,⁴³ pues la Corte Constitucional, en la Sentencia C-156 de 2011,⁴⁴ la había declarado inexecutable. La política toma vida con la Resolución 2509 de 2012, que define la metodología para la categorización del riesgo y efectúa la primera categorización del riesgo a las ESE. Aunque se dimensionaron tres indicadores para la categorización, la prestación del servicio, el mercado y la solvencia financiera, finalmente solo se utilizó este último.⁴⁵ Y, posteriormente, la Ley 1508 de 2012⁴⁶ definió que

39 Colombia, Congreso de la República, Ley 1151 de 2007, Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010, art. 36.

40 Colombia, Corte Constitucional, Sentencia C-459 de 2008, M. P.: Jaime Araujo Rentería.

41 Colombia, Congreso de la República, Ley 1438 de 2011; Colombia, Presidencia de la República, Decreto 4975 de 2009, Por el cual se declara el Estado de Emergencia Social.

42 Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 2509 de 2012, Por medio de la cual se define la metodología para la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial y se efectúa la categorización del riesgo para la vigencia 2012, <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-2509-de-2012.PDF>

43 Colombia, Congreso de la República, Ley 1438 de 2011, arts. 80 y 81.

44 Colombia, Corte Constitucional, Sentencia C-156 de 2011, M. P.: María Victoria Calle.

45 Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 2509 de 2012.

46 Colombia, Congreso de la República, Ley 1508 de 2012, Por la cual se establece el régimen jurídico de las Asociaciones Público-Privadas, se dictan normas orgánicas de presupuesto y se dictan otras disposiciones.

el presupuesto de las ESE se realizaría teniendo en cuenta solo lo recaudado (facturado) y no el reconocimiento, es decir, lo adeudado por las EPS.

Las anteriores políticas sometieron a las ESE a convenios de desempeño por diez años y a obtener su financiamiento a través de créditos condonables, sujetos a evaluaciones de resultados con oportunidad de retorno en caso de que estas no fueran de buen recibo,⁴⁷ lo que ha puesto en riesgo la permanencia de las ESE en el mercado, ya que se ha limitado el desarrollo y el crecimiento de su capacidad instalada.

15.2.3. Consecuencias de la aplicación de las políticas

En el país han prevalecido los valores utilitaristas y los defensores del mercado de la salud y la propiedad privada, con consecuencias negativas para las ESE como estar catalogadas en riesgo, liquidadas o fusionadas, y estar sometidas a carteras morosas de más de 90 días, y negativas para los usuarios al limitar el acceso y la calidad de los servicios de salud, lo que se ha visto reflejado en el número de tutelas.

Según un estudio realizado por Gilma Stella Vargas, Laura Estefany Ruiz y Luis Alberto Martínez,⁴⁸ de 968 ESE en el 2012, 23 (2,3 %) estaban liquidadas/ fusionadas en el 2018, quedando 945. De 833 ESE (no se obtuvo información de 135) había 284 (34,1 %) en riesgo, y de estas últimas, 249 (87,6 %) eran de I-NA, 31 (11 %) de II y 4 (1,4 %) de III-NA, y de las 23 liquidadas o fusionadas, 17 (73,9 %) eran de I-NA.

La situación descrita afecta el funcionamiento armónico de la red de servicios de salud. Pueden existir falencias por insuficiencia de ESE, a la hora de organizar, dirigir, coordinar y administrar la red de instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, como competencia de los departamentos, como lo establece el artículo 43 de La Ley 715 de 2001 y lo confirma el Decreto 2193 de 2004.⁴⁹

⁴⁷ Colombia, Congreso de la República, Ley 1438 de 2001.

⁴⁸ Gilma Stella Vargas, Laura Estefany Ruiz y Luis Alberto Martínez, “El estado de la red pública hospitalaria en Colombia, posterior a la Política de categorización de riesgo fiscal y financiero para enfrentar el Covid-19”, *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Vol. 20, no. 41 (2021).

⁴⁹ Colombia, Presidencia de la República, Decreto 2193 de 2004, Por el cual se reglamentan parcialmente los artículos 42 de la Ley 715 de 2001 y 17 de la Ley 812 de 2003.

Por otro lado, a inicios de 2021 las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) le adeudaban a las ESE más de 5,4 billones de pesos, situación que estaría afectando gravemente las finanzas de más de 900 ESE; el 60 % de las deudas morosas eran superiores a 90 días.⁵⁰ Laura del Pilar Cadena y Bernardo Useche Aldana, desde el 2011, habían manifestado gran preocupación por la sostenibilidad financiera de los hospitales públicos, pues han sido los más afectados con las medidas financieras.⁵¹ Las consecuencias del escaso desarrollo de la red pública hospitalaria se evidenciaron al momento de asumir la crisis sanitaria generada por la Covid-19.⁵²

Se observó un alto número de tutelas interpuestas por los usuarios por la negación de los servicios de salud.⁵³ Desde la expedición del mecanismo de acción de tutela, hasta diciembre de 2014, según la Defensoría del Pueblo, se interpusieron 4.698.597 tutelas en Colombia. El 29,36 % correspondía a solicitudes de atención en salud y el 83.2 % de estas se falló a favor, lo que indica su alto nivel de pertinencia y procedibilidad. Es así como se convirtió la tutela en una vía que logra subsanar una conducta violatoria y repetitiva del derecho fundamental a la salud.⁵⁴ La Defensoría del Pueblo encontró en 2019 un incremento del 2,1 % de tutelas en relación con el 2018, siendo este el año con cifras más elevadas en vulneraciones a derechos fundamentales, con 620.257 tutelas interpuestas. También se agregan los problemas de calidad en la prestación de los servicios de salud, como se evidenció en la atención materna en la ciudad

50 “Deuda con hospitales públicos del país es de más de \$5,4 billones”, Michell Vivas, Consultorsalud, 23 de abril de 2020, <https://consultorsalud.com/deuda-con-hospitales-publicos-del-pais-es-de-mas-de-54-billones/>

51 Laura del Pilar Cadena y Bernardo Useche Aldana, “Los profesionales de la salud y la crisis del sistema de salud en Colombia: ¿indignación o acomodamiento?”, *MedUNAB*, Vol. 14, no. 2 (2011): 83-85.

52 Vargas, Ruiz y Martínez, “El estado de la red pública hospitalaria”; Patricia García et al., “COVID-19 Response in Latin America”, *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, Vol. 103, no. 5 (2020): 1765-72, <https://www.ajtmh.org/view/journals/tpmd/103/5/article-p1765.xml>

53 María Mónica Lopera, “Utilización de servicios de salud por enfermedades catastróficas o de alto costo en Antioquia”, *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Vol. 16, no. 32 (2017): 120-37.

54 Defensoría del Pueblo de Colombia, *La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social*, 14.ª ed. (Bogotá: Defensoría del Pueblo, 2015).

de Medellín, por problemas contractuales entre actores y por la fragmentación de los servicios de salud principalmente.⁵⁵

15.3. Sentencias de la Corte Constitucional en defensa del derecho a la salud

Como respuesta a la movilización ciudadana respecto a las dificultades de acceso a los servicios de salud y a las múltiples tutelas reportadas por la Defensoría del Pueblo,⁵⁶ la Corte Constitucional fundamentó, en la Sentencia T-548 de 2011,⁵⁷ la doctrina de la salud como un derecho fundamental que debe ser garantizado por el Estado sin ninguna discriminación. Y la Ley 1751 de 2015, Ley Estatutaria de la Salud,⁵⁸ fue el gran punto de quiebre que redirecciona la connotación de mercado de la salud, desde las leyes 100 de 1993,⁵⁹ 1122 de 2007⁶⁰ y 1438 de 2011,⁶¹ hacia un carácter jurídico superior, como es el derecho a la salud, a la vez que lo declaró como fundamental y que, aunque había sido expresado anteriormente en varias sentencias de la Corte Constitucional, en la Ley 1751 de 2015 quedó expresado de manera directa y, por lo tanto, incluido en el ordenamiento jurídico del país. Su constitucionalidad fue otorgada a través de la Sentencia C-313 de 2014.⁶² Según Ann Mason y Luis Javier Orjuela, esta nueva concepción del derecho ha requerido el respaldo de una jurisprudencia constitucional más comprometida con la democracia y con los derechos humanos, que aquella que prevalecía en la Corte Suprema de Justicia que tenía el control constitucional hasta 1990.⁶³ Considerando lo anterior,

55 Gloria Molina, Gilma Vargas y Alina Shaw, "Atención materna en un ambiente de mercado de servicios de salud, Medellín-Colombia, 2008-2009", *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Vol. 9, no. 19 (2010): 108-23; Gloria Molina, Gilma Vargas y Alina Shaw, "Compromised Quality of Maternal Healthcare in a Market Economy: Medellín, Colombia 2008-2009", *Colombia Médica*, Vol. 42, no. 3 (2011): 294-302, <https://doi.org/10.25100/cm.v42i3.875>

56 Defensoría del Pueblo de Colombia, *La tutela y el derecho a la salud 2009* (Bogotá: Defensoría del Pueblo, 2010).

57 Colombia, Corte Constitucional, Sentencia T-548 de 2011, M. P.: Humberto Antonio Sierra.

58 Colombia, Congreso de la República, Ley 1751 de 2015.

59 Colombia, Congreso de la República, Ley 100 de 1993.

60 Colombia, Congreso de la República, Ley 1122 de 2007.

61 Colombia, Congreso de la República, Ley 1438 de 2011.

62 Colombia, Corte Constitucional, Sentencia C-313 de 2014, M. P.: María Victoria Calle.

63 Mason y Orjuela, *La crisis política colombiana*.

debe entenderse que con la expedición de la Ley 1751 de 2015⁶⁴ el marco legislativo que rige el SGSSS empezó a contar con una norma superior a la cual deben atenerse las demás disposiciones expedidas, ya sea por el Congreso de la República o por la Rama Ejecutiva en sus actos administrativos, y que ir en contravía sería inconstitucional.

La Ley Estatutaria señaló que el derecho fundamental a la salud comprendía el acceso a los servicios de manera oportuna, eficaz y con calidad, para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud, y que el Estado adoptaría políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso de las personas a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. Y que, de acuerdo con la Constitución Política,⁶⁵ su prestación como servicio público esencial obligatorio se debía ejecutar bajo la indelegable dirección, organización, regulación, coordinación, supervisión y control del Estado. También planteó que los servicios y tecnologías de salud deberían ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación, y no podría fragmentarse la responsabilidad en la prestación del servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario.⁶⁶

En materia de hospitales públicos, la Ley Estatutaria 1751 de 2015⁶⁷ planteó que el Estado debía adoptar medidas razonables y eficaces, progresivas y continuas, para garantizar que los habitantes accedieran oportunamente a los servicios de salud en el territorio nacional, en especial en las zonas marginadas o de baja densidad poblacional, y que, además, la extensión de la red pública hospitalaria no dependía de la rentabilidad económica, sino de la rentabilidad social. Asimismo, la Sentencia C-313 de 2014⁶⁸ estableció que el Estado debía respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, y para ello estableció obligaciones relacionadas con la organización,

64 Colombia, Congreso de la República, Ley 1751 de 2015.

65 Constitución Política de Colombia, art. 49.

66 Colombia, Congreso de la República, Ley 1751 de 2015.

67 Colombia, Congreso de la República, Ley 1751 de 2015, art. 24.

68 Colombia, Corte Constitucional, Sentencia C-313 de 2014, art. 5.

financiación y prestación de los servicios de salud, que también implicaban a las ESE, tales como las establecidas en los literales a, b, c, f, i y j:

- Abstenerse de afectar directa o indirectamente el derecho fundamental a la salud, de adoptar decisiones conducentes al deterioro de la salud de la población, realizar acciones que ocasionaran daño en la salud de las personas o que existieran omisiones.
- Formular y adoptar políticas de salud para garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando la coordinación de las acciones de los actores del sistema.
- Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas mediante acciones colectivas e individuales.
- Velar por el cumplimiento de los principios del derecho fundamental a la salud, según las necesidades de salud de la población.
- Adoptar políticas para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para las atenciones oportunas y suficientes según las necesidades de la población.
- Intervenir el mercado de medicamentos, dispositivos médicos e insumos en salud para optimizar su utilización, asegurar su calidad y evitar las inequidades en el acceso.

En el marco de la Ley 1751 de 2015, así como de las demás leyes vigentes en la Ley 1753 de 2015 por la cual se expidió el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018,⁶⁹ se estableció que el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) debía definir la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) con la integración de los siguientes enfoques: i) atención primaria en salud (APS); ii) salud familiar y comunitaria; iii) articulación de actividades individuales y colectivas, y iv) enfoque poblacional y diferencial. La atención debería tener

69 Colombia, Congreso de la República, Ley 1753 de 2015, Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”.

en cuenta las rutas de atención para la promoción y mantenimiento de la salud por curso de vida, aquellas específicas por grupos de riesgos, el fortalecimiento del prestador primario, la operación en redes integrales de servicios, el desarrollo del talento humano en el marco de la Ley 1164 de 2007,⁷⁰ la articulación de intervenciones individuales y colectivas, el desarrollo de incentivos en salud y la definición de requerimientos de información para su seguimiento y evaluación. Además, la política debía adoptarse en los territorios con población dispersa, rural y urbana, diferenciando a los municipios y distritos que tuvieran más de un millón de habitantes. Como respuesta al anterior requerimiento, el MSPS, a través de la Resolución 429 de 2016,⁷¹ adoptó la PAIS⁷² con un marco estratégico y un Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS). La organización funcional y estructural del sgsss no ha facilitado implementar esta política ni su modelo integral.

15.4. Conclusiones

Dado el debilitamiento de la rectoría del Estado, las dinámicas del mercado⁷³ y la hegemonía del sector privado en la administración de los recursos de salud, como respuesta a las políticas de organismos internacionales y multilaterales se configuraron fuertes núcleos de poder económico y político que condujeron al sgsss colombiano a la mayor crisis de su historia, y, en especial, a una crisis en la red pública hospitalaria, pues ha sido sometida a políticas de desfinanciación, a procesos de categorización de riesgo, a planear su presupuesto por recaudo y no por reconocimiento, lo que ha limitado su capacidad de respuesta, la ha sometido a procesos de liquidación, fusión y privatización, lo que ha afectado la garantía del derecho a la salud de la población.

70 Colombia, Congreso de la República, Ley 1164 de 2007, Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud.

71 Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 429 de 2016, Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud.

72 Ministerio de Salud y Protección Social, *Política de Atención Integral en Salud “Un sistema de salud al servicio de la gente* (Bogotá: Minsalud, 2016), <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

73 Riveros y Amados, “Modelo de salud en Colombia”.

Varios agentes dentro y fuera del país, pese a su desprestigio en el ámbito interno,⁷⁴ propenden por mantener el modelo del sistema de salud enmarcado en la Ley 100 de 1993 y sus reformas coyunturales (leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011), cuya adopción ha sido parcial y fragmentada, y sin respuesta a las expectativas y necesidades de la población,⁷⁵ lo que ha favorecido la crisis de la salud y la crisis hospitalaria.⁷⁶

Se tenía otra propuesta de reforma con el Proyecto de Ley 010 de 2021, el cual fue abortado porque no obtuvo el respaldo suficiente para radicar la iniciativa, dadas las observaciones de los gremios de la salud y principalmente las presiones sociales, puesto que no resolvía el problema estructural del sistema. Se observa cómo continúan vigentes las tensiones entre las políticas y valores de los defensores del mercado de la salud y la privatización, y de aquellos defensores del derecho a la salud, por lo que, de acuerdo con Álvaro Franco, es necesario continuar el debate ideológico en torno a la reforma estructural del sistema de salud.⁷⁷

15.4.1. Algunas propuestas para la permanencia de las ESE en el sector y garantizar el derecho a la salud

J. Figueras et al.⁷⁸ identificaron cinco retos para Latinoamérica: a) extender la protección financiera (prepagó y solidaridad); b) estabilizar la protección en épocas de crisis; c) equilibrar recursos con la capacidad de financiar servicios; d) aumentar la eficiencia ubicativa y técnica al producir servicios, y e) mejorar la función de rectoría en los sectores público y privado, este último el reto más difícil e importante para los sistemas latinoamericanos.

⁷⁴ Gómez y Nieto, “Colombia: ¿qué ha pasado con su reforma de salud?”

⁷⁵ Álvaro Cardona, “Propuesta de reforma al sistema de salud en Colombia. ¿Por qué no se avanza en una reforma estructural?”, *Vitae*, Vol. 20, no. 1 (2013): 9-11; Juan Carlos García, César Augusto García y Luisa F. Benítez, “Reforma colombiana en salud: propuesta de ajuste en el esquema de aseguramiento y financiación”, *Revista de Salud Pública*, Vol. 14, no. 5 (2012): 878-90.

⁷⁶ Álvaro Zerda, “Crisis y transformaciones del trabajo en el nuevo modelo de acumulación”, *Revista de Salud Pública*, Vol. 14, no. 1 (2012): 68-83.

⁷⁷ Álvaro Franco, “Referentes teóricos para el análisis de la reforma del sistema de salud colombiano”, *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Vol. 11, no. 22 (2012): 28-42.

⁷⁸ J. Figueras et al., “Retos para los sistemas sanitarios de Latinoamérica: ¿qué puede aprenderse de la experiencia europea?”, *Gaceta Sanitaria*, Vol. 16, no. 1 (2002): 5-17.

Se exponen algunos puntos que pueden contribuir a la transformación del sistema de salud colombiano.

Para garantizar el disfrute efectivo del derecho fundamental a la salud, el cuidado integral de la población, la protección de los recursos y la conservación de la red pública hospitalaria, se realizan propuestas alineadas con algunos de los retos definidos para Latinoamérica. Dichas proposiciones están orientadas a la unicidad del sistema de salud, la rectoría, financiación, la implementación de una plataforma tecnológica, el desarrollo de los hospitales públicos y las redes integradas de servicios de salud, el fortalecimiento del talento humano en salud, la implementación de un modelo de atención, el desarrollo de la gobernanza y la realización de investigaciones. A continuación, se explica cada una de estas:

1. Garantizar un solo sistema de salud, en el que se obvie la segmentación de la población por regímenes de afiliación y su discriminación según su capacidad de pago. Juan Carlos García, César Augusto García y Luisa F. Benítez, en 2012, consideraron la eliminación del concepto *subsidiado* o *contributivo*, para que las personas y su grupo familiar tuvieran seguridad social, independientemente de su condición de empleo, por lo que se simplificarían los trámites administrativos del control de la doble afiliación.⁷⁹ Álvaro Téllez y Eliza Aguayo, en 2008, habían propuesto para Chile que el sgsss debía ser de carácter universal y sencillo, es decir, que no coexistieran regímenes, lo que implicaba que estuviera constituido sobre el derecho a la salud, y no sobre el ingreso económico, lo que generaría estabilidad en la atención.⁸⁰
2. Centrar el sistema en tres funciones principales: a) garantizar la sostenibilidad financiera, el acceso a la atención y la calidad del servicio;

⁷⁹ García, García y Benítez, “Reforma colombiana en salud”.

⁸⁰ García, García y Benítez, “Reforma colombiana en salud”; Mónica Cecilia Moreno y María Victoria López, “La salud como derecho en Colombia 1999-2007”, *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Vol. 8, no. 16 (2009): 133-52; Álvaro Téllez y Eliza Aguayo, “Resultados de un sistema de atención privado basado en un modelo de salud familiar en Chile”, *Revista Médica de Chile*, Vol. 136, no. 7 (2008): 873-9.

b) la toma de medidas preventivas para mitigar los riesgos previsibles, y c) la participación pública y privada, es decir, mixto, con enfoque solidario y no comercial, pues este último enfoque es lo que ha conducido hacia altos niveles de inequidad.⁸¹

3. Realizar un cambio estructural y funcional del sgsss, que garantice el desarrollo de políticas orientadas a la defensa del derecho a la salud. Para lo anterior, se tendría que redefinir el sistema de salud mediante una Ley Estatutaria que, a partir de mandatos constitucionales, principios y valores éticos, diera soporte al desarrollo humano y a la garantía de la salud como derecho fundamental, armonizara la relación entre los actores en función del bien común, el bienestar y la salud de la población, superando el predominio del interés particular.⁸²

Ya se había propuesto un referendo para derogar la Ley 100 de 1993 y convertir el Estado en el único asegurador y pagador de los servicios del sistema de salud, propuesta soportada en dos situaciones: una, el papel de simple intermediación financiera, y otra, su elevado costo, puesto que los recursos deberían ser destinados al objeto esencial del sistema de salud, en lugar de convertirse en jugosas ganancias para las EPS.⁸³

4. Recuperar la rectoría, representada en la autoridad sanitaria nacional y territorial, para el ejercicio de la función indelegable del Estado, como es la armonización de los servicios de salud, pasando de la competencia a la cooperación entre hospitales y clínicas. André Noël Roth-Deubel y Gloria Molina-Marín⁸⁴ habían manifestado que, ante el predominio de la moral rentista en la toma de decisiones, uno de los

⁸¹ García, García y Benítez, "Reforma colombiana en salud".

⁸² Gloria Molina et al., "Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera en el sistema de salud colombiano", *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Vol. 9, no. 18 (2010): 103-17.

⁸³ Fernando Tobón, "¿Eliminar la intermediación de la EPS para asignarle esta función al Estado? ¡Peor el remedio que la enfermedad!", *Perfil de Coyuntura Económica*, no. 19 (2012): 61-76.

⁸⁴ André Noël Roth-Deubel y Gloria Molina-Marín, "Rectoría y Gobernanza en Salud Pública en el contexto del sistema de salud colombiano, 2012-2013", *Revista de Salud Pública*, no. 15 (2013): 44-55.

- desafíos de la rectoría del sistema era superar la imposición de intereses personales sobre intereses colectivos.
5. Otorgar responsabilidades a los entes territoriales relacionadas con la identificación, estratificación y contratación del plan de salud para las personas de su zona de influencia, y asumir las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (PYP), de inspección, vigilancia y control (IVC), para garantizar el acceso real y oportuno de las personas a los servicios de salud. Para lo anterior, convendría establecer asociaciones entre los entes territoriales.⁸⁵
 6. Modificar gradualmente las fuentes de financiación del sistema de salud, las cuales deben provenir de impuestos generales y no de impuestos a las nóminas de las empresas, garantizando los controles desde los organismos del Estado facultados para ello. Si existieran regímenes, implementar el giro directo en el Régimen Contributivo. En esta vía, Efraín Riveros y Laura Amados⁸⁶ habían concluido, en 2012, que el Estado debía retomar las riendas del sistema en los puntos críticos como la financiación y la administración, y que para reformar el financiamiento se debía pasar de un modelo de seguridad social, a uno basado en impuestos generales, siendo el Estado recaudador y administrador del sistema. Esto último ya lo había afirmado Consuelo Ahumada en 2002.⁸⁷
 7. Implementar una plataforma tecnológica: la “Ventanilla única”, mientras se logra la transformación estructural del sistema, en el que se registren las facturas, pagos y glosas que se hagan entre IPS y EPS para estimular la transparencia en el manejo de los recursos de la salud.
 8. Recuperar la financiación de la red pública hospitalaria, pasando del subsidio a la demanda (el dinero para el aseguramiento) al subsidio a la oferta, o sea el traslado directo del dinero a las instituciones de salud para garantizar la atención en salud. Con lo anterior, se terminaría con

85 García, García y Benítez, “Reforma colombiana en salud”.

86 Riveros y Amados, “Modelo de salud en Colombia”.

87 Consuelo Ahumada, “La penuria de la salud pública”, *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Vol. 1, no. 3 (2002): 47-56.

la venta de servicios de salud y el sometimiento de las ESE a sobrevivir en el mercado de la salud. Y, además, podrían cubrirse los costos de operación de los servicios de salud, y dejar un margen para estimular la inversión y el fortalecimiento de los prestadores de servicios de salud.

9. Reparar, desde el Estado, el daño causado a los hospitales públicos debido a la desfinanciación, que, por omisión en sus funciones de inspección, vigilancia y control, ha llevado a la ruina y al cierre de muchos de estos. La reparación debe hacerse con el pago de las deudas de las EPS liquidadas que malversaron los recursos de la salud bajo la mirada permisiva del Estado.
10. Transformar la figura de ESE hacia la de un hospital público autogestionado en red, y, como se dijo anteriormente, con su financiación garantizada, lo que favorecería su desarrollo, capacidad de resolución y participación solidaria en la red integrada de hospitales públicos y privados. Juan Carlos García, en 2000, ya había estipulado la necesidad de redefinir el papel de las ESE.⁸⁸
11. Conformar las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) de acuerdo a la Ley 1751 de 2015,⁸⁹ para que garanticen la eficiencia, la calidad y la integralidad en el cuidado, con la participación de los niveles de atención que oferten los servicios de salud lo más cercano posible al lugar de residencia de las personas. Franco había planteado, en 2012, la necesidad de continuar con los desarrollos y estrategias necesarias para implementar las RISS y la APS, con el fin de afianzar los sistemas integrados de salud.⁹⁰
12. Desarrollar una política integral del talento humano en salud (TH), para que sea: suficiente, bien pago, en permanente capacitación, y con estímulos e incentivos para atender a las poblaciones dispersas y alejadas de los centros urbanos. Gloria Molina-Marín et al. habían

⁸⁸ Juan Carlos García, "Situación de los hospitales públicos adscritos a la Secretaría Distrital de Salud de Santafé de Bogotá", *Revista de Salud Pública*, Vol. 2, no. 1 (2000): 69-81.

⁸⁹ Colombia, Congreso de la República, Ley 1751 de 2015.

⁹⁰ Franco, "Referentes teóricos".

considerado, en 2010, la necesidad de condiciones laborales dignas para el TH, como base para mejorar la autonomía, la capacidad resolutoria y el desempeño profesional, como soporte de la garantía de la calidad y el acceso a los servicios.⁹¹

13. Fortalecer la formación ética, constitucional y técnico-científica del TH en salud y otros vinculados a la gestión en salud como base de la garantía de los derechos humanos fundamentales, para blindarlos contra incentivos perversos, el clientelismo y las burocracias electorales, que crean conflictos de interés, no permiten un desarrollo de los valores públicos ni la vigilancia y control de los recursos, así como tampoco el cumplimiento de los derechos y deberes ciudadanos, lo que favorece la corrupción.⁹²
14. Implementar un modelo de atención basado en el cuidado integral de la población (APS) que desarrolle tres pilares fundamentales:
 - La participación social y comunitaria en la toma de decisiones del sistema de salud, en la cual la comunidad empoderada identifique sus necesidades y esté dispuesta a contribuir con su satisfacción. Claudio A. Méndez y Jairo J. Vanegas habían propuesto que, para garantizar la participación activa de los afiliados, era necesaria su presencia y vigilancia en los niveles decisorios, como juntas directivas de las administradoras.⁹³
 - El desarrollo de acciones intersectoriales, en las que diferentes sectores del desarrollo económico y social se articulen en pro del mejoramiento y el bienestar de la población, y del control de los determinantes que inciden en la salud.
 - El desarrollo de leyes de ordenamiento territorial para el establecimiento de modelos de gestión territorializada de la salud, en la

⁹¹ Gloria Molina et al., "Dilemas en las decisiones".

⁹² Gloria Molina et al., "Dilemas en las decisiones".

⁹³ Claudio A. Méndez y Jairo J. Vanegas, "La participación social en salud: el desafío de Chile", *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 27, no. 2 (2010): 144-8.

búsqueda de nuevas formas de articulación de municipios y departamentos, conservando criterios culturales y socioeconómicos.

15. Desarrollar una gobernanza del sistema, como la han propuesto Roth-Deubel y Molina-Marín, que exija consolidar espacios para la toma de decisiones que superen la lógica del ánimo de lucro y espacios que permitan la construcción colectiva entre los actores del sistema, como una vía fundamental para la superación de los conflictos y la crisis.⁹⁴
16. Realizar investigaciones que documenten las problemáticas de salud, poniendo como eje de preocupación la justicia social y la construcción de una sociedad más humana.⁹⁵

Bibliografía

- Aguilar, Fernando. “Teorías Modernas de la Justicia”. Biblioteca Virtual CEJA, 2015. biblioteca.cejamericas.org/bitstream/handle/2015/3504/Aguilar-Teorias_de_justicia.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ahumada, Consuelo. “La penuria de la salud pública”. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Vol. 1, no. 3 (2002): 47-56.
- Asamblea Nacional Constituyente. *Constitución Política de Colombia*. Bogotá: La Asamblea, 1991.
- Ayala García, Jhorland. “La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso”. Documentos de trabajo sobre Economía Regional, Banco de la República, 2014. https://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/dtser_204.pdf
- Cadena, Laura del Pilar y Bernardo Useche Aldana. “Los profesionales de la salud y la crisis del sistema de salud en Colombia: ¿indignación o acomodamiento?”. *MedUNAB*, Vol. 14, no. 2 (2011): 83-85.
- Cardona, Álvaro. “Propuesta de reforma al sistema de salud en Colombia. ¿Por qué no se avanza en una reforma estructural?”. *Vitae*, Vol. 20, no. 1 (2013): 9-11.
- Cejudo, Guillermo. *Nueva gestión pública*. Ciudad de México: Siglo XXI Editores, 2011.
- Colombia. Congreso de la República. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

⁹⁴ Roth-Deubel y Molina-Marín, “Rectoría y Gobernanza”.

⁹⁵ Moreno y López, “La salud como derecho”.

Colombia. Congreso de la República. Ley 617 del 2000. Por la cual se reforma parcialmente la Ley 136 de 1994, el Decreto Extraordinario 1222 de 1986, se adiciona la ley orgánica de presupuesto, el Decreto 1421 de 1993, se dictan otras normas tendientes a fortalecer la descentralización, y se dictan normas para la racionalización del gasto público nacional.

_____. Acto Legislativo 01 de 2001. Por medio del cual se modifican algunos artículos de la Constitución Política. https://www.mineduccion.gov.co/1621/articles-90475_archivo_pdf.pdf

_____. Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

_____. Ley 1151 de 2007. Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010.

_____. Ley 1164 de 2007. Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud.

_____. Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

_____. Ley 1508 2012. Por la cual se establece el régimen jurídico de las Asociaciones Público-Privadas, se dictan normas orgánicas de presupuesto y se dictan otras disposiciones.

_____. Ley 1753 de 2015. Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”.

_____. Ley 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

Colombia. Corte Constitucional. Sentencia C-540 de 2001. M. P.: Jaime Araujo Rentería y Alfredo Beltrán Sierra.

_____. Sentencia C-459 de 2008. M. P.: Jaime Araujo Rentería.

_____. Sentencia C-156 de 2011. M. P.: María Victoria Calle.

_____. Sentencia T-548 de 2011. M. P.: Humberto Antonio Sierra.

_____. Sentencia C-313 de 2014. M. P.: María Victoria Calle.

Colombia. Presidencia de la República. Decreto 2193 de 2004. Por el cual se reglamentan parcialmente los artículos 42 de la Ley 715 de 2001 y 17 de la Ley 812 de 2003.

_____. Decreto 4975 de 2009. Por el cual se declara el Estado de Emergencia Social.

Cordera, Rolando y Carlos Tello. *México: la disputa por la nación*. Ciudad de México: Siglo XXI Editores, 1981.

Defensoría del Pueblo de Colombia. *La tutela y el derecho a la salud 2009*. Bogotá: Defensoría del Pueblo, 2010.

- Defensoría del Pueblo de Colombia. *La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social*. 14.ª ed. Bogotá: Defensoría del Pueblo, 2015.
- Departamento Nacional de Planeación, DNP. “Documento Conpes 3204. Política de prestación de servicios para el sistema de seguridad social en salud y asignación de recursos del presupuesto general de la nación para la modernización de los hospitales públicos”. DNP, Bogotá, 6 de noviembre de 2020. <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3204.pdf>
- Echeverry López, María Esperanza y Yadira Eugenia Borrero Ramírez. “Protestas sociales por la salud en Colombia: la lucha por el derecho fundamental a la salud, 1994-2010”. *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 31, no. 2 (2015): 354-64.
- Figueras, Josep, Philip Musgrove, Guy Carrín y Antonio Durán. “Retos para los sistemas sanitarios de Latinoamérica: ¿qué puede aprenderse de la experiencia europea?”. *Gaceta Sanitaria*, Vol. 16, no. 1 (2002): 5-17.
- Franco, Álvaro. “Referentes teóricos para el análisis de la reforma del sistema de salud colombiano”. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Vol. 11, no. 22 (2012): 28-42.
- Friedman, Milton and Rose Friedman. *Free to Choose. A Personal Statement*. New York, London: Harcourt Brace Jovanovich, 1980.
- García, Juan Carlos. “Situación de los hospitales públicos adscritos a la Secretaría Distrital de Salud de Santafé de Bogotá”. *Revista de Salud Pública*, Vol. 2, no. 1 (2000): 69-81.
- García, Juan Carlos, César Augusto García y Luisa F. Benítez. “Reforma colombiana en salud: propuesta de ajuste en el esquema de aseguramiento y financiación”. *Revista de Salud Pública*, Vol. 14, no. 5 (2012): 878-90.
- García, Patricia, Alex Alarcón, Ángela Bayer, Paulo Buss, Germán Guerra, Helena Riveiro, Karol Rojas et al. “COVID-19 Response in Latin America”. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, Vol. 103, no. 5 (2020): 1765-72. <https://www.ajtmh.org/view/journals/tpmd/103/5/article-p1765.xml>
- Gómez, Rubén Darío y Emmanuel Nieto. “Colombia: ¿qué ha pasado con su reforma de salud?”. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, Vol. 31, no. 4 (2014): 733-9.
- Jaramillo, Iván. “El Nuevo Papel del Estado en la Prestación y Aseguramiento de los Servicios de Salud”. *Revista de Salud Pública*, Vol. 3, no. 3 (2001): 191-222.
- Lopera, María Mónica. “Utilización de servicios de salud por enfermedades catastróficas o de alto costo en Antioquia”. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Vol. 16, no. 32 (2017): 120-37.
- Mason, Ann y Luis Javier Orjuela, eds. *La crisis política colombiana. Más que un conflicto armado y un proceso de paz*. Bogotá: Universidad de los Andes, 2003.

- Méndez, Claudio A. y Jairo J. Vanegas. “La participación social en salud: el desafío de Chile”. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 27, no. 2 (2010): 144-8.
- Mill, John Stuart. *El utilitarismo*. Madrid: Altaya, 2002.
- Ministerio de la Protección Social. *Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud*. Bogotá: Arte Laser Publicidad, 2005. <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documenédicosica%20Nacional%20de%20Prestaci%C3%B3n%20de%20Servicios%20de%20Salud.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2509 de 2012. Por medio de la cual se define la metodología para la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial y se efectúa la categorización del riesgo para la vigencia 2012. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-2509-de-2012.PDF>
- _____. Resolución 429 de 2016. Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud.
- _____. *Política de Atención Integral en Salud “Un sistema de salud al servicio de la gente*. Bogotá: Minsalud, 2016. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
- Molina, Gloria, Gilma Vargas y Alina Shaw. “Atención materna en un ambiente de mercado de servicios de salud, Medellín-Colombia, 2008-2009”. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Vol. 9, no. 19 (2010): 108-23.
- _____. “Compromised Quality of Maternal Healthcare in a Market Economy: Medellín, Colombia 2008-2009”. *Colombia Médica*, Vol. 42, no. 3 (2011): 294-302. <https://doi.org/10.25100/cm.v42i3.875>
- Molina, Gloria, Julián Vargas, Iván Muñoz, Juan Acosta, Diego Sarasti, Yomaira Higueta, Argiro Berrío et al. “Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera en el sistema de salud colombiano”. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Vol. 9, no. 18 (2010): 103-17.
- Moreno, Mónica Cecilia y María Victoria López. “La salud como derecho en Colombia 1999-2007”. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Vol. 8, no. 16 (2009): 133-52.
- Nussbaum, Martha. *Crear capacidades. Propuesta para el desarrollo humano*. 1.ª ed. Barcelona: Espasa Libros, 2012.
- Portilla, Octavio Carlos. “Política social: Del Estado de Bienestar al Estado Neoliberal, las fallas recurrentes en su aplicación”. *Espacios Públicos*, Vol. 8, no. 16 (2005): 100-116.
- Rawls, John. *Justicia como equidad. Una reformulación*. Barcelona: Editorial Paidós, 2000.

- Riveros, Efraín y Laura Amados. “Modelo de salud en Colombia: ¿financiamiento basado en seguridad social o en impuestos?”. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Vol. 11, no. 23 (2012): 111-20.
- Roth-Deubel, André Noël y Gloria Molina-Marín. “Rectoría y Gobernanza en Salud Pública en el contexto del sistema de salud colombiano, 2012-2013”. *Revista de Salud Pública*, no. 15 (2013): 44-55.
- Sen, Amartya. *La idea de la justicia*. Buenos Aires: Taurus, 2010.
- Téllez, Álvaro y Eliza Aguayo. “Resultados de un sistema de atención privado basado en un modelo de salud familiar en Chile”. *Revista Médica de Chile*, Vol. 136, no. 7 (2008): 873-9.
- Tobón, Fernando. “¿Eliminar la intermediación de la EPS para asignarle esta función al Estado? ¿Peor el remedio que la enfermedad!”. *Perfil de Coyuntura Económica*, no. 19 (2012): 61-76.
- Vargas, Gilma Stella, Laura Estefany Ruiz y Luis Alberto Martínez. “El estado de la red pública hospitalaria en Colombia, posterior a la Política de categorización de riesgo fiscal y financiero para enfrentar el Covid-19”. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Vol. 20 (2021). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps20-41.erph>
- Vega, Román. “Justicia sanitaria como igualdad: ¿universalismo o pluralismos?”. *Revista de Salud Pública*, Vol. 3, no. 2 (2001): 97-126.
- Villarreal, René. *La contrarrevolución monetarista*. Ciudad de México: Océano, 1984.
- Vivas, Michell. “Deuda con hospitales públicos del país es de más de \$5,4 billones”. *Consultorsalud*, 23 de abril de 2020. <https://consultorsalud.com/deuda-con-hospitales-publicos-del-pais-es-de-mas-de-54-billones/>
- Zerda, Álvaro. “Crisis y transformaciones del trabajo en el nuevo modelo de acumulación”. *Revista de Salud Pública*, Vol. 14, no. 1 (2012): 68-83.

16. Luchas por el derecho a la salud. Disputas por la dignidad y el reconocimiento

*Yadira Eugenia Borrero Ramírez¹
María Esperanza Echeverry López²*

16.1. Introducción

La conmemoración de los 30 años de la Constitución Política colombiana ocurre en un escenario de crisis ecológica, económica, social y sanitaria que, globalmente, representa una crisis civilizatoria.³ Esta coyuntura puso en primer plano la discusión mundial sobre el derecho a la salud con movilizaciones sociales, por ejemplo, en Francia⁴ y España⁵ por la financiación de los sistemas sanitarios, y, actualmente, por la liberación de patentes para las vacunas de la

¹ *Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia UdeA, Calle 70 No. 52-21, Medellín, Colombia, docente, correo: yadira.borrero@udea.edu.co*

² *Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia UdeA, Calle 70 No. 52-21, Medellín, Colombia, docente, correo: maria.echeverry@udea.edu.co*

³ Boaventura de Sousa Santos, *La cruel pedagogía del virus* (Buenos Aires, Bogotá: CLACSO, 2020).

⁴ "Protesta por la sanidad pública en París termina en choques con la Policía", Natalia Plazas, France 24, 16 de junio de 2020, <https://www.france24.com/es/20200616-francia-sanidad-publica-protestas-trabajadores>

⁵ La Nueva España, "Los médicos de toda España comienzan este martes una huelga indefinida", *La Nueva España*, 26 de octubre de 2020, <https://www.lne.es/espana/2020/10/26/medicos-espana-comienzan-martes-huelga-21977035.html>

Covid-19.⁶ En Colombia, la crisis generada por la sindemia⁷ de la Covid-19 ha evidenciado precariedades e inequidades estructurales de la política social y del sistema de salud, manteniendo en la agenda pública la disputa por el goce efectivo del derecho a la salud. Durante los 30 años de desarrollo de la Constitución Política, este derecho ha recorrido un camino que se remonta a la estructura sanitaria fragmentada e inequitativa construida en la primera mitad del siglo xx,⁸ la cual se vio aún más afectada con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (sgsss), generando una amplia movilización social. La Constitución Política y la jurisprudencia de la Corte Constitucional, pese a algunos avances, no han logrado resolver demandas sociosanitarias aplazadas en la vía de garantizar el derecho fundamental a la salud.

Este capítulo aborda transversalmente tres ideas-fuerza: la primera, que la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha incorporado la exigibilidad del derecho a la salud realizada por la sociedad; la segunda, que las luchas por la salud –no exentas de tensiones y conflictos– articulan actores subalternos con diversas necesidades y trayectorias y, a su vez, el movimiento social se ha retroalimentado de los avances en salud de la Corte Constitucional, y, finalmente, que diferentes movimientos sociales en el país han resignificado, más allá de las demandas sectoriales, el derecho a la salud. Las ideas-fuerza se presentan en tres acápite, dos de estos referidos a las luchas en dos momentos históricos, y el último al derecho a la salud en la agenda de algunos movimientos sociales en el país para mostrar la variedad y particularidad de sus demandas. Al cierre del capítulo, hacemos una consideración acerca de los retos que

6 “MSF urge a todos los gobiernos a apoyar la suspensión de los monopolios durante la pandemia de COVID-19”, Médicos Sin Fronteras, msf, 18 de noviembre de 2020, <https://n9.cl/m5fpm>

7 Sindemia es una categoría construida por la antropología médica crítica referida a la necesidad de comprender los problemas de salud que enfrentan las poblaciones, promovidos o agravados simultáneamente por la precarización socioeconómica y ambiental, otorgando mayor fuerza explicativa a las dimensiones externas al sector salud. Merril Singer, “Introduction to Syndemics”, in *Introduction to Syndemics: A Critical Systems Approach to Public and Community Health*, Merril Singer (San Francisco: Jossey-Bass, 2009), 1-23.

8 Mario Hernández, *La salud fragmentada en Colombia 1910-1946* (Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2002).

hoy enfrenta el movimiento social en salud colombiano para avanzar en la materialización del derecho a la salud.

16.2. Del Sistema Nacional de Salud al reconocimiento de la salud como derecho humano fundamental

La institucionalización de la salud y la seguridad social en Colombia en el siglo xx, como parte del ingreso del país a la modernidad, se forjó entre las orientaciones internacionales y las demandas de actores sindicales subalternos,⁹ en el marco de un profundo ciclo de violencias¹⁰ y de una democracia restringida o precaria.¹¹ El proceso de sindicalización, aunque no era mayoritario,¹² se venía fortaleciendo desde la década del 20¹³ y, para los años 30, se empezaron a incorporar en los pliegos de peticiones demandas relacionadas con la salud y la seguridad social. Hacia mediados del siglo xx, se consolidó una institucionalidad de salud y seguridad social,¹⁴ la cual se intentó, fallidamente, articular en los 70 a través del Sistema Nacional de Salud (SNS). Estas transformaciones institucionales fueron producto de disputas sociopolíticas en salud, donde tendencias nacionales e internacionales sobre el papel del Estado, la regulación de la relación capital/trabajo, los procesos de acumulación del capital y las demandas sociales, especialmente de la organización de la

⁹ Hernández, *La salud fragmentada*.

¹⁰ Daniel Pécaut, *Orden y violencia. Colombia 1930-1954* (Bogotá: CEREC, Siglo XXI Editores, 1987).

¹¹ Mauricio Archila, "Los movimientos sociales y las paradojas de las democracias en Colombia", *Controversia*, no. 186 (2006): 10-32.

¹² Daniel Pécaut, *Política y sindicalismo en Colombia* (Medellín: La Carreta, 1982).

¹³ La sindicalización fue impulsada por sectores fuertes como los trabajadores de las telecomunicaciones del Banco de la República, petroleros, bananeros y ferroviarios. Respecto a estos, en 1912 los obreros del Ferrocarril del Antioquia protestaron por salario justo y atención en salud. Roberto González e Ivonne Molinares, "Movimiento obrero y protesta social en Colombia. 1920-1950", *Historia Caribe*, Vol. 8, no. 22 (2013): 167-93.

¹⁴ Hernández, *La salud fragmentada*; Marlín Téllez, "Reconstrucción histórica del proceso de creación del Ministerio de Salud Pública en Colombia" (Tesis de magíster, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 2011). Esta institucionalidad se concretó en la creación de: i) la Caja Nacional de Previsión Social en 1945; ii) el Instituto Colombiano de Seguridad Social en 1946 –inaugurado el 19 de junio de 1948, empezó a prestar servicios para enfermedades no profesionales y maternidad en 1949–, y iii) el Ministerio de Higiene en 1946 que, en 1953, por influencia de la Misión Currie, se transformaría en el Ministerio de Salud Pública.

clase obrera, fueron dando forma a una institucionalidad sectorial fragmentada, que aún no se supera, como lo plantea Mario Hernández.¹⁵

Tres asuntos marcan las décadas del 70 y 80 en el campo de la salud: i) la persistencia de las protestas sociales pese a la nueva institucionalidad; de hecho, Mauricio Archila¹⁶ plantea que, entre 1958 y 1990, 6,2 % del total de estas demandas fueron por servicios sociales,¹⁷ siendo educación y salud –especialmente por insuficiente cobertura en áreas rurales y para la población pobre– las demandas más importantes; ii) un movimiento emblemático, el paro de los trabajadores del seguro social en 1976, que exigía respeto a los derechos laborales adquiridos y la supresión de retaliaciones;¹⁸ iii) un amplio tejido de procesos de participación social en salud, que será clave en la constitución de actores colectivos de salud en los años siguientes,¹⁹ vinculado, en ese momento, a las comunidades eclesiales de base que apoyaban la construcción participativa de infraestructura y dotación de servicios de salud rurales donde el Estado no llegaba, y a estrategias institucionales de Atención Primaria en Salud (APS) impulsadas por la Declaración de Alma-Ata en 1978.

Para finales de la década de los 80, en un contexto de intensificación del conflicto armado interno debido al fortalecimiento de las guerrillas y la emergencia del paramilitarismo, los movimientos sociales –campesinos, indígenas, cívicos, entre otros– demandaron acceso a servicios públicos y sociales, democratización, participación en los procesos de toma de decisiones y descentralización,²⁰ asuntos que serán parcialmente recogidos en los gobiernos de Belisario Betancur (1982-1986) y Virgilio Barco (1986-1990), y, más adelante, en la Constitución Política de 1991. En salud, la descentralización se concretó, con la Ley 10 de 1990, con la delegación de funciones a municipios

15 Hernández, *La salud fragmentada*.

16 Mauricio Archila, “Idas y venidas, vueltas y revueltas. Protesta social en Colombia 1958-1990”, *Fronteras de la Historia*, Vol. 9 (2004): 325-8.

17 Archila reporta para el periodo un total de 9.981 acciones colectivas.

18 Adriana Castellanos, “De profesión liberal a profesión social: paro médico nacional, Medellín 1976” (Tesis de grado, Universidad de Antioquia, Medellín, 2013).

19 Yadira Eugenia Borrero, *Luchas por la salud en Colombia* (Cali: Pontificia Universidad Javeriana, 2014).

20 Archila, “Idas y venidas”.

y departamentos, y en algunos espacios de participación que no tenían incidencia importante en las decisiones de política sanitaria.²¹ Aunque las normas internacionales reconocían el derecho a la salud en la Carta de la Organización Mundial de la Salud²² y en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales²³ suscrito por Colombia en 1968,²⁴ estas demandas serían nombradas como derechos solo hasta la Constitución Política de 1991.

La década del 90 comienza con importantes cambios políticos, cabe señalar, la desmovilización de la guerrilla del M-19 el 9 de marzo de 1990 y la convocatoria para la Asamblea Nacional Constituyente que redactó la nueva Constitución Política, producto de un movimiento liderado por jóvenes. La nueva carta política significó avances para la apertura democrática del país y el reconocimiento de los derechos económicos, sociales y culturales (DESC), entre ellos, la seguridad social (artículo 48), y la salud como derecho fundamental para los niños y las niñas (artículo 44); para el resto de la población, esta fue definida solo como servicio público (artículo 49).²⁵ La nueva Constitución Política declaraba a Colombia como Estado social y democrático de derecho y, simultáneamente, abría el camino para fortalecer la participación de actores privados limitando la acción del Estado, esta última tendencia orientada por

21 María Esperanza Echeverry López, “Balance de los procesos de descentralización y participación social en salud en Colombia en la década de los 90”, *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, Vol. 18, no. 2 (2000): 19-40; Gloria Molina y Peter Spurgeon, “La descentralización del sector salud en Colombia. Una perspectiva desde múltiples ámbitos”, *Gestión y Política Pública*, Vol. 16, no. 1 (2007): 171-202.

22 “Constitución de la Organización Mundial de la Salud”, Organización Mundial de la Salud, WHO, octubre de 2006, <https://n9.cl/h60g>

23 “Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales”, Organización de las Naciones Unidas, ONU, ACNUDH, 16 de diciembre de 1966, <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx>

24 Colombia, Congreso de la República, Ley 74 de 1968, Por la cual se aprueban los Pactos Internacionales de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de Derechos Civiles y Políticos, así como el Protocolo Facultativo de este último, aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en votación unánime, en Nueva York, el 16 de diciembre de 1966.

25 Para entonces ya había como antecedente el reconocimiento de la salud como derecho social, junto con la educación, el trabajo, el descanso, la seguridad y la previsión social en la Constitución de Brasil de 1988. “Federative Republic of Brazil. 1988 Constitution”, República Federativa de Brasil, Wipo, noviembre de 2008, <https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/br/br117es.pdf>

el pensamiento neoliberal, acorde con el desmantelamiento, que ya se advertía en varios países, de los estados de bienestar.²⁶

Con este marco constitucional, el Gobierno de Gaviria, siguiendo las orientaciones de la banca multilateral –especialmente el Banco Mundial–,²⁷ inició un proceso de reforma estructural del antiguo SNS, argumentando ineficiencia del sector público, baja cobertura y calidad de la salud y la seguridad social, y desigualdades en la distribución de los servicios de salud.²⁸ Los ejes orientadores de la reforma propuestos desde 1987 por el Banco Mundial²⁹ fueron: i) control del uso de servicios de salud a través de cuotas moderadoras; ii) desarrollo de seguros universales de salud para la protección del riesgo financiero; iii) eficiencia en el manejo de recursos públicos, y iv) descentralización en salud. En 1993, el documento *Invertir en salud* profundizó la tendencia privatizadora proponiendo: i) la separación de funciones y servicios, dejando al Estado la regulación y control del sistema de salud y la provisión de bienes públicos (aquellos con altas externalidades, por los cuales los ciudadanos no

- 26 A modo de contexto, cabe señalar que la finalización de la Segunda Guerra Mundial impulsó, en el mundo occidental, el Estado social, también conocido como estado de bienestar, orientado a la regulación de la relación capital/trabajo y del conflicto social, con el fin de “mantener” el orden social y generar condiciones para la reproducción del capital y la ampliación efectiva de la ciudadanía social en el marco de los derechos humanos, arreglo institucional que posibilitó la redistribución, la legitimidad política y la reproducción del capital. Robert Castel, *Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado* (Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, 1997); Abram de Swaan, *A cargo del Estado* (Barcelona: Ediciones Pomares Corredor, 1992).
- 27 El Banco Mundial, desde los 80 y de la mano de la crítica a los estados de bienestar, había asumido un rol central en la orientación internacional de las políticas de salud. Dos documentos fueron claves en esta tarea: el primero de 1987, “El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo: una agenda para la reforma”, y el segundo de 1993, “Informe sobre el desarrollo mundial: Invertir en Salud”. Estos documentos representaban, además, el tránsito del liderazgo en salud de la OMS y la OPS hacia la banca y el sector financiero, transición que tendría su correlato en los Gobiernos nacionales y, particularmente, en Colombia, con la asunción de la cartera ministerial de salud y seguridad social por economistas y técnicos afines a las directrices del Banco Mundial.
- 28 Yadir Eugenia Borrero, “La reforma del sector salud y los conflictos clasistas en Colombia: El caso de la Ley 100/93” (Tesis de maestría, Universidad del Valle, Santiago de Cali, 2008); Mónica Uribe, “La contienda por las reformas del sistema de salud en Colombia (1990-2006)” (Tesis de doctorado, El Colegio de México, Ciudad de México, 2009).
- 29 Banco Mundial, “El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo: una agenda para la reforma”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*, Vol. 103, no. 6 (1987): 695-709, <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/17647/v103n6p695.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

están dispuestos a pagar, entre otros, la educación en salud), y a la competencia en el mercado la provisión de bienes privados (aquellos que benefician directamente al individuo, por los cuales los ciudadanos están dispuestos a pagar); ii) paquetes de servicios sanitarios costo efectivos que, en nuestro diseño institucional, corresponden a planes obligatorios de salud (POS); iii) competencia entre agentes públicos y privados por el aseguramiento y la prestación de servicios, y iv) transformación del subsidio a la oferta en subsidio a la demanda, lo cual implicaría que la red pública recibiría recursos no por su función social, sino por el volumen de población asegurada.³⁰

La Ley 100 de 1993 concretó un diseño institucional coherente con las orientaciones del Banco Mundial y no interpeló las orientaciones sobre la salud como servicio público definidas en la nueva Constitución Política. El Gobierno de Gaviria (1990-1994) presentó esta ley al país con la argumentación y el compromiso del Estado de universalizar la seguridad social, con equidad y solidaridad, e igualar los planes de beneficio para el año 2000, por eso parecía una posibilidad real de avance, desde la salud, en la construcción del Estado social y democrático de derecho. Asimismo, dialogaba con las políticas mercantiles de apertura económica y modernización del Estado, basadas en el Consenso de Washington y planteadas en el Plan de Desarrollo. La Ley 100 fue acogida por las élites políticas y económicas nacionales. En el debate, algunos actores subalternos –movimiento cívico, campesino, indígena, estudiantil– no avizoraron sus efectos regresivos,³¹ mientras que sindicatos y gremios sectoriales se resistieron, advirtiendo la potencial privatización de la salud y del Instituto de Seguros Sociales (ISS), pero sin lograr unidad de acción, ni una discusión que convocara otras fuerzas sociales. El Gobierno tuvo la habilidad política para negociar con algunos de los sindicatos más fuertes y, de paso, inició el cumplimiento de los acuerdos de modernización institucional pactados

30 Banco Mundial, *Informe sobre el Desarrollo Mundial* (Washington: Banco Internacional de Reconstrucción, 1993).

31 Borrero, “La reforma del sector salud”; Jaime Urrego, “Configuración de las políticas públicas de salud para los pueblos indígenas de Colombia” (Tesis de doctorado, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 2019).

con la banca internacional,³² orientados a la disminución del tamaño y papel social del Estado, y a reformas económicas –comercial, cambiaria, financiera– y sociales –laboral, pensional, de servicios públicos– con el mismo sentido.³³

Como lo han documentado los trabajos académicos aquí citados, el fallido “mercado regulado” propuesto en la Ley 100 ha devenido, en esos 28 años, en la concentración del poder político y económico en los aseguradores privados, en la privatización y deterioro de la red hospitalaria pública, y en barreras de acceso y vulneración sistemática del derecho a la salud, efectos que han mantenido luchas sociales o contiendas –contenciosas o transgresivas–,³⁴ las cuales se caracterizan, en general, por la articulación de viejos y nuevos actores sociales y repertorios de lucha por la construcción de vínculos afectivos que posibilitan “ser” actores colectivos por la salud, y por la transformación de las demandas, pasando de asuntos específicos y locales, a disputas en el campo de la justicia social y sanitaria, y a algunas luchas de alcance nacional.³⁵ En el país las contiendas ocurrieron en un contexto de intensificación del conflicto armado y de violencia sociopolítica contra los sindicatos, incluyendo los de la salud.

32 Borrero, “La reforma del sector salud”; Uribe, “La contienda por las reformas”; Clara Prada, “Política de saúde na Colômbia: agenda e formulação nos anos 90” (Tesis de doctorado, Universidade Federal da Bahia, Salvador de Bahía, 2012).

33 Misas Gabriel, *La ruptura de los 90, del gradualismo al colapso* (Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2002).

34 Según Doug McAdam, Sidney Tarrow y Charles Tilly, la *contienda contenida* hace referencia a aquellos casos de disputa política en donde todas las partes son actores previamente establecidos que emplean medios definidos de reivindicación. Es una interacción episódica, pública y colectiva entre los reivindicadores y sus objetos, y cuenta con la participación del Gobierno. Si es satisfactoria afecta los intereses de alguno de los reivindicadores, además todas las partes en el conflicto están previamente establecidas como actores políticos constituidos. Un ejemplo son las acciones dentro de la institucionalidad como las iniciativas legislativas de reforma, elaboradas y presentadas por movimientos sociales. *La contienda transgresiva o contenciosa* comparte características de la *contienda contenida*, su diferencia se centra en que al menos algunos de los participantes son actores políticos recientemente autoidentificados, o alguna de las partes utiliza acciones colectivas innovadoras. Un ejemplo son las acciones disruptivas que confrontan la institucionalidad y/o las convenciones sociales, como las marchas, plantones, paros y performances que visibilizan ante la sociedad y ante el contendiente opositor –que, generalmente, pero no únicamente, es el Estado–, las demandas de grupos sociales subalternos. Doug McAdam, Sidney Tarrow y Charles Tilly, *Dinámica de la contienda política* (Barcelona: Hacer Editorial, 2005).

35 María Esperanza Echeverry López y Yadira Eugenia Borrero Ramírez, “Protestas sociales por la salud en Colombia: la lucha por el derecho fundamental a la salud, 1994-2010”, *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 31, no. 2 (2015): 354-64; Borrero, *Luchas por la salud*.

Las *contienda contenidas* que recurren a repertorios institucionales se han desplegado en dos vías: la disputa legislativa y los recursos jurídicos para la exigibilidad del derecho a la salud. Ambas han buscado ampliar el contenido del derecho y transformar el sistema de salud. Además, han propiciado un diálogo con la Corte Constitucional, el cual se ha concretado en sentencias paradigmáticas que van más allá de la Constitución Política, definiendo el derecho a la salud como fundamental. Entre 2004 y 2007, la contienda legislativa articuló algunos actores del Movimiento Social por la Salud (mss) con partidos políticos alternativos, generando fracturas entre partidarios y opositores de la vía legislativa como camino para cambiar el sistema de salud. Finalmente, la Ley 1122 de 2007 impuso la propuesta del Gobierno con dos elementos nuevos: un Plan Nacional de Salud Pública y el incremento de la afiliación al Régimen Subsidiado. Los actores subalternos no lograron reorientar el sistema sanitario, en tanto se mantuvo la intermediación financiera, la contención de costos de los aseguradores, el declive de la red pública y las vulneraciones del derecho a la salud.³⁶ La vía de los recursos jurídicos ha privilegiado el uso de la acción de tutela.³⁷ Aunque este es un mecanismo de exigibilidad individual de derechos fundamentales, asociaciones de usuarios, organizaciones de pacientes por diferentes enfermedades, mesas territoriales de salud y escuelas populares de salud han puesto en marcha procesos formativos de exigibilidad del derecho a la salud, construyendo apoyo jurídico para que pacientes y familiares hagan uso de este y otros contenidos garantistas de la Constitución Política de 1991. También, líderes y lideresas se han formado para usar la tutela, incorporando su potencia educadora y movilizadora.³⁸

³⁶ Echeverry y Borrero, “Protestas sociales por la salud”; Borrero, *Luchas por la salud*.

³⁷ La acción de tutela es un recurso jurídico de la Constitución Política para la protección de los derechos fundamentales, inscrito en el ordenamiento de Colombia como un Estado social de derecho. María Esperanza Echeverry López, ed., *Indignación Justa: Estudios sobre la Acción de Tutela en Salud en Medellín* (Medellín: Hombre Nuevo Editores, 2013). Es un procedimiento “preferente y sumario” porque debe resolverse prioritariamente, y en diez días el juez debe acopiar pruebas y emitir el fallo. Ha sido el mecanismo de exigibilidad jurídica más utilizado por los ciudadanos en Colombia para reclamar los derechos y el derecho a la salud por excelencia.

³⁸ Echeverry López, *Indignación Justa*; Borrero, *Luchas por la salud*; Liliana García y Narayana Betancur, “Martes por la Salud: Un caso de luchas sociales por la salud” (Tesis de grado, Universidad de Antioquia, Medellín, 2013).

En cuanto a las contiendas contenciosas o transgresivas, que son las que usan repertorios disruptivos y confrontan la institucionalidad, hasta el 2008 se identificaron tres ciclos de protesta y, paralelamente, la conformación de un mss.³⁹ Los ejes de movilización transversales, con distinta intensidad en los tres ciclos, fueron la crisis hospitalaria, que llevó a cierres y reestructuraciones de la red pública agravadas por las deudas de los aseguradores y a la precarización laboral por despidos y cambios en la forma de contratación de los trabajadores sanitarios, y la baja afiliación al Régimen Subsidiado. Una novedad es que, a partir del 2000, las demandas por salud empezaron a nombrarse como derechos, esto porque la Corte Constitucional, desde 1992, había empezado a explicitar la conexidad entre el derecho a la salud y otros derechos fundamentales –a la vida, al mínimo vital, a la autonomía–, e incluso algunas sentencias ya lo reconocían como un derecho fundamental.⁴⁰ Y porque en el naciente mss convergió la Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo, ampliando el horizonte interpretativo de los otros actores hacia el reconocimiento de la salud como derecho humano.⁴¹ El segundo ciclo de protesta ocurrió entre 2004 y 2005, y el tercero entre 2007 y 2008. Además de los motivos transversales descritos, en el segundo se visibilizaron las barreras de acceso que llevaron a los llamados “paseos de la muerte” y la oposición de varios movimientos y organizaciones sociales a la negociación del Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos.⁴² En el tercer ciclo de protesta emergieron dos asuntos: la liquidación del iss y la consolidación de la reforma a las transferencias, que reducía los recursos para salud de municipios y departamentos.⁴³

El periodo entre el sns de la década del 70 del siglo xx y el reconocimiento jurídico de la salud como derecho fundamental se cierra con el incumplimiento, en la Ley 100 de 1993 y en el primer ajuste legislativo de esta

39 Echeverry y Borrero, “Protestas sociales por la salud”; Borrero, *Luchas por la salud*.

40 Jaime León Gañan, *Los muertos de Ley 100. Prevalencia de la libertad económica sobre el derecho fundamental a la salud: una razón de su ineficacia. Caso del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo* (Medellín: Imprenta Universidad de Antioquia, 2013).

41 Borrero, *Luchas por la salud*.

42 Echeverry y Borrero, “Protestas sociales por la salud”.

43 Echeverry y Borrero, “Protestas sociales por la salud”.

–Ley 1122 del 2007–, de la promesa de un sistema de salud universal, equitativo y de calidad. El malestar social se expresó en la conformación de un mss que, desde entonces, se ha articulado en torno a una reforma estructural del sistema de salud, y en las luchas descritas que mantuvieron en la escena pública el aumento de la tutela y la protesta social en salud. La Corte Constitucional, escuchando algunas de esas demandas, abrió un camino de esperanza y de innovación jurídica con base en la revisión de 22 acciones de tutela que representaban, más allá de la afectación individual, violaciones sistemáticas del derecho a la salud, y formuló la Sentencia T-760 de 2008, reconociendo la salud como derecho fundamental autónomo, en un contexto paradójico de reformas constitucionales que, en los años 90 y la década del 2000, habían debilitado el frágil ESD de la Constitución Política de 1991.

16.3. De la contienda por la Ley Estatutaria de Salud (LES) a la sindemia de la Covid-19: el derecho fundamental a la salud como utopía

La Sentencia T-760 de 2008 emitió un conjunto de órdenes al Estado y al Ministerio de Salud para la regulación del sgss y para el avance real en la garantía del derecho a la salud, considerándolo fundamental y autónomo. Cabe destacar la regulación y actualización anual de los planes de beneficios con participación de los usuarios, y su unificación para cerrar la brecha entre los regímenes Subsidiado y Contributivo; la presentación de informes trimestrales sobre negación de servicios por parte de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), y anuales sobre tutelas ante la Corte y organismos de control –Procuraduría y Defensoría del Pueblo–,⁴⁴ y medidas adoptadas para garantizar cobertura universal y sostenibilidad del sgss y para los recobros de las aseguradoras ante el Fondo de Solidaridad y Garantía. Además, la sentencia instaba al Estado a definir el contenido del derecho a la salud mediante una Ley Estatutaria de salud.

Las medidas generaron un debate nacional, en el que cada uno de los actores planteó su posición: el Gobierno adujo la insuficiencia de recursos para

44 Colombia, Corte Constitucional, Sala Segunda de Revisión, Sentencia T-760 del 31 de julio de 2008, M. P.: Manuel José Cepeda Espinosa.

cumplir las órdenes, porque se requerirían 6,5 billones de pesos para igualar los planes de beneficios; el gremio de las EPS, agrupadas en la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI), pidió estudios actuariales para saber los costos reales, y el MSS argumentó que habría recursos suficientes si se eliminaba la intermediación y que la sentencia solo obligaba al Estado a cumplir la Ley 100 de 1993, manteniendo la racionalidad mercantil y los problemas estructurales del sistema y, por tanto, tampoco garantizaría el derecho fundamental a la salud.⁴⁵ Este último argumento se demostró en la audiencia pública de seguimiento de esa sentencia convocada por la Corte en 2011. Participaron allí el Gobierno, algunas organizaciones y el MSS. La Corte concluyó que las regulaciones expedidas por el ejecutivo eran paliativas frente a la grave problemática persistente (informes periódicos de la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2018). En adelante, el Gobierno privilegiaría los ajustes legislativos de forma a las políticas sustantivas y la escucha de las demandas de transformación del sistema de salud planteadas por actores subalternos. Así, en enero de 2011 fue aprobada la Ley Ordinaria 1438, para dar respuesta a las órdenes de la Sentencia T-760 de 2008, pero esta representaría una nueva frustración que no acallaría el malestar social.

Argumentando una crisis sobreviniente y excepcional del sistema de salud por insuficiencia de recursos, el Gobierno de Álvaro Uribe declara, el 23 de diciembre de 2009, el Estado de Emergencia Social⁴⁶ mediante el Decreto 4975 y

⁴⁵ Borrero, *Luchas por la salud*.

⁴⁶ De acuerdo con el artículo 215 de la Constitución Política, la declaratoria del estado de emergencia social es viable “Cuando sobrevengan hechos distintos de los previstos en los artículos 212 y 213 que perturben o amenacen perturbar en forma grave e inminente el orden económico, social y ecológico del país, o que constituyan grave calamidad pública, podrá el Presidente, con la firma de todos los Ministros, declarar el Estado de Emergencia por períodos hasta de treinta días en cada caso, que sumados no podrán exceder de noventa días en el año calendario. Tal declaración, que deberá ser motivada, permite omitir el trámite legislativo normal, otorgando facultades al ejecutivo para dictar decretos con fuerza de ley, destinados exclusivamente a conjurar la crisis y a impedir la extensión de sus efectos. Éstos deberán referirse a materias que tengan relación directa y específica con el Estado de Emergencia, y podrán, en forma transitoria, establecer nuevos tributos o modificar los existentes. Éstos dejarán de regir al término de la siguiente vigencia fiscal, salvo que el Congreso, durante el año siguiente, les otorgue carácter permanente”. Asamblea Nacional Constituyente, “Constitución Política de Colombia”, *Gaceta Constitucional*, no. 116 (1991): art. 215, <http://www.secretariasenado.gov.co/index.php/constitucion-politica>

otras normas que proponían varias medidas: descongelar 1,4 billones de pesos que poseía el Estado; nuevos impuestos para obtener recursos permanentes; restricción de la autonomía médica;⁴⁷ renovación del Plan Obligatorio de Salud (POS) y pago de servicios no POS a través de créditos blandos; hipotecas de viviendas, ahorros y anticipos de las pensiones y cesantías.⁴⁸ Estas medidas detonaron episodios de contienda, *contenida* porque la Corte recibió 42 demandas de inconstitucionalidad y *contenciosa* porque los actores subalternos –entre otros, los gremios médicos, sindicatos, organizaciones de pacientes y de usuarios y movimientos sociales–, articulados en la Mesa Nacional por el Derecho a la Salud y en la Alianza Nacional por la Salud (ANSA),⁴⁹ también se hicieron sentir en las calles.

La presión social y jurídica devino en la declaratoria, por unanimidad, en abril de 2010, de la inexequibilidad de la emergencia social mediante la Sentencia C-252 de 2010. La Corte argumentó que la situación del sistema de salud no obedecía a hechos sobrevinientes o excepcionales, sino a causas estructurales, y el escenario para abordarlos era el Congreso de la República.⁵⁰ A nuestro modo de ver, esta fue la primera victoria importante del mss. Dieciséis años de lucha, desde la puesta en marcha de la ley 100 de 1993, habían politizado a algunos actores y sectores de la población, de hecho, las demandas ya se exigían como derechos y responsabilidades del Estado. Las sentencias de 2008 y 2010 mostraron que la Corte intentaba construir, por vía jurídica, el ESD escuchando e interlocutando con la ciudadanía. Sin embargo, las contiendas siguientes evidenciarían la insuficiencia de esta vía para garantizar el derecho fundamental a la salud.

Las contiendas entre 2010 y 2015 recogen el mandato de una LES que, desde la Sentencia T-760 de 2008, buscaba por la vía legislativa concretar el contenido del derecho a la salud. Es así como la Ley Ordinaria 1438 de 2011

47 García y Betancur, “Martes por la Salud”.

48 Borrero, *Luchas por la salud*.

49 García y Betancur, “Martes por la Salud”; Borrero, *Luchas por la salud*.

50 García y Betancur, “Martes por la Salud”.

estuvo precedida por tres proyectos de Ley Estatutaria:⁵¹ uno del Gobierno, otro liderado por los partidos tradicionales y otro por un partido de oposición, el Polo Democrático Alternativo (PDA); los dos primeros mantenían el mercado de salud, y la propuesta del Gobierno trasladaba a pacientes y familias la responsabilidad del cuidado y de su estado de salud. El Proyecto de Ley 198 proponía, entre otros cambios, eliminar la intermediación y los planes de beneficios, el financiamiento público y la atención integral.⁵²

En abril de 2012, el Gobierno nacional solicitó al Congreso dar trámite de urgencia a la propuesta de LES. Esta mantenía la debilidad de las medidas de vigilancia y control del sistema, las aseguradoras con ánimo de lucro, las exclusiones del POS y, por esa vía, las restricciones del uso de la tutela y de prácticas interculturales reconocidas como conquista de las luchas indígenas. La Cámara y el Senado solicitaron una audiencia pública para debatirla. Allí se evidenció un proceso de articulación de actores subalternos,⁵³ pero el Congreso apoyó al Gobierno y la propuesta pasó a control de constitucionalidad. La Superintendencia Nacional de Salud, los partidos políticos tradicionales, ACEMI y la Asociación Nacional de Industriales (ANDI) estaban del lado del Gobierno,⁵⁴ mientras que el MSS y algunos partidos políticos como el Polo Democrático, MIRA y el Partido Verde pedían a la Corte declarar la inexecutable, argumentando que el proyecto de LES del Gobierno no avanzaba en la garantía del derecho fundamental a la salud porque priorizaba la rentabilidad y sostenibilidad del sistema, condicionando la vida y la salud al flujo de

51 Los proyectos de LES fueron: el 131 de 2010 Cámara, presentado por los senadores Marta Cecilia Ramírez, Juan Manuel Valdés, Víctor Raúl Yepes y el representante a la cámara Eugenio Prieto; el Proyecto de Ley Estatutaria 186 de 2010, presentado por el Gobierno (Ministro de la Protección Social, Ministro de Hacienda) y el Proyecto de Ley 198 de 2010, presentado por Luis Carlos Avellaneda, integrante del partido político Polo Democrático Alternativo.

52 Paula Andrea Arias y María del Pilar Gómez, "Contienda por la Ley Estatutaria de Salud en Colombia, 2008-2015: entre el mercado y el derecho" (Tesis de maestría, Pontificia Universidad Javeriana, Santiago de Cali, 2018).

53 Participaron varios actores representando diferentes posiciones frente al derecho a la salud: La Gran Junta Médica y algunos de sus asociados, como la Asociación de Internos y Residentes (ANIR), la Federación Médica Colombiana y las sociedades científicas, un representante de los pacientes de alto costo, la Central Unitaria de Trabajadores (CUT), la Asociación Nacional de Industriales (ANDI), la ANSA, la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 y el Ministerio de Salud.

54 Arias y Gómez, "Contienda por la Ley Estatutaria".

recursos, mantenía las barreras de acceso generadas por el POS, y transfería a individuos y familias la responsabilidad del cuidado.⁵⁵ Cabe destacar que la Contraloría y la Defensoría del Pueblo, con base en informes e investigaciones propias, compartían las críticas al modelo de aseguramiento, argumentando barreras de acceso a los servicios y primacía del ánimo de lucro. Otros trabajos académicos⁵⁶ e investigaciones sobre movilización social por la salud evidenciaban la vulneración sistemática del derecho a la salud y el enorme sufrimiento social causado, por eso algunos sectores esperaban que la Corte fuera más contundente y declarara el estado de cosas inconstitucional.

Sin embargo, la Corte escuchó algunas alertas de estas voces y, el 29 de mayo de 2014, condicionó la exequibilidad de la LES mediante la Sentencia C-313 de 2014, pero la contienda continuó porque el Gobierno del presidente Juan Manuel Santos y su ministro Alejandro Gaviria evadieron la firma de la LES e intentaron, a través de decretos, revivir algunos artículos de antiguas propuestas de leyes ordinarias de salud, detonando más movilizaciones sociales. En enero de 2015 vencía el plazo para la firma de la LES y el MSS sumó a la protesta una acción de cumplimiento en cabeza de la Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760. Y, con esa presión social, la LES 1751 es sancionada por el presidente en febrero de 2015, reconociendo jurídicamente el derecho fundamental a la salud.⁵⁷ Aunque la Corte mantuvo el modelo de intermediación, la modulación y la firma fueron el segundo logro del MSS, este y la Corte se configuraban como actores en el campo sanitario, en una relación de debate, escucha, reconocimiento y aprendizaje mutuo.

Entre 2015 y 2021, el escenario de las luchas por la salud ha estado marcado por cinco asuntos: la firma del Acuerdo de Paz entre la guerrilla de las FARC-EP y el Estado colombiano en 2016; la protesta social del 2019 contra las reformas del Gobierno de Duque; la pandemia de la Covid-19, desde el 2020, que ha mostrado los problemas estructurales del sistema de salud; el incumplimiento de

55 Arias y Gómez, “Contienda por la Ley Estatutaria”.

56 Echeverry López, *Indignación Justa*; César Ernesto Abadía Barrero y Diana Goretty Oviedo Manrique, “Itinerarios burocráticos de la salud en Colombia: la burocracia neoliberal, su estado y la ciudadanía en salud”, *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Vol. 9, no. 18 (2010): 86-102.

57 Arias y Gómez, “Contienda por la Ley Estatutaria”.

la LES, y el estallido social, duramente reprimido por el Gobierno, que tiene a la población en las calles desde el 28 de abril de 2021 hasta la fecha,⁵⁸ en un prolongado e inédito episodio de contienda contenciosa que evidencia la indignación acumulada por tres décadas de reformas sociales regresivas. En ese contexto, desde 2020 se está configurando un proceso de articulación de actores representado en el Pacto Nacional por la Salud y la Vida.

Desde 2016, con la firma de los Acuerdos de Paz, los movimientos sociales subalternos han apostado por el reconocimiento de la salud como elemento clave en la construcción de paz. Esto se logró solo para la salud rural en el punto 1.º de los acuerdos. El triunfo del “No” en el plebiscito, campaña liderada por el Centro Democrático, partido que regresó a la presidencia en 2018, ha propiciado la continuidad del modelo de salud implantado con la Ley 100 de 1993 y la escasa intervención en la intensificación del conflicto armado interno.⁵⁹ En noviembre de 2019, “el paquetazo de Duque”, un intento de medidas regresivas de política social, detonó la contienda contenciosa con la convocatoria a un paro nacional (conocido como 21N) y la reorganización de las fuerzas subalternas en el Comité Nacional de Paro (CNP), al cual se articuló Salud en el Paro, iniciativa liderada especialmente por los sindicatos del sector, y que demandaba un pacto social y político por el derecho a la salud, universal, gratuito, sin barreras de acceso a los servicios y con contratos dignos para los trabajadores del sector. La ola de movilización se frenó por la emergencia sanitaria surgida debido a la Covid-19, que ha devenido en sindemia y que se constituye en un amplificador de históricas inequidades estructurales no resueltas. La sindemia ha develado una fragilidad bastante crítica, negación de derechos e inequidad del sgsss. De hecho, la población colombiana ocupa

⁵⁸ A junio 10 de 2021.

⁵⁹ Intensificación representada en la continuidad del paramilitarismo y de las disidencias de las FARC-EP, en el incremento del asesinato de líderes y lideresas sociales, reclamantes de tierra, defensores de DD. HH., miembros de juntas de acción comunal y desmovilizados de las antiguas FARC-EP. “Líderes desprotegidos y comunidades indefensas. Asesinatos de defensores de derechos humanos en zonas remotas de Colombia”, Human Rights Watch, HRW, New York, 10 de febrero de 2021, <https://www.hrw.org/es/report/2021/02/10/lideres-desprotegidos-y-comunidades-indefensas/asesinatos-de-defensores-de>

los primeros lugares a nivel mundial en el número de contagios y muertes.⁶⁰ La contundente reproducción de inequidades sociales al interior del sistema de salud –94,4 % de las muertes han ocurrido en los estratos 1, 2 y 3, para quienes se cuenta con esta información–⁶¹ y la ineficacia en la estrategia Pruebas y Rastreo Selectivo y Sostenible (PRASS) evidencian la precarización de la vida y los efectos de tres décadas de políticas económicas y sociales en pro de los más ricos. La Covid-19 se constituye, dramáticamente, en lo que podríamos denominar un hecho sociosanitario total.

La pandemia ha tenido tres picos en el país. El primero, entre julio y agosto de 2020, el segundo entre diciembre de 2020 y enero de 2021 y el tercero empezó la primera semana de abril, y se mantiene hasta hoy en una meseta larga de muerte. Durante el primer pico se reorganizaron viejos y nuevos actores (los sindicatos, gremios de salud y el equipo de salud en el paro), tal como ha ocurrido en los últimos 27 años, en este caso en torno al Pacto Nacional por la Salud y la Vida firmado el 7 de agosto por más de 130 organizaciones, con varios asuntos intra y extrasectoriales movilizadores: i) contra el proyecto de Ley 010, liderado por el ministro de Salud, porque buscaba profundizar el modelo mercantil y no avanza en el cumplimiento de la LES; ii) el manejo de la pandemia; iii) la lucha contra la nueva reforma tributaria, porque golpea más a sectores populares y a las clases medias, y iv) la exigencia de renta básica.

El paro nacional que hoy, y desde el 28 de abril de 2021, tiene en la calle y en una compleja mesa de negociación a actores subalternos, jóvenes y sectores de la población precarizados y/o solidarizados con la protesta ha mostrado los hilos históricos de la falta de escucha,⁶² de la negación a negociar y su dilatación,

- 60 A la fecha, 10 de junio de 2021, nos ubicamos en el lugar número 12 de número de casos (3.633.481 personas diagnosticadas) y el lugar diez en muertes reconocidas (93.394 personas fallecidas). “Coronavirus Resource Center”, Johns Hopkins University of Medicine, April 28, 2021, <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
- 61 Mayriam Patricia Cifuentes et al., “Socioeconomic Inequalities Associated with Mortality for COVID-19 in Colombia: A Cohort Nationwide Study”, *Journal of Epidemiology and Community Health* (2021): 1-6, <https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC7934198&blobtype=pdf>
- 62 Cecilia Vargas, “Situación de los trabajadores de salud, un año después del 21N de 2019”, *Periódico Desde Abajo*, 24 de noviembre de 2020, 24-25.

y de la represión, hoy más violenta según la ONG Temblores,⁶³ como repertorios gubernamentales de afrontamiento de las crisis sociales. Pero también muestra la indignación traducida en acumulación de fuerzas y en politización de los actores subalternos, logrando que el Gobierno retirara la propuesta de reforma tributaria y archivara la de la salud, así como la salida de al menos dos ministros. Estos son apuntes para un balance abierto e incierto de las luchas sociales contra las políticas neoliberales de las tres últimas décadas, y por la promesa incumplida de la vida digna, fundamento del ESD de la Constitución Política de 1991.

16.4. Las demandas por salud en las agendas de otros movimientos sociales

Uno de los aportes más importantes de la Constitución Política de 1991 fue el reconocimiento de Colombia como un Estado democrático, participativo y pluralista, “fundado en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que lo integran y en la prevalencia del interés general”. Así se abrió la puerta para la emergencia y/o el fortalecimiento de nuevos actores, las luchas y demandas sociales simbólicas⁶⁴ que requerían condiciones materiales para su concreción. Aquí se hará una aproximación a las luchas por la salud en los movimientos indígena, afro, de mujeres, LGTBI, y por la paz, planteando que su agenda se construye, más allá de las luchas de los actores que reclaman transformaciones del SGSSS, con otras maneras de entender el derecho a la salud que amplían y complejizan su comprensión en contextos sociohistóricos y culturales específicos.

63 La ONG Temblores hace seguimiento del uso de la violencia contra las movilizaciones sociales por parte de la fuerza pública. Para más información, ver el portal web de la ONG: <https://www.temblores.org/>.

64 Las autoras no creemos en la falsa dicotomía que separa lo material de lo simbólico, pensamos que las luchas sociales hay que analizarlas desde perspectivas relacionales, donde lo material y lo simbólico se construyen de manera dialéctica. Y que las demandas materiales también son construidas como justas e importantes, y las simbólicas requieren condiciones materiales para su realización. Siguiendo a Nancy Fraser, la redistribución y el reconocimiento son dimensiones imprescindibles para la justicia social. Nancy Fraser, “Iustitia Interrupta. Reflexiones críticas desde la posición ‘postsocialista’”, *Revista de Estudios Sociales*, no. 2 (1998): 150-51.

El movimiento indígena ha disputado la salud en perspectiva de justicia distributiva y de reconocimiento. Según Jaime Urrego,⁶⁵ la irrupción del Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC) en las luchas campesinas de los 70 empezó a reconfigurar las relaciones entre los pueblos indígenas, la sociedad y el Estado. Las luchas en salud están ligadas al territorio, la autonomía y la cultura. De hecho, la Asociación de Cabildos Indígenas del Norte del Cauca (ACIN), sus promotores de salud y sus autoridades tradicionales vinculan el derecho a la salud, más allá del acceso a los servicios, a la defensa, permanencia y cuidado de territorios ancestrales y lugares sagrados, a la armonía territorio-comunidad-familia e individuo, al buen vivir, y a la recuperación y potencialidad de la ritualidad, la cultura y la espiritualidad.⁶⁶ La Constitución Política de 1991 reconoció la pluralidad e interculturalidad de la nación, y la ampliación de la democracia participativa. Los pueblos indígenas, en contiendas contenciosas y contenidas, han articulado la salud a sus luchas, logrando, en el componente prestacional del derecho a la salud, la gestión autónoma de recursos y la creación de una institucionalidad propia, aprovechando los espacios del sgsss –aseguradores y prestadores de salud indígenas–, la adecuación intercultural de programas de atención, promoción y prevención, y la utilización de una parte de los recursos de salud para fortalecer la medicina tradicional, la recuperación de saberes propios y la defensa del territorio. Esta construcción de autonomía sanitaria no significa afinidad con la orientación mercantil de la salud, pues el movimiento indígena se ha unido en momentos claves a las luchas en salud de otros actores subalternos.⁶⁷

El movimiento afro en Colombia tiene su origen en el cimarronaje y se ha fortalecido, a partir de un proceso de etnización⁶⁸ generado por la Ley 70 de 1993, con el reconocimiento del derecho ancestral a la propiedad comunal,

65 Urrego, “Configuración de las políticas públicas”.

66 Gloria Amparo Yonda, Luz Ángela Palacios y Alexandra de la Cruz, “Derecho a la salud: perspectiva desde las autoridades tradicionales y dinamizadores del tejido de salud del pueblo indígena Nasa de la zona Norte del Cauca” (Trabajo de maestría, Pontificia Universidad Javeriana, Santiago de Cali, 2015).

67 Borrero, *Luchas por la salud*.

68 Eduardo Restrepo, “Etnización y multiculturalismo en el bajo Atrato”, *Revista Colombiana de Antropología*, Vol. 47, no. 2 (2011): 37-68.

dialogando con tendencias globales y latinoamericanas hacia el multiculturalismo, y en Colombia, con la apertura de la Constitución Política de 1991. Las luchas del movimiento afro han tenido como ejes centrales la denuncia del racismo estructural, la defensa del derecho a la vida, a la paz, al territorio, a la biodiversidad⁶⁹ y a la preservación de usos del suelo y de formas de vida tradicionales. La biodiversidad y los ríos son los lugares de construcción, en la vida cotidiana, de la salud y la vida, por ello cuidarlos es cuidar la salud propia y la de las comunidades, y hace parte de la promoción de la salud.⁷⁰ La vida saludable es acertadamente definida por Natalia Quiceno como el “vivir sabroso”, es posibilidad y potencia construida “mediante la labor cotidiana, la fuerza del trabajo colectivo, la lucha y la resistencia de las comunidades, y no necesariamente con un programa específico promovido por el Estado”.⁷¹

Los movimientos de mujeres y el movimiento de sexualidades diversas –lesbianas, gay, transexuales y bisexuales (LGTB)– están ambos muy vinculados, desde su nacimiento y fortalecimiento en el siglo xx, con la salud, en términos del cuidado y la autonomía sobre el cuerpo. En el movimiento de mujeres, las luchas por el acceso a la educación, al trabajo y al mundo político se suman y potencian con las de salud, estas ancladas en derechos sexuales y reproductivos –acceso a la planificación familiar, la integralidad en el enfoque de los servicios de salud–, y en la autonomía para decidir sobre sus cuerpos –el número de hijos deseados, la maternidad como opción, el derecho al aborto y contra la esterilización forzada y las violencias, incluyendo los feminicidios y la violencia sexual–. En la agenda de la denominada cuarta ola feminista, de la cual América Latina ha sido protagonista, ocupan un lugar central esas viejas y nuevas luchas: la autodeterminación sobre el cuerpo y la justicia reproductiva.

- 69 Moraima Camargo Gonzáles, “Etnia, movimiento social y discriminación. Las dinámicas de reivindicación afro en Colombia”, *Memorias*, no. 5 (2006): 1-9, <https://www.redalyc.org/pdf/855/85530511.pdf>; Eduardo Restrepo, Catherin Walsh y Edizón León, “Movimientos sociales afro y políticas de identidad en Colombia y Ecuador”, en *Siete cátedras para la integración* (Bogotá: Convenio Andrés Bello, 2005), 209-53.
- 70 Wisthon Abadía Mosquera, “Formas otras de promover la salud: protegiendo la vida, recuperando la tierra y reconstruyendo el territorio” (Tesis de magister, Universidad de Antioquia, Medellín, 2020).
- 71 Natalia Quiceno, *Vivir sabroso. Luchas y movimientos afrotrasteños en Bojayá, Chocó, Colombia* (Bogotá: Editorial Universidad del Rosario, 2016), 3.

En Colombia, las luchas de las mujeres-todas,⁷² múltiples y diversas, por la deconstrucción de las estructuras patriarcales hegemónicas han logrado avances en salud a través del litigio estratégico y de plantones frente a instituciones clave. Dos ejemplos son la despenalización del aborto, en la Sentencia C-355 de 2006, por tres causales –malformaciones fetales incompatibles con la vida, embarazos producto de violación y afectaciones a la salud materna– y la Sentencia C-117 de 2018, por una menstruación libre de impuestos.⁷³

El litigio estratégico, como contienda contenida, ha sido uno de los repertorios de lucha del movimiento LGTB.⁷⁴ Este pone en el centro de sus luchas, en América Latina, la salud y el derecho a la salud, inicialmente por la atención integral de la epidemia de VIH/sida en el mundo, por el acceso a diagnóstico, tratamiento y cuidados paliativos. Las organizaciones de pacientes con enfermedades de alto costo como el sida desarrollaron capacidades y experiencias colectivas para la exigibilidad, vía tutela, del derecho a la salud.⁷⁵ Paralelamente, se ha disputado la no patologización de las identidades de género y las orientaciones sexuales no heteronormativas, logrando, por ejemplo, la despatologización de la homosexualidad en 1990. Hoy, ese eje de movilización articula las demandas de las personas trans, consideradas “enfermas mentales” con disforia de género. El avance en esta lucha permitiría el acompañamiento

72 Usamos la noción de *mujeres-todas* reconociendo desde un enfoque interseccional que no existe “La mujer”, hay mujeres diversas, con posiciones de sujeto específicas, de acuerdo a su identidad de género, orientación sexual, pertenencia étnica y de clase, lugar de residencia y momento del ciclo vital. Reconocemos a las mujeres como diversas y situadas histórica, económica, social y culturalmente, y no como un sujeto abstracto universal.

73 “Menstruación Libre de Impuestos: un triunfo en contra de la discriminación”, Daniela Mora, Global Alliance For Tax Justice, 3 de noviembre de 2020, <https://www.globaltaxjustice.org/es/m%C3%A1s-reciente/menstruaci%C3%B3n-libre-de-impuestos-un-triunfo-en-contra-de-la-discriminaci%C3%B3n>

La campaña fue un esfuerzo colectivo basado en el argumento de que las políticas económicas y tributarias no son neutrales al género. Es así como en el debate de la reforma tributaria del 2016 se hizo una propuesta legislativa para liberar las toallas higiénicas y tampones del Impuesto del Valor Agregado (IVA), que fue negada por el Congreso, el cual solo aprobó la disminución del IVA del 16 % al 5 %. En 2017 se solicitó a la Corte Constitucional la declaratoria de inconstitucionalidad del IVA a los productos de higiene menstrual, asunto fallado a favor en sentencia mencionada.

74 Katherine Cuellar, “Construcción de ciudadanía en salud en el marco del movimiento LGTB de la ciudad de Cali” (Tesis de maestría, Pontificia Universidad Javeriana, Santiago de Cali, 2015).

75 Cuellar, “Construcción de ciudadanía en salud”.

en el acceso a tratamientos para las transformaciones corporales que les restituyan la dignidad.

En ambos movimientos sociales –de mujeres y LGTB–, la disputa por el cuerpo, primer territorio para la autonomía, la autodeterminación, el cuidado y la experiencia vital, la no patologización de la diversidad, y el reconocimiento de todos y todas como personas racionales, capaces de decidir, están en el centro del derecho a la salud. Estas luchas interpelan formas de dominación patriarcales que atraviesan toda la sociedad, desde la vida cotidiana, hasta las estructuras del Estado, las políticas públicas y las instituciones de salud. La Corte Constitucional ha tenido desarrollos, desde el reconocimiento de derechos individuales y colectivos, que les permiten a las mujeres y personas LGTB construir un camino inicial hacia la autodeterminación.

El movimiento por la paz también converge en el contenido del derecho a la salud, porque, como lo plantea la Carta de Ottawa,⁷⁶ la paz es una precondition para la salud, y porque el largo conflicto armado colombiano ha dejado cuantiosas víctimas⁷⁷ y mucho sufrimiento social, especialmente entre poblaciones rurales, étnicas, grupos vulnerables –mujeres, niños y niñas, desplazados– y excombatientes, que han demandado acceso integral y/o restitución de los derechos económicos, sociales y culturales, y apoyo psicosocial con enfoque diferencial y de derechos humanos para la recomposición de su proyecto de vida, y para evitar la revictimización. Cabe señalar que, entre otros grupos victimizados por el conflicto armado, se encuentran los trabajadores y las organizaciones sindicales de salud. El movimiento por la paz ha visibilizado esas afectaciones y ha enriquecido el campo de la salud mental –tanto teóricamente como en sus prácticas–, mostrando cómo las luchas sociales, los

76 “Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud”, Organización Mundial de la Salud, OMS, PAHO, 21 de noviembre de 1986, <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>.

77 Colombia tiene uno de los conflictos internos más largos del mundo, que ha dejado más de nueve millones de víctimas, 82.000 desaparecidos y 2.000 masacres, por mencionar solo algunas cifras del sufrimiento padecido. Francisco de Roux, “Conferencia: Conversación en torno al proceso de paz”, video de YouTube, 1:35:25. Publicado por “Bibliotecapiloto” el 26 de julio de 2018, https://www.youtube.com/watch?v=YGw_MTKauNk. Hay que señalar que, entre otros daños, la población de las zonas rurales, especialmente en la Colombia profunda y en los territorios con menor presencia estatal, ha sido la más afectada por el desplazamiento forzado.

procesos de resistencia, las estrategias de construcción de paz en los territorios devuelven a las víctimas la dignidad arrebatada por el conflicto, y amplían la comprensión del bienestar y de la salud mental y física.⁷⁸ También la Corte Constitucional ha dialogado con esa perspectiva restaurativa, declarando el estado de cosas inconstitucional, ordenando al Estado la protección de las víctimas del conflicto interno armado en la Sentencia T-025 de 2004. En síntesis, la defensa de la paz se imbrica con la del derecho a la salud.

16.5. Consideraciones finales

Al momento del cierre del capítulo, el país vive un nuevo ciclo de protestas generalizado en medio de la sindemia de la Covid-19, precariedad y hambre, en el que el Gobierno decidió tramitar dos reformas –hoy archivadas–, una tributaria, en pro de los ricos, y otra que profundizaba la mercantilización en salud (Proyecto de Ley 010). Las calles del país se inundaron de jóvenes, sindicalistas, organizaciones sociales y habitantes urbano-populares. Como ha ocurrido históricamente, el Gobierno no cede, dilata la negociación y responde con la violencia de las fuerzas armadas y la militarización de las ciudades a quienes protestan en las calles. Pese a la apertura democrática de la Constitución Política de 1991 en las relaciones Estado-sociedad, poco se ha logrado. Y, en el campo sanitario, el goce efectivo del derecho a la salud como derecho fundamental continúa siendo una utopía, una idea movilizadora, pero aún lejana en el horizonte sociopolítico. Como aquí se ha mostrado, las luchas por la salud han estado presentes desde principios del siglo xx, inicialmente protagonizadas por los trabajadores sindicalizados, quienes presionaron la construcción de una institucionalidad en la seguridad social que no logró universalizarse, manteniendo, desde entonces, la impronta histórica de un sistema de salud fragmentado, excluyente y con brechas de acceso a los servicios, en el que el Estado no garantiza el derecho a la salud.

⁷⁸ Dora Hernández, “Aportes a un concepto de salud mental colectiva para Colombia: aprendizajes de las prácticas sociales de construcción de paz en el Oriente Antioqueño” (Tesis de doctorado, Universidad de Antioquia, Medellín, 2021).

La Constitución Política de 1991 limitó el derecho fundamental a la salud a los menores, pero avanzó en el reconocimiento de Colombia como un Estado social y democrático de derecho, plural, democrático y participativo, y en la definición de recursos jurídicos para la protección de los derechos fundamentales, abriendo espacios institucionales para las luchas por la salud y para la emergencia y fortalecimiento de procesos sociales organizativos. Ha sido la Corte Constitucional, guardiana de la Constitución Política, la que ha venido construyendo el Estado social y democrático de derecho, la fundamentalidad del derecho a la salud y la protección de grupos vulnerables –entre otros, mujeres, pueblos étnicos, víctimas del conflicto armado y diversidades sexuales–, incorporando, en un ejercicio dialógico, las voces de actores subalternos y del litigio estratégico. Sin embargo, la Constitución Política y la jurisprudencia de la Corte tienen limitaciones, porque son marcos generales que la acción social y política deben llenar de contenido; porque la Corte actúa dentro de sus posibilidades, pero también con las restricciones de la institucionalidad; porque la jurisprudencia no incorpora todas las demandas sociales, ya que debe conciliar las presiones de voces antagónicas, y porque las políticas públicas son las que materializan los mandatos judiciales, y, en este último aspecto, lo que ha prevalecido, paradójicamente, desde la Constitución Política de 1991 ha sido el desmantelamiento, por la vía legislativa, del Estado social y democrático de derecho, paralelo al fortalecimiento de la mercantilización de derechos sociales y del derecho a la salud.

Los movimientos sociales subalternos y las luchas por la salud atraviesan el tejido social y organizativo del país, enriquecen el contenido del derecho a la salud más allá del componente prestacional de servicios, vinculándolo a la defensa del territorio, la paz y de los modos de vida propios, a la relación respetuosa con la naturaleza y al reconocimiento de la autonomía y de los saberes ancestrales. La lucha por la salud es también por vidas que valgan la pena ser vividas, donde las dignidades individual y colectiva precisan ser reconocidas, cuidadas y garantizadas en bienes materiales y simbólicos, concretando, en la práctica, la interdependencia de los derechos humanos.

Las luchas sociales aún no han logrado cambios estructurales, ni la superación de las brechas transversales de clase, género, etnia, generación y territorio, estas se reproducen cotidianamente en el sgsss, develando la inmensa deuda

histórica y el costo social y humano de las inequidades acumuladas. La garantía de un verdadero derecho fundamental a la salud es una tarea de largo aliento y parte del reto es tener la capacidad de construir colectivamente a través de la articulación de actores sociales subalternos, y de sus plataformas de lucha en salud.

Finalmente, la pandemia de la Covid-19 y la movilización social que ha generado revelan otras limitaciones de la puesta en práctica de la Constitución. La demanda de alguna posibilidad de futuro de miles de personas en las calles, especialmente jóvenes, devela las profundas inequidades y afrentas morales de un modelo de desarrollo neoliberal en pro de los ricos, implantado a partir de los años 90 del siglo xx, paralelo a la promulgación de la joven Constitución. Hoy, a tres décadas de nuestra carta política, queda la promesa incumplida del Estado social y democrático de derecho, que dejó atrás a millones de colombianos y colombianas con quienes el Estado, los Gobiernos y la sociedad tienen una enorme deuda.

Bibliografía

- Abadía Barrero, César Ernesto y Diana Goretty Oviedo Manrique. “Itinerarios burocráticos de la salud en Colombia: la burocracia neoliberal, su estado y la ciudadanía en salud”. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Vol. 9, no. 18 (2010): 86-102.
- Abadía Mosquera, Wisthon. “Formas otras de promover la salud: protegiendo la vida, recuperando la tierra y reconstruyendo el territorio”. Tesis de magíster, Universidad de Antioquia, Medellín, 2020.
- Archila, Mauricio. “Idas y venidas, vueltas y revueltas. Protesta social en Colombia 1958-1990”. *Fronteras de la Historia*, Vol. 9 (2004): 325-8.
- _____. “Los movimientos sociales y las paradojas de las democracias en Colombia”. *Controversia*, no. 186 (2006): 10-32.
- Arias, Paula Andrea y María del Pilar Gómez. “Contienda por la Ley Estatutaria de Salud en Colombia, 2008-2015: entre el mercado y el derecho”. Tesis de maestría, Pontificia Universidad Javeriana, Santiago de Cali, 2018.
- Asamblea Nacional Constituyente. “Constitución Política de Colombia”. *Gaceta Constitucional*, no. 116 (1991). <http://www.secretariasenado.gov.co/constitucion-politica>
- Banco Mundial. “El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo: una agenda para la reforma”. Boletín de la Oficina Sanitaria Panameri-

- cana (OSP), Vol. 103, no. 6 (1987): 695-709. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/17647/v103n6p695.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- _____. *Informe sobre el Desarrollo Mundial*. Washington: Banco Internacional de Reconstrucción, 1993.
- Borrero, Yadira Eugenia. “La reforma del sector salud y los conflictos clasistas en Colombia: El caso de la Ley 100/93”. Tesis de maestría, Universidad del Valle, Santiago de Cali, 2008.
- _____. *Luchas por la salud en Colombia*. Cali: Pontificia Universidad Javeriana, 2014.
- Camargo González, Moraima. “Etnia, movimiento social y discriminación. Las dinámicas de reivindicación afro en Colombia”. *Memorias*, no. 5 (2006): 1-9. <https://www.redalyc.org/pdf/855/85530511.pdf>
- Castel, Robert. *Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, 1997.
- Castellanos, Adriana. “De profesión liberal a profesión social: paro médico nacional, Medellín 1976”. Tesis de grado, Universidad de Antioquia, Medellín, 2013.
- Cifuentes, Mayriam Patricia; Laura Andrea Rodríguez-Villamizar, Maylen Liseth Rojas-Botero, Carlos Arturo Álvarez-Moreno y Julián Alfredo Fernández-Niño. “Socioeconomic Inequalities Associated with Mortality for COVID-19 in Colombia: A Cohort Nationwide Study”. *Journal of Epidemiology and Community Health* (2021): 1-6. <https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC7934198&blobtype=pdf>
- Colombia. Congreso de la República. Ley 74 de 1968. Por la cual se aprueban los Pactos Internacionales de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de Derechos Civiles y Políticos, así como el Protocolo Facultativo de este último, aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en votación unánime, en Nueva York, el 16 de diciembre de 1966.
- Colombia. Corte Constitucional, Sala Segunda de Revisión. Sentencia T-760 del 31 de julio de 2008. M. P.: Manuel José Cepeda Espinosa.
- Cuéllar, Katherine. “Construcción de ciudadanía en salud en el marco del movimiento LGTB de la ciudad de Cali”. Tesis de maestría, Pontificia Universidad Javeriana, Santiago de Cali, 2015.
- Echeverry López, María Esperanza. “Balance de los procesos de descentralización y participación social en salud en Colombia en la década de los 90”. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, Vol. 18, no. 2 (2000): 19-40.
- _____, ed. *Indignación Justa: Estudios sobre la Acción de Tutela en Salud en Medellín*. Medellín: Hombre Nuevo Editores, 2013.

- Echeverry López, María Esperanza y Yadira Eugenia Borrero Ramírez. “Protestas sociales por la salud en Colombia: la lucha por el derecho fundamental a la salud, 1994-2010”. *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 31, no. 2 (2015): 354-64.
- Fraser, Nancy. “Iustitia Interrupta. Reflexiones críticas desde la posición ‘postsocialista’”. *Revista de Estudios Sociales*, no. 2 (1998): 150-51.
- Gañan, Jaime León. *Los muertos de Ley 100. Prevalencia de la libertad económica sobre el derecho fundamental a la salud: una razón de su ineficacia. Caso del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo*. Medellín: Imprenta Universidad de Antioquia, 2013.
- García, Liliana y Narayana Betancur. “Martes por la Salud: Un caso de luchas sociales por la salud”. Tesis de grado, Universidad de Antioquia, Medellín, 2013.
- González, Roberto e Ivonne Molinares. “Movimiento obrero y protesta social en Colombia. 1920-1950”. *Historia Caribe*, Vol. 8, no. 22 (2013): 167-93.
- Hernández, Dora. “Aportes a un concepto de salud mental colectiva para Colombia: aprendizajes de las prácticas sociales de construcción de paz en el Oriente Antioqueño”. Tesis de doctorado, Universidad de Antioquia, Medellín, 2021.
- Hernández, Mario. *La salud fragmentada en Colombia 1910-1946*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2002.
- Human Rights Watch, HRW. “Líderes desprotegidos y comunidades indefensas. Asesinatos de defensores de derechos humanos en zonas remotas de Colombia”. HRW, New York, 10 de febrero de 2021. <https://www.hrw.org/es/report/2021/02/10/lideres-desprotegidos-y-comunidades-indefensas/asesinatos-de-defensores-de>
- Johns Hopkins University of Medicine. “Coronavirus Resource Center”. April 28, 2021. <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
- La Nueva España. “Los médicos de toda España comienzan este martes una huelga indefinida”. *La Nueva España*, 26 de octubre de 2020. <https://www.lne.édicoana/2020/10/édicoscos-espana-comienzan-martes-huelga-21977035.html>
- McAdam, Doug, Sidney Tarrow y Charles Tilly. *Dinámica de la contienda política*. Barcelona: Hacer Editorial, 2005.
- Médicos Sin Fronteras. “MSF urge a todos los gobiernos a apoyar la suspensión de los monopolios durante la pandemia de COVID-19”. MSF, 18 de noviembre de 2020. <https://n9.cl/m5fpm>
- Misas, Gabriel. *La ruptura de los 90, del gradualismo al colapso*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2002.
- Molina, Gloria y Peter Spurgeon. “La descentralización del sector salud en Colombia. Una perspectiva desde múltiples ámbitos”. *Gestión y Política Pública*, Vol. 16, no. 1 (2007): 171-202.

- Mora, Daniela. “Menstruación Libre de Impuestos: un triunfo en contra de la discriminación”. Global Alliance For Tax Justice, 3 de noviembre de 2020. <https://www.globaltaxjustice.org/es/m%C3%A1s-reciente/menstruaci%C3%B3n-libre-de-impuestos-un-triunfo-en-contra-de-la-discriminaci%C3%B3n>
- Organización Mundial de la Salud, OMS. “Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud”. PAHO, 21 de noviembre de 1986. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
- _____. “Constitución de la Organización Mundial de la Salud”. WHO, octubre de 2006. <https://n9.cl/h60g>
- Organización de las Naciones Unidas, ONU. “Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales”. ACNUDH, 16 de diciembre de 1966. <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx>
- Pécaut, Daniel. *Política y sindicalismo en Colombia*. Medellín: La Carreta, 1982.
- _____. *Orden y violencia. Colombia 1930-1954*. Bogotá: CEREC, Siglo XXI Editores, 1987.
- Plazas, Natalia. “Protesta por la sanidad pública en París termina en choques con la Policía”. France 24, 16 de junio de 2020. <https://www.france24.com/es/20200616-francia-sanidad-publica-protestas-trabajadores>
- Prada, Clara. “Política de saúde na Colômbia: agenda e formulação nos anos 90”. Tesis de doctorado, Universidade Federal da Bahia, Salvador de Bahía, 2012.
- Quiceno, Natalia. *Vivir sabroso. Luchas y movimientos afroatrateños en Bojayá, Chocó, Colombia*. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario, 2016.
- República Federativa de Brasil. “Federative Republic of Brazil. 1988 Constitution”. Wipo, noviembre de 2008. <https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/br/br117es.pdf>
- Restrepo, Eduardo. “Etnización y multiculturalismo en el bajo Atrato”. *Revista Colombiana de Antropología*, Vol. 47, no. 2 (2011): 37-68.
- Restrepo, Eduardo, Catherin Walsh y Edizón León. “Movimientos sociales afro y políticas de identidad en Colombia y Ecuador”. En *Siete cátedras para la integración*, 209-53. Bogotá: Convenio Andrés Bello, 2005.
- Roux, Francisco de. “Conferencia: Conversación en torno al proceso de paz”. Video de YouTube, 1:35:25. Publicado por “Bibliotecapiloto” el 26 de julio de 2018. https://www.youtube.com/watch?v=YGw_MTkauNk
- Singer, Merril. “Introduction to Syndemics”. In *Introduction to Syndemics: A Critical Systems Approach to Public and Community Health*. Merril Singer, 1-23. San Francisco: Jossey-Bass, 2009.
- Sousa Santos, Boaventura de. *La cruel pedagogía del virus*. Buenos Aires, Bogotá: CLACSO, 2020.

- Swaan, Abram de. *A cargo del Estado*. Barcelona: Ediciones Pomares Corredor, 1992.
- Téllez, Marlín. “Reconstrucción histórica del proceso de creación del Ministerio de Salud Pública en Colombia”. Tesis de magíster, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 2011.
- Uribe, Mónica. “La contienda por las reformas del sistema de salud en Colombia (1990-2006)”. Tesis de doctorado, El Colegio de México, Ciudad de México, 2009.
- Urrego, Jaime. “Configuración de las políticas públicas de salud para los pueblos indígenas de Colombia”. Tesis de doctorado, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 2019.
- Vargas, Cecilia. “Situación de los trabajadores de salud, un año después del 21N de 2019”. *Periódico Desde Abajo*, 24 de noviembre de 2020, 24-25.
- Yonda, Gloria Amparo, Luz Ángela Palacios y Alexandra de la Cruz. “Derecho a la salud: perspectiva desde las autoridades tradicionales y dinamizadores del tejido de salud del pueblo indígena Nasa de la zona Norte del Cauca”. Tesis de maestría, Pontificia Universidad Javeriana, Santiago de Cali, 2015.

17. Un sistema de salud público y único para Colombia es posible y necesario

Mario Hernández-Álvarez¹

17.1. Introducción

La Constitución Política nacional de 1991 se ha reconocido como la entrada de Colombia a la tradición jurídico-política del Estado social de derecho. Los principios y valores allí contenidos, así como la prioridad del gasto social, la inclusión de derechos sociales, económicos y culturales, los derechos colectivos reconocidos a pueblos indígenas y afrodescendientes, y el referente de derechos colectivos ambientales significaron cambios profundos respecto del Estado de derecho tutelado por los valores católicos de la Constitución de 1886.² No obstante, el desarrollo de este proyecto jurídico-político ha sido tortuoso y entorpecido por la presencia de toda suerte de instrumentos de

- ¹ *Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá, profesor, correo: mehernandez@unal.edu.co*
- ² William Bermúdez Bueno y Juan Carlos Morales, “Estado Social de Derecho: consideraciones sobre su trayectoria histórica en Colombia a partir de 1991”, *Cuestiones Políticas*, Vol. 28, no. 48 (2012): 51-77, <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r30193.pdf>; Javier Gonzaga Valencia Hernández, “Los principios y valores del Estado social de derecho como marco jurídicopolítico para la resolución de los conflictos”, *Gestión y Ambiente*, Vol. 10, no. 4 (2007): 105-11, <https://revistas.unal.edu.co/index.php/gestion/article/view/1382/1987>

aplicación del proyecto neoliberal, que impulsaba una nueva relación entre Estado y mercados en la que la apertura de las economías a la globalización sería el propósito central, alineado con la agenda internacional de reformas. En Colombia, esta tensión se pretendió resolver desde la formulación de los artículos relacionados con los derechos sociales, económicos y culturales basada en la idea del nuevo concepto de servicio público del Estado regulador, como se verá en la primera parte de este texto. En el campo de la seguridad social, particularmente en salud, se expresa con toda claridad este tipo de arreglo por medio de la Ley 100 de 1993. A pesar de sus problemas, en más de 20 años de puesta en marcha el modelo ha sido ajustado varias veces, sin modificar su estructura. La pandemia de Covid-19 develó con más fuerza los problemas estructurales del modelo, pero se insiste en que son corregibles por la vía de la alineación de incentivos a los agentes, en especial, a los dominantes. Esta ruta ha fracasado, por lo cual se propone una transformación estructural y progresiva hacia un sistema público y único de salud, en diálogo con procesos sociales y políticos que retomen y desarrollen desde la sociedad misma el proyecto de Estado social de derecho de la Constitución, con base en una nueva institucionalidad pública.

17.2. El servicio público en el Estado regulador

La Constitución de 1991 fue un punto de inflexión en la historia sociopolítica del país. Por primera vez en la historia nacional se producía un intento de incorporación de nuevos sujetos políticos, más allá de las élites y los partidos tradicionales. En la Asamblea Nacional Constituyente (ANC), no sin dificultad, estuvieron los indígenas, las comunidades negras, las organizaciones sindicales y varios partidos políticos que comenzaban a conformar terceras fuerzas después de un proceso de paz parcial. Se trataba de un nuevo pacto, en medio de la continuación del conflicto armado interno y la expansión del narcotráfico, a pesar de la cruenta guerra transnacional que pretendía acabarlo. Se pensó, en todo caso, que este nuevo pacto podría contribuir a superar los fundamentos del conflicto. Por eso se acudió a la idea de Estado social de derecho, esto es, un Estado que priorizara la garantía de los derechos ciudadanos

para superar desigualdades acumuladas y promoviera la democracia real, más que formal. Pero el debate en la ANC llevó a formulaciones que relativizaron el concepto de *derecho* y abrió la puerta a un proyecto neoliberal impulsado desde el Gobierno nacional, en la lógica de apertura económica y ampliación de mercados, más que de provisión de derechos por parte del Estado.³

Si bien al comenzar las sesiones de las comisiones en la ANC aparecía con toda claridad la expresión “derecho”, en especial para los derechos clasificados como “económicos, sociales y culturales”, poco a poco fue desapareciendo el término para ser reemplazado por “servicio público”.⁴ En particular, en el caso de la salud, el artículo 49 quedaría redactado de la siguiente manera:

La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.⁵

Si se analiza el párrafo con algún detalle, se observan varios componentes que, articulados, presentan un modelo para la prestación de estos “servicios públicos”: primero, la salud se delimita a “atención” y “saneamiento”; esto delinea dos ámbitos independientes que, más adelante, se irán diferenciando en cuanto a sus responsables; segundo, la “atención” materializada en “acceso a servicios”, con lo que se sigue cerrando el alcance; tercero, la delimitación de la función estatal con los verbos “organizar, dirigir y reglamentar”, pero no

3 Mario Hernández, “El derecho a la salud y la nueva constitución política colombiana”, *Avances en Enfermería*, Vol. 9, no. 2 (1991): 63-84.

4 Hernández, “El derecho a la salud”.

5 “Constitución Política de Colombia”, Asamblea Nacional Constituyente, Presidencia de la República, 13 de junio de 1991, art. 49, <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/Constitucion-Politica-Colombia-1991.pdf>

“prestar” los servicios; en cambio, el Estado se encargaría de “establecer las políticas” para la participación de las “entidades privadas” y “ejercer su vigilancia y control”; cuarto, el Estado debería “establecer las competencias”, esto es, los aportes para el financiamiento de cualquier sistema de salud por parte de la nación, las entidades territoriales y, sobre todo, los particulares, es decir, las familias. En síntesis, se trata de que el Estado deja de proveer estos servicios para ampliar la participación de agentes privados y establecer las reglas sobre su participación.

Este es, en síntesis, el modelo de “Estado regulador” que se incorporó en los debates de la ANC, como lo ha mostrado Everaldo Lamprea.⁶ Con el fin de que el Estado deje de proveer estos servicios, ya que se le considera ineficiente y proclive a la corrupción, se adoptó un nuevo concepto de servicio público. Según Lamprea, “[...] el ‘nuevo’ concepto de servicio público resaltaba que los actores privados podían competir con el Estado en igualdad de condiciones para prestar tales servicios públicos. No obstante, el Estado debía garantizar por medio de sus facultades de regulación, control y vigilancia que la búsqueda de maximización del interés individual propia de la iniciativa privada cumpliera con la finalidad de promover el interés general”⁷

La frase final corresponde al concepto de *alineación de incentivos*, que proviene del neoinstitucionalismo económico impulsado por Douglass North,⁸ y consiste en lograr que las reglas disminuyan los costos de transacción de los agentes involucrados para garantizar el mejor desempeño económico y el crecimiento, aun en el caso de la provisión de servicios públicos. De esta forma, el modelo que quedó plasmado en la Constitución abriría todo el espacio para pasar de un proyecto de corte socialdemócrata a cargo de instituciones del Estado, a uno en clave neoliberal a cargo del mercado, con diferentes formas de regulación. Este es el núcleo de la privatización progresiva en todos los servicios públicos, no solo el de salud, que fue impulsada desde los programas de

6 Everaldo Lamprea, *La constitución de 1991 y la crisis de la salud* (Bogotá: Universidad de los Andes, 2011).

7 Lamprea, *La constitución de 1991*, 24.

8 Douglass North, *Instituciones, cambio institucional y desempeño económico* (Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica, 1993).

ajuste estructural⁹ promovidos por el Fondo Monetario Internacional (FMI), conocida como el Consenso de Washington.¹⁰

La Ley 100 de 1993 es uno de los mejores ejemplos de esta nueva articulación Estado-mercado en los cuatro componentes de la seguridad social. En pensiones se organizó un sistema dual, en el que se mantenía el modelo solidario de prima media y se abría el esquema de ahorro individual, en manos del sector financiero. En el de riesgos laborales, se abrió un mercado de seguros de accidentes de trabajo y enfermedad profesional, que implicaba convertir este componente del Instituto de Seguros Sociales (ISS) en una empresa más, en competencia con aseguradoras privadas. En el de servicios complementarios se pensó que podrían proveerse algunos servicios a ciertas poblaciones, en especial, a los adultos mayores, pero nunca se reglamentó; en cambio, a finales de los 90 se incorporaron las Transferencias en Efectivo Condicionadas (TEC) para las personas pobres, como parte del modelo de Manejo Social del Riesgo (MSR) impulsado por el Banco Mundial.¹¹ En salud, se estructuró un modelo dual: uno para las personas pobres, el Régimen Subsidiado (RS), y otro para no pobres, el Régimen Contributivo (RC), con agentes de mercado en la provisión de los servicios. Por fuera de la seguridad social, como oportunidades adicionales para familias de mayores ingresos, se dejó todo tipo de seguros privados (medicina prepagada, plan complementario, seguro médico voluntario, etc.). De esta forma, la Ley 100 legalizó la desigualdad entre personas pobres, no pobres y ricos en materia de acceso a servicios de salud.

En todo caso, en salud el modelo sería mucho más sofisticado que en los otros componentes. Con base en la propuesta de la “competencia regulada”

9 Germán Burgos, *Estado de derecho y globalización: el Banco Mundial y las reformas institucionales en América Latina* (Bogotá: UNIJUS, ILSA, 2009).

10 John Williamson, “What Washington Means by Policy Reform”, in *Latin American Adjustment: How Much Has Happened*, ed. John Williamson (Washington: Institute for International Economics, 1990), <https://web.archive.org/web/20090625085003/http://www.iie.com/publications/papers/paper.cfm?ResearchID=486>

11 Robert Holzmann and Steen Jørgensen, “Social Risk Management: A New Conceptual Framework for Social Protection and Beyond” (Social Protection Discussion Paper Series N° 6, Social Protection Unit, Human Development Network, Washington, The World Bank, 2000).

del aseguramiento en salud,¹² elaborada desde finales de los años 70 por Alain Enthoven en Estados Unidos¹³ y depurada en los años 80,¹⁴ se llegó al arreglo de un sistema de seguridad social basado en el artículo 48 de la Constitución, más que a un sistema de salud, como se intuía podría pasar con el artículo 49. Más adelante, el modelo fue racionalizado por Juan Luis Londoño y Julio Frenk en el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) como “pluralismo estructurado”.¹⁵ Esto quiere decir que la Ley 100 asumió el carácter obligatorio y público del financiamiento, según el cual se combinaban recursos parafiscales (cotizaciones obligatorias) con fiscales (impuestos de destinación específica), con el fin de lograr la contribución obligatoria de todas las familias. El resto sería un arreglo de mercado con regulación de la competencia.

Los recursos públicos serían entregados a unos “articuladores” para que fueran ellos los encargados de organizar la red de “prestadores de servicios” en libre competencia. Unos y otros serían agentes estatales y privados. Unos y otros serían concebidos como “empresas”, estatales o privadas, en competencia. De allí que los hospitales se convirtieran en Empresas Sociales del Estado (ESE) y su presupuesto, esto es, el financiamiento de la oferta en el subsector de asistencia pública del anterior Sistema Nacional de Salud (SNS) se fuera transformando cada vez más en “subsidio a la demanda” para personas pobres identificadas por la encuesta de hogares¹⁶ e incorporadas al RS. La regla fundamental para

- 12 Mauricio Restrepo Trujillo, “La reforma de la seguridad social en salud en Colombia y la teoría de la competencia regulada”, en *Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud. Los casos de Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile, Colombia*, Volumen II, comps. Daniel Titleman y Andras Uthoff (Santiago de Chile: Fondo de Cultura Económica, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL, 2000), 659-726.
- 13 Alain Enthoven, “Consumer-Choice Health Plan (First of Two Parts). Inflation and Inequity in Health Care Today: Alternatives for Cost Control and An Analysis of Proposals for National Health Insurance”, *New England Journal of Medicine*, Vol. 298, no. 12 (1978): 650-58; Alain Enthoven, “Consumer-Choice Health Plan (Second of Two Parts). A National-Health-Insurance Proposal Based on Regulated Competition in the Private Sector”, *New England Journal of Medicine*, Vol. 298, no. 13 (1978): 709-20.
- 14 Alain Enthoven, “Managed Competition: An Agenda for Action”, *Health Affairs*, Vol. 7, no. 3 (1988): 25-47.
- 15 Juan Luis Londoño y Julio Frenk, “Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina” (Documento de Trabajo 353, Washington, Banco Interamericano de Desarrollo, BID, 1997).
- 16 Encuesta que alimenta el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (Sisbén), frecuentemente confundido con el RS.

regular la competencia entre articuladores, denominados Empresas Promotoras de Salud (EPS), sería la entrega de un valor anual por persona afiliada, denominado Unidad de Pago por Capacitación (UPC), a cambio de un Plan Obligatorio de Salud (POS). De esta forma, las EPS no podrían competir por el valor de una póliza, como en el aseguramiento comercial, sino por la eficiencia en el gasto. Estrictamente hablando, estas empresas no son “aseguradoras”, sino “administradoras” de recursos públicos de destinación específica. Eufemísticamente se les llamó promotoras de salud y, más recientemente, Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), cuando deberían denominarse empresas administradoras de recursos públicos para la atención en salud. Por esta razón, se estableció en la Ley 100 que solo podrían usar entre el 8 y el 10 % de los recursos de la UPC como gastos administrativos o de operación, asunto que ha sido totalmente rebasado en la práctica por las EPS con la anuencia del Estado.

Estas EPS deberían organizar la red de prestadores según las necesidades de atención de sus afiliados, por medio de contratación de Instituciones Prestadoras de Servicios de salud (IPS) en competencia, incluidas las ESE, según la lógica empresarial de control del gasto para garantizar su rentabilidad. Las ESE, antiguos hospitales públicos, sin importar sus especificidades, debían comportarse en este mercado como empresas sostenibles financieramente, de lo contrario tendrían que ser liquidadas.

17.3. Los intentos de ajuste

Desde comienzos de 2000 se hizo evidente un conjunto de problemas del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), entre ellos, la inequidad estructural, el debilitamiento de la salud pública y los entes territoriales, la precarización laboral y la crisis hospitalaria. Estos problemas habían sido señalados por organizaciones sociales de distinto tipo, como se evidenció en el Primer Congreso Nacional por la Salud de 2001, en el que se conformó el Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social (MNSSS) y se construyó una agenda que conducía a la transformación estructural del sistema, comenzando por precisiones en la idea de derecho a la salud de la Constitución.¹⁷

¹⁷ Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social, MNSSS, *Primer Congreso Nacional por la Salud. Conclusiones generales* (Bogotá: Instituto Latinoamericano para una Sociedad y un Derecho Alternativos, ILSA, 2001).

Entre 2004 y 2006, se presentaron más de 15 proyectos de ley para tratar de afrontar estos problemas, dos de los cuales proponían una reforma estructural de los libros segundo y tercero de la Ley 100 sobre salud y riesgos profesionales. La correlación de fuerzas del momento condujo a un primer ajuste del sistema dentro del mismo modelo. Esta fue la Ley 1122 de enero de 2007.

Frente al retraso en la cobertura del aseguramiento, prometida para el año 2000, con esta ley se impulsó la transformación más rápida de recursos de la oferta hacia la demanda para ampliar el rs, al tiempo que se abría paso a una figura de “subsidios parciales” para la población que no era suficientemente pobre, pero tampoco tenía condiciones para pagar una cotización plena. Con esto se profundizaba la segmentación del sistema. Para resolver la exacerbación y dispersión de normas regulatorias, se reemplazó el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), en el que se daba una negociación, siempre desigual, entre los agentes del sistema, por la Comisión de Regulación en Salud (CRES), que supuestamente sería la instancia tecnocrática que permitiría manejar el núcleo regulatorio de la relación UPC/POS. Frente al “mal comportamiento” de algunos actores, en especial por la apropiación indebida de recursos públicos, se estableció un conjunto de indicadores de desempeño para las EPS, los entes territoriales y las ESE. Curiosamente, no se tocó a las IPS privadas, pero sí se estableció el límite del 30 % para la integración vertical entre EPS e IPS, que parecía una legalización, dado lo que venía ocurriendo de tiempo atrás. Y, frente al abandono de la salud pública expresado en varios indicadores, se ordenó la elaboración de un plan de salud pública, pero profundizando la separación entre el componente de “promoción y prevención” individual del POS y las acciones colectivas (Plan de Acciones Colectivas, PAC) para “aclarar” la idea de Plan de Atención Básica (PAB) de la Ley 100.

En el día a día, cada vez era más claro que, para controlar el gasto y obtener rentabilidad, los intermediarios imponían barreras de acceso a sus afiliados, establecían tarifas leoninas a los prestadores que no eran propios y glosaban las facturas para no pagar por servicios prestados, negando el derecho a la salud aceptado por la jurisprudencia de la Corte Constitucional.¹⁸ Una de las

18 Procuraduría General de la Nación, *El derecho a la salud en perspectiva de derechos humanos y el sistema de inspección, vigilancia y control del Estado colombiano en materia de quejas en*

expresiones más claras de las barreras de acceso de todo tipo se dio con la acción de tutela, establecida en el artículo 86 de la Constitución para la protección expedita de los derechos fundamentales. Con base en una revisión de 22 tutelas en salud, la Corte Constitucional expidió la Sentencia T-760 de 2008, con la cual establecía que el derecho a la atención en salud es un derecho “fundamental autónomo”, ya no por conexidad con otros derechos, como venía siendo interpretado. La Corte identificó una serie de “fallas de regulación” en el sistema de aseguramiento de la Ley 100 y emitió 36 órdenes para el poder ejecutivo con el fin de superar tales fallas. Ordenó, por ejemplo, igualar progresivamente los planes de beneficios, pues todavía a esta altura el POS del RS correspondía a un poco más del 60 % del POS del RC. Al mismo tiempo, conminó al poder legislativo a definir, por medio de una Ley Estatutaria, el “núcleo esencial” de este derecho fundamental, que debería tener componentes prestacionales y no prestacionales.

La responsabilidad estatal por los servicios por fuera del plan de beneficios, denominado No POS, condujo a una dinámica creciente de “recobros” por parte de las EPS al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) en el RC y al Sistema General de Participaciones (SGP) en el RS. Esto llevó a un déficit del sistema que el Gobierno de Álvaro Uribe Vélez intentó resolver por la vía de la “emergencia social en salud” a finales de 2009, en la que aplicaba una serie de medidas coercitivas a los pacientes, a los médicos, a los jueces y a los prestadores, sin tocar a los agentes dominantes del sistema, esto es, a las EPS. La Corte Constitucional volvió a actuar, con el apoyo de una gran movilización de la sociedad civil como nunca antes se había visto, y declaró inconstitucional el decreto inicial por medio de la Sentencia C-252 de 2010, aunque conservó las medidas relacionadas con el incremento de impuestos para cubrir el RS.

El reconocimiento de los mismos problemas llevó al Gobierno de Juan Manuel Santos a impulsar una nueva reforma que resultó en otro ajuste, sin cambiar el modelo de base. Esta fue la Ley 1438 de 2011, según la cual se definió un mecanismo complejo, con comité técnico científico inicial y junta médica

.....
salud (Bogotá: Procuraduría General de la Nación, Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad, Dejusticia, Agencia Catalana de Cooperación al Desarrollo, 2008).

de segunda instancia, para la aprobación de servicios No POS. Aun así, los recobros no bajaron. A pesar del acumulado de deudas de las EPS con prestadores públicos y privados, escasamente se ordenaron algunas medidas de control por parte de la Supersalud, pero la deuda siguió aumentando. Debido a la presión de algunos sectores académicos y sociales se incluyó la Atención Primaria en Salud (APS), muy similar a la promovida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y llamada APS renovada. Pero este mandato quedó como un saludo a la bandera, pues no fue reglamentado. Entre tanto, se devolvió el manejo de los pocos recursos para la “promoción y prevención” individual del RS a las EPS, antes manejados por el ente territorial a través de las ESE. De esta forma, se insistía en separar la responsabilidad de la atención individual a cargo de las EPS y la “salud pública” reducida al PIC, a cargo de los entes territoriales.

En la legislatura de 2012, desde la Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008 y de Reforma Estructural al Sistema de Salud y Seguridad Social, se promovió la articulación de sectores sociales inconformes con las consecuencias del modelo, tanto en términos de equidad, como de precariedad laboral y crisis hospitalaria. De allí surgió la Alianza por un Nuevo Modelo de Salud (ANSA), que construyó, de manera participativa y consensuada, un proyecto de Ley Estatutaria que definía el núcleo esencial del derecho como ordenaba la Corte, con base en la Observación General 14 de 2000, sobre el derecho a la salud, del Consejo Económico y Social de Naciones Unidas. Al mismo tiempo, la ANSA elaboró un proyecto de ley ordinaria que reorganizaba completamente los sistemas de salud y riesgos profesionales en un sistema único de administración pública descentralizada de los recursos y concurrencia de prestadores públicos y privados.¹⁹ En la misma legislatura se presentaron cinco proyectos más, que pretendían, por el contrario, restringir el derecho a la salud a un paquete de servicios financieramente sostenible.

La Gran Junta Médica Nacional, que reunía a varias organizaciones médicas coordinadas por la Academia Nacional de Medicina, esbozó un conjunto

19 “Salud: iniciativas legislativas desde la sociedad civil”, Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008 y de Reforma Estructural al Sistema de Salud y Seguridad Social (CSR), Bogotá, CSR, Corporación Viva la Ciudadanía, 2014.

de criterios para lo que debería ser un sistema de salud que materializara el derecho a la salud definido por la Corte Constitucional. Estos lineamientos fueron acogidos por el senador, médico también, Roy Barreras, y presentados al Gobierno de Santos como el núcleo de una Ley Estatutaria en salud. El presidente recibió el aporte y lo presentó como el proyecto del Gobierno con mensaje de urgencia. Aunque el debate en el Congreso acumuló los proyectos alrededor del de Gobierno, el resultado fue otra vez un sincretismo curioso, más bien restrictivo y ambiguo. En todo caso, por tratarse de un derecho fundamental, el proyecto aprobado debió pasar por el cedazo de la Corte Constitucional.

La Sentencia C-313 de 2014 fue el resultado de la labor de revisión de la Corte, de manera que la ley debe entenderse a la luz de esta jurisprudencia y no de lo que salió del Congreso. Por ejemplo, si bien la Corte aceptó que se establecieran “exclusiones explícitas”, con base en seis criterios definidos en el artículo 15 y por medio de un mecanismo participativo y técnico científico, retiró absolutamente la expresión “plan de beneficios”. Esto quiere decir que todo lo que no sea excluido hace parte del derecho fundamental a la salud en su componente prestacional. Esta decisión haría incompatible el modelo de entrega de recursos por UPC a unos intermediarios para garantizar un plan de beneficios.²⁰

No obstante, el Gobierno de Santos, después de firmar a regañadientes la Ley Estatutaria 1751 de 2015, se dedicó a tratar de hacerla compatible con el modelo vigente. De allí surgió la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), definida por la Resolución Ministerial 429 de 2016, con su Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), que no es otra cosa que un nuevo intento de “alineación de incentivos” para lograr que los agentes orienten su interés particular hacia el interés general,²¹ como corresponde al nuevo concepto de servicio público que se discutió en la ANC.

En 2019, el Gobierno de Iván Duque intentó hacer ajustes al MIAS por medio de la incorporación del concepto de *territorio*, entendido con base en un

²⁰ Mario Hernández, “La novela de la ley estatutaria en salud”, *Razón Pública*, 8 de febrero de 2015, <https://www.razonpublica.com/index.php/politica-y-gobierno-temas-27/8232-la-novela-de-la-ley-estatutaria-en-salud.html>

²¹ Mario Hernández y Jaime Urrego, “PAIS favorece a las EPS”, *UN-Periódico*, no. 199 (2016): 7.

criterio geográfico y demográfico, para buscar que en los territorios se diera por fin la articulación de los actores del aseguramiento y la salud pública, pero dándole más gobernabilidad al intermediario articulador como “asegurador único” en territorios con población dispersa, como venía realizándose en Guainía. Este es el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), de la Resolución Ministerial 2626 de 2019.

La pandemia de Covid-19 puso en vilo el modelo de aseguramiento. Las medidas se aplicaron pensando en aislamiento y confinamiento mientras se trataba de fortalecer el sistema con mayores recursos para las EPS, pero también para los entes territoriales y los prestadores públicos y privados, con el fin de aumentar las camas de cuidados intensivos. Aprovechando la coyuntura, el partido Cambio Radical, junto con otros aliados del Gobierno, presentó el proyecto de reforma, o de nuevo ajuste, radicado con los números 010-Senado y 425-Cámara de 2020. Nuevamente, tal vez sobra decirlo, el argumento y el sentido del proyecto es el mismo de los anteriores y de la PAIS, pero con mejores y más fuertes incentivos a los principales agentes del sistema, esto es, los intermediarios y los prestadores, y algunos adicionales para los formadores de médicos. Los incentivos más importantes eran:

- La regionalización (arts. 4, 35, 36 y 38) para lograr mayor economía de escala por número de afiliados, con mecanismos de control para la “depuración” del sistema por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y la posibilidad de fusiones entre EPS y de transformación inmediata de empresa “sin ánimo de lucro” a “comercial” (art. 38, párr. 3) para la conformación de conglomerados (oligopolio), como ya está ocurriendo.²²
- El “asegurador único” en áreas rurales con población dispersa (monopolio) (art. 35, párr. 2).
- El modelo especial de aseguramiento para enfermedades huérfanas que garantice la sostenibilidad empresarial (art. 39).

²² Tal vez el mejor ejemplo de conglomerado en salud fue Saludcoop en su mejor momento, con más de 130 empresas articuladas en todos los puntos del gran negocio de la salud. El más reciente podría ser la organización Keralty, anterior Sanitas Internacional, que integra EPS, IPS, proveedores de todo tipo y universidad.

- La cada vez más explícita función de “asegurador” (art. 28), más que “administrador” de recursos públicos, para impulsar estrategias de gestión del riesgo individual en salud (art. 28). Al respecto, la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI), que reúne a las más grandes EPS, solicitó retirar el porcentaje de administración (art. 41) y el pago directo a prestadores (art. 40), para que la UPC se comportara como una póliza de ingreso empresarial de una vez por todas.
- El pago de la UPC con un componente “fijo”, que cubra el plan de beneficios, y un componente “variable” y adicional como “incentivo” por cumplir las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) “obligatorias” y mostrar resultados en salud (art. 34).
- La integración vertical u horizontal plenas entre “asegurador” y red de prestadores, para conformar las redes integradas de servicios de salud (art. 45) y fusión de ESE (art. 50).
- Los “agrupadores de eventos en salud” como forma de pago entre “asegurador” y prestador, para mejorar la relación contractual o las transacciones entre unos y otros (art. 58).
- El modelo de APS basada en la “medicina familiar”, con lo que se incorporaría la figura del *gate keeper* (portero contenedor del gasto) del esquema utilizado por aseguradoras comerciales como Kaiser Permanente en Estados Unidos, agilizando y abaratando la formación de este recurso y de otros especialistas por medio de estímulos a instituciones de educación superior y a los mismos médicos.
- Alianzas público-privadas (APP) para producir tecnologías, medicamentos y vacunas con inversores privados, nacionales y extranjeros, con la disculpa de garantizar la “seguridad sanitaria” (art. 14), y una política de APP para la construcción y operación de red pública (art. 54).
- Formas diversas de contratación de personal en salud vigentes, orientadas por la sostenibilidad empresarial, más que por los derechos vinculados al trabajo digno en salud, aunque se prohibiera la tercerización laboral (art. 73).

Detrás de estas medidas está la idea inmodificable de que el modelo de pluralismo estructurado es correcto, y solo falta alinear mejor los incentivos de los agentes para que cumplan su función y se logre por fin la prioridad del interés general.

17.4. ¿Por qué persiste el modelo?

No puede negarse que la biomedicina moderna integró las mentalidades médicas del siglo XIX a comienzos del siglo XX.²³ Esta integración se vio fuertemente impulsada por dos grandes líneas de producción de bienes y servicios en salud. De un lado, el modelo flexneriano del hospital universitario, como una fábrica fordista de producción simultánea de servicios, de investigación e innovación en salud y de formación de personal de salud.²⁴ De otro, el modelo de la “bala mágica” propuesto por Paul Ehrlich a finales del siglo XIX, con base en la teoría del germen que impulsó la industria farmacéutica con el proyecto Bayer de la primera posguerra.²⁵ Esta dinámica se apoyó en el aseguramiento comercial, después de la crisis de 1929, como el esquema de financiamiento, en especial en Estados Unidos.²⁶ Si los países europeos adoptaron el modelo de seguridad social derivado del pacto capital-trabajo o el modelo Beveridge como pacto de ciudadanía social, no fue así en el caso de Estados Unidos. En ese país la resistencia a aceptar la salud como derecho humano llevó a la expansión más grande que pudo haber del sector salud en la segunda posguerra y la Guerra Fría, al punto de reconocerse como un Complejo Médico Industrial (CMI), emulando el “complejo militar industrial” que había revelado Eisenhower en 1959.²⁷

²³ Pedro Laín Entralgo, *Historia de la medicina* (Madrid: Salvat, 1978).

²⁴ Sander Kelman, “Toward the Political Economy of Medical Care”, *Inquiry*, Vol. 8, no. 3 (1971): 30-38.

²⁵ Jordan Goodman, “Pharmaceutical Industry”, in *Companion to Medicine in the Twentieth Century*, ed. R. Cooter and J. Pickstone (Abingdon: Routledge, 2003), 141-54.

²⁶ Paul Starr, *La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América* (Ciudad de México: Secretaría de Salud, Fondo de Cultura Económica, 1991).

²⁷ Barbara Ehrenreich and John Ehrenreich, *American Health Empire: Power, Profits, and Politics. A Report from the Health Policy Advisor Center (Health-PAC)* (New York: Random House, 1971).

Este complejo articulaba la administración de cadenas de hospitales con la formación, la investigación, los seguros y la industria farmacéutica desde finales de los años 60.²⁸ El CMI se convirtió, junto a sectores como la informática y las telecomunicaciones, en uno de los frentes de presión sobre los pactos monetarios de Breton Woods que, desde 1944, protegían las economías nacionales para obligar a abrir los mercados y privatizar cuanto antes la provisión de servicios de salud en todo el mundo.²⁹ No es extraño entonces que los sistemas de salud de provisión estatal se comenzaran a ver como ineficientes, corruptos e inviables, y se abrieran cada vez más a la provisión por “particulares”, como propuso la agenda internacional de reformas de corte neoliberal³⁰ y como quedó en la Constitución colombiana de 1991.

Cada vez más, el CMI, ahora vinculado a los procesos de financiarización por medio del servicio de aseguramiento,³¹ y apoyado en los Derechos de Propiedad Intelectual (DPI) que sustentan el capitalismo cognitivo contemporáneo,³² se ha convertido en un emporio empresarial transnacional que disputa los primeros lugares con los mercados de armas, petróleo y narcotráfico. Este enorme negocio ha sustentado el modelo colombiano y lo ha impulsado al ámbito mundial como ejemplo de *cobertura universal en salud*, concepto central de la agenda internacional en salud acordada por el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud (OMS).³³

28 Robb K. Burlage, “Editorial. The Medical Industrial Complex”, *Health-PAC. Bulletin* (1969): 1-2.

29 Celia Iriart, Emerson Elias Merhy y Howard Waitzkin, “La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma”, *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 16, no. 1 (2000): 95-105.

30 Mario Hernández et al., “Universal Health Coverage and Capital Accumulation: A Relationship Unveiled by The Critical Political Economy Approach”, *International Journal of Public Health*, Vol. 65, no. 7 (2020): 995-1001.

31 Robb K. Burlage and Matthew Anderson, “The Transformation of the Medical-Industrial Complex: Financialization, the Corporate Sector, and Monopoly Capital”, in *Health Care Under the Knife. Moving Beyond Capitalism for Our Health*, ed. Howard Waitzkin (New York: Monthly Review Press, 2018), 69-82.

32 Mariano Zukerfeld, “El rol de la propiedad intelectual en la transición hacia el capitalismo cognitivo”, *Argumentos*, no. 9 (2008): 1-25, http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iigg-uba/20120626041627/9_3.pdf

33 Mario Hernández, “Sistemas universales de protecciones sociales como alternativa a la Cobertura Universal en Salud (cus)”, *Saúde em Debate*, Vol. 43, no. 5 (2019): 29-43, <https://scielosp.org/pdf/sdeb/2019.v43nspe5/29-43/es>

17.5. ¿Por qué es un problema de estructura y no de incentivos?

Las teorías neoclásicas en economía lo son porque parten de un principio de la economía clásica anglosajona del siglo xvii, según el cual la sociedad está constituida por individuos libres e iguales que transan bienes y servicios pensando siempre en obtener más por menos. Esta naturaleza egoísta sustenta sus decisiones. Si tales decisiones se incentivan con premios o castigos, se puede obtener un resultado cualquiera. Olvidan los neoclásicos que las estructuras son previas a los individuos y que ellas imponen condiciones de posibilidad. Incluso, que no es posible que se constituya un ser humano sin otro ser humano, o mejor, sin una organización social que lo anteceda y lo haga ser humano. Existe la interdependencia humana, como lo ha demostrado la pandemia. Claro está, hay muchas formas de organización social, pero, en el ámbito mundial, unas dominan sobre otras e imponen sus condiciones, así como dentro de la misma organización unos imponen reglas sobre otros para reproducir el estado de cosas. No obstante, siempre existe la posibilidad de transformación y emancipación respecto de unas reglas previas. No de otra forma ocurre la historia.

En el caso del sistema de salud, las reglas favorecen a unos mientras some-ten a otros. Esta favorabilidad se sostiene en la economía política de los sistemas de salud orientados a la maximización de las ganancias en el capitalismo cognitivo. Pero esta orientación no logra satisfacer necesidades humanas diversas, situadas, culturales e históricas, que no son naturales, biológicas ni estandarizadas. La pandemia mostró las relaciones entre las formas de explotación de los animales y la generación de condiciones para la mutación de los virus. Seguir por este camino no hará más que generar nuevos ciclos de expansión mundial de virus mutantes, que repetirán la experiencia actual y llenarán los bolsillos de la industria farmacéutica y de las tecnologías en salud.³⁴

34 Lilibana Henao Kaffure, Néstor Miranda Canal y Mario Hernández Álvarez, “La encrucijada para la salud mundial”, en *Nadie se salva solo. Significados de la pandemia que cambió a la humanidad*, comp. Alfonso Carvajal (Bogotá: Paidós, Planeta Editorial, 2020), 19-47.

Los incentivos no harán más que reproducir ese estado de cosas. Si al principio las EPS no gastaban la UPC para obtener más ganancia, han aprendido que el negocio está en la integración vertical y horizontal para conformar grandes grupos económicos o consorcios, por el simple hecho de que los ingresos están garantizados por el pago infaltable de la UPC de cada afiliado por parte del Estado. Pero también aprendieron que una buena gestión individual del riesgo en salud, por medio, por ejemplo, de un buen *gate keeper* como el médico familiar, aminora el costo de los siniestros y aumenta la utilidad. Pero la salud de la población seguirá dependiendo de condiciones de vida que el asegurador y el Estado debilitado no pueden afectar. Para superar este círculo vicioso, es necesario cambiar las estructuras para transformar un estado de cosas que genera malestar, desigualdad y exclusión de manera sistemática, como lo expresan las grandes masas de población movilizadas.

17.6. El sistema público y único posible y necesario

Reconocer la interdependencia humana y del ser humano con la naturaleza implica repensar los procesos productivos y reproductivos a profundidad. Por ello, la propuesta no sería buscar una alternativa *de* desarrollo, sino una alternativa *al* desarrollo, como se puede leer en la propuesta del “Buen Vivir” que sostienen las comunidades indígenas, afro y, más recientemente, las campesinas y de muchas partes del mundo.³⁵ Esto permitiría reconocer las especificidades de los territorios, tanto rurales como urbanos, con sus complejas relaciones. Pero esto implica entender el territorio como un producto social que resulta de los conflictos entre territorialidades, que son diversas maneras de vivir el territorio y construir identidad, pero también de apropiarse y usar el territorio.³⁶ Hacer conciencia de los conflictos socioambientales, en medio de la conflictividad global, permitirá construir alternativas viables de cuidado de la vida. Claro está, si tales alternativas son construidas por las mismas

35 María Hamlin, coord., *Aproximaciones al Buen Vivir, Sumak Kawsay, Sumaj qamaña, Ûtz' K'aslemal, Lekil kujlejaj, Küme Felen, Yvy mará'ey - La tierra sin Males-, Vida en Plenitud, Tinemi sujsul Yek, T'banil chunclal* (Cuenca: Movimiento por la Salud de los Pueblos, 2017).

36 Carlos Walter Porto Gonçalves, *Geo-grafías. Movimientos sociales, nuevas territorialidades y sustentabilidad* (Ciudad de México: Siglo XXI Editores, 2001).

comunidades, grupos y organizaciones sociales de manera autónoma e incidente en una institucionalidad flexible y democrática.

Esta institucionalidad incluye la organización de un nuevo sistema de salud. Es necesario partir de la Ley 1751, pero a la luz de la Sentencia C-313 de 2014 de la Corte Constitucional. La no discriminación económica, cultural y demás, y la inclusión de los “residentes en el territorio nacional” (art. 6, literal a.), obligan a abandonar la separación entre ciudadanos pobres y no pobres. La cédula de ciudadanía debe ser el único documento exigible y no la clasificación Sisbén ni el pago demostrado.

Siguiendo la Observación General 14, la Corte ha aclarado que el derecho a la salud tiene componentes prestacionales y no prestacionales. Los primeros son los bienes y servicios que no hayan sido excluidos por el mecanismo participativo establecido en el artículo 15 de la misma ley. Y los no prestacionales implican esfuerzos de los sectores del Estado y del sector privado, que afectan a los llamados “determinantes sociales de las desigualdades en salud” en los territorios, con participación social y en perspectiva de interseccionalidad, de género, etnia, clase social, generación y discapacidad, y en franca interculturalidad y diálogo de saberes.

Para el componente prestacional se requiere integrar los recursos de los aportes obligatorios para salud o parafiscales, como los de enfermedad general, riesgos laborales y Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), con los de impuestos de destinación específica para salud. Estos últimos deberían ser la principal fuente de financiación y estar ligados al patrimonio o a la renta de los grandes propietarios. El fondo único podría ser administrado por una entidad similar a la Administradora de Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud (ADRES), pero no se requeriría separar cuentas por regímenes una vez desaparezcan, sino organizar cuentas por territorios de salud y derechos específicos.

Los territorios de salud pueden organizarse según la dinámica de territorialización y la construcción de identidad en el territorio, de manera que no corresponderían a entes territoriales, sino a regiones de alianzas entre ellos, actualmente facilitadas por ley. En estos territorios se conformarían administradoras regionales o territoriales de estos recursos –similares a ADRES

regionales– que integren municipios, provincias o departamentos. En esta instancia territorial se integrarían los recursos de los entes territoriales, en diálogo con la aplazada reforma al Sistema General de Participaciones (SGP), según necesidades diversas y superación de inequidades.

Un sistema de este tipo, sin intermediación financiera alguna, recuperaría la naturaleza pública de los recursos y podría ser manejado por cuerpos colegiados participativos en cada territorio. Este administrador podría organizar las redes de servicios de salud pensando en complementariedad y no en competencia entre prestadores públicos y privados; podría recuperar la oferta de la red pública, con base en el criterio de “rentabilidad social” y no financiera, ordenado por el artículo 24 de la Ley Estatutaria. Este administrador público y territorial puede poner en marcha una verdadera estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) integral, a partir de equipos multiprofesionales vinculados de manera estable y digna a través de un régimen laboral, con infraestructura y dotación suficientes, y alta capacidad resolutive. Los equipos pueden construir un vínculo con las comunidades, las familias y las personas en una lógica territorial e intercultural. Desde la perspectiva del “Buen Vivir” es posible construir pactos sociales, democráticos e institucionales que permitan transformar las condiciones y conflictos socioambientales que se oponen a las vidas humana y no humana. Desde este tipo de pactos se puede hablar de transectorialidad y de fortalecimiento de la democracia local, como aspiraba el acuerdo final de paz.

17.7. A manera de conclusión

Otro sistema de salud es posible y necesario. Pero cambiar una estructura tan acendrada y sustentada en grandes intereses económicos y políticos implica un cambio profundo en la correlación de fuerzas de la sociedad, dentro y fuera del Estado. El malestar acumulado llevará a un cambio de rumbo, pero este no será posible sin la confluencia legítima y sólida de los sectores sociales y políticos que así lo propongan, y lo realicen con su acción colectiva sostenida y organizada. Ojalá no tengamos que esperar 30 años más para poner en marcha el proyecto del Estado social de derecho que quedó esbozado en la Constitución Política de 1991.

Bibliografía

- Asamblea Nacional Constituyente. “Constitución Política de Colombia”. Presidencia de la República, 13 de junio de 1991. <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/Constitucion-Politica-Colombia-1991.pdf>
- Bermúdez Bueno, William y Juan Carlos Morales. “Estado Social de Derecho: consideraciones sobre su trayectoria histórica en Colombia a partir de 1991”. *Cuestiones Políticas*, Vol. 28, no. 48 (2012): 51-77. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r30193.pdf>
- Burgos, Germán. *Estado de derecho y globalización: el Banco Mundial y las reformas institucionales en América Latina*. Bogotá: UNIJUS, ILSA, 2009.
- Burlage, Robb K. “Editorial. The Medical Industrial Complex”. *Health-PAC. Bulletin* (1969): 1-2.
- Burlage, Robb K. and Matthew Anderson. “The Transformation of the Medical-Industrial Complex: Financialization, the Corporate Sector, and Monopoly Capital”. In *Health Care Under the Knife. Moving Beyond Capitalism for Our Health*. Edited by Howard Waitzkin, 69-82. New York: Monthly Review Press, 2018.
- Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008 y de Reforma Estructural al Sistema de Salud y Seguridad Social (CSR). “Salud: iniciativas legislativas desde la sociedad civil”. CSR, Corporación Viva la Ciudadanía, Bogotá, 2014.
- Enthoven, Alain. “Consumer-Choice Health Plan (First of Two Parts). Inflation and Inequity in Health Care Today: Alternatives for Cost Control and An Analysis of Proposals for National Health Insurance”. *New England Journal of Medicine*, Vol. 298, no. 12 (1978): 650-58.
- _____. “Consumer-Choice Health Plan (Second of Two Parts). A National-Health-Insurance Proposal Based on Regulated Competition in the Private Sector”. *New England Journal of Medicine*, Vol. 298, no. 13 (1978): 709-20.
- _____. “Managed Competition: An Agenda for Action”. *Health Affairs*, Vol. 7, no. 3 (1988): 25-47.
- Ehrenreich, Barbara and John Ehrenreich. *American Health Empire: Power, Profits, and Politics. A Report from the Health Policy Advisor Center (Health-PAC)*. New York: Random House, 1971.
- Goodman, Jordan. “Pharmaceutical Industry”. In *Companion to Medicine in the Twentieth Century*. Edited by R. Cooter and J. Pickstone, 141-54. Abingdon: Routledge, 2003.
- Hamlin, María, coord. *Aproximaciones al Buen Vivir, Sumak Kawsay, Sumaj qamaña, Ûtz, Kaslemal, Lekil kujlejaj, Küme Felen, Yvy mará’-y - La tierra sin Males-, Vida en Plenitud, Tinemi sujsul Yek, T’banil chunclal*. Cuenca: Movimiento por la Salud de los Pueblos, 2017.

- Henao Kaffure, Liliana, Néstor Miranda Canal y Mario Hernández Álvarez. “La encrucijada para la salud mundial”. En *Nadie se salva solo. Significados de la pandemia que cambió a la humanidad*. Compilado por Alfonso Carvajal, 19-47. Bogotá: Paidós, Planeta Editorial, 2020.
- Hernández, Mario. “El derecho a la salud y la nueva constitución política colombiana”. *Avances en Enfermería*, Vol. 9, no. 2 (1991): 63-84.
- _____. “La novela de la ley estatutaria en salud”, *Razón Pública*, 8 de febrero de 2015. <https://www.razonpublica.com/index.php/politica-y-gobierno-temas-27/8232-la-novela-de-la-ley-estatutaria-en-salud.html>
- _____. “Sistemas universales de protecciones sociales como alternativa a la Cobertura Universal en Salud (CUS)”. *Saúde em Debate*, Vol. 43, no. 5 (2019): 29-43. <https://scielosp.org/pdf/sdeb/2019.v43nspe5/29-43/es>
- Hernández, Mario y Jaime Urrego. “PAIS favorece a las EPS”. *UN-Periódico*, no. 199 (2016): 7.
- Hernández, Mario, Juan Carlos Eslava, Liliana Henao, José Orozco y Luis Edgar Parra. “Universal Health Coverage and Capital Accumulation: A Relationship Unveiled by The Critical Political Economy Approach”. *International Journal of Public Health*, Vol. 65, no. 7 (2020): 995-1001.
- Holzmann, Robert and Steen Jørgensen. “Social Risk Management: A New Conceptual Framework for Social Protection and Beyond”. Social Protection Discussion Paper Series N.º 6, Social Protection Unit, Human Development Network, Washington, The World Bank, 2000.
- Iriart, Celia, Emerson Elias Merhy y Howard Waitzkin. “La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma”. *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 16, no. 1 (2000): 95-105.
- Kelman, Sander. “Toward the Political Economy of Medical Care”. *Inquiry*, Vol. 8, no. 3 (1971): 30-38.
- Laín Entralgo, Pedro. *Historia de la medicina*. Madrid: Salvat, 1978.
- Lamprea, Everaldo. *La constitución de 1991 y la crisis de la salud*. Bogotá: Universidad de los Andes, 2011.
- Londoño, Juan Luis y Julio Frenk. “Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina”. Documento de Trabajo 353, Washington, Banco Interamericano de Desarrollo, BID, 1997.
- Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social, MNSS. *Primer Congreso Nacional por la Salud. Conclusiones generales*. Bogotá: Instituto Latinoamericano para una Sociedad y un Derecho Alternativos, ILSA, 2001.
- North, Douglass. *Instituciones, cambio institucional y desempeño económico*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica, 1993.

- Porto Gonçalves, Carlos Walter. *Geo-grafías. Movimientos sociales, nuevas territorialidades y sustentabilidad*. Ciudad de México: Siglo XXI Editores, 2001.
- Procuraduría General de la Nación. *El derecho a la salud en perspectiva de derechos humanos y el sistema de inspección, vigilancia y control del Estado colombiano en materia de quejas en salud*. Bogotá: Procuraduría General de la Nación, Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad, Dejusticia, Agencia Catalana de Cooperación al Desarrollo, 2008.
- Restrepo Trujillo, Mauricio. “La reforma de la seguridad social en salud en Colombia y la teoría de la competencia regulada”. En *Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud. Los casos de Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile, Colombia*. Volumen II. Compilado por Daniel Titleman y Andras Uthoff, 659-726. Santiago de Chile: Fondo de Cultura Económica, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL, 2000.
- Restrepo, Román. “A propósito de la Ley 1122 del 2007. Reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia: esperanza, mito y realidad”. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, Vol. 25, no. 1 (2007): 90-105.
- Starr, Paul. *La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América*. Ciudad de México: Secretaría de Salud, Fondo de Cultura Económica, 1991.
- Valencia Hernández, Javier Gonzaga. “Los principios y valores del Estado social de derecho como marco jurídicopolítico para la resolución de los conflictos”. *Gestión y Ambiente*, Vol. 10, no. 4 (2007): 105-11. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/gestion/article/view/1382/1987>
- Williamson, John. “What Washington Means by Policy Reform”. In *Latin American Adjustment: How Much Has Happened*. Edited by John Williamson. Washington: Institute for International Economics, 1990. <https://web.archive.org/web/20090625085003/http://www.iie.com/publications/papers/paper.cfm?ResearchID=486>
- Zukerfeld, Mariano. “El rol de la propiedad intelectual en la transición hacia el capitalismo cognitivo”. *Argumentos*, no. 9 (2008): 1-25. http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iigg-uba/20120626041627/9_3.pdf

18. Salud y seguridad social en el mundo rural: algunos avances y muchos retos a 30 años de la Constitución Política de 1991

Mónica María Lopera Medina¹
Sandra Patricia Duque Quintero²

18.1. Introducción

La Asamblea Nacional Constituyente de 1991 asumió un ejercicio de consenso y construcción política para adoptar una Constitución de contenido democrático y progresista.³ Al final, se promulga una carta política compuesta por 380 artículos definitivos y 60 transitorios. El artículo 1.º de la carta señala que Colombia es un Estado social de derecho, de ahí la preocupación del

- 1 *Grupo de Investigación Gestión y Políticas de Salud, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia UdeA, Calle 70 No. 52-21, Medellín, Colombia, profesor, correo: monica.lopera@udea.edu.co*
- 2 *Grupo de investigación Derecho y Sociedad, Facultad de Derecho y Ciencias Políticas, Universidad de Antioquia UdeA, Calle 70 No. 52-21, Medellín, Colombia, profesora titular, correo: spatricia.duque@udea.edu.co*
- 3 Camilo González Posso, “Proceso pre Constituyente, antecedentes de la Asamblea Nacional Constituyente de 1991”, en *Memorias para la democracia y la paz: Veinte años de la Constitución Política de Colombia* (Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá, 2012b), 63-69.

constituyente por establecer en concreto los derechos que en conjunto conforman la seguridad social, la cual comprende la solidaridad colectiva, que hace resaltar la obligación del poder público de asistir a los ciudadanos a fin de procurarles una mejor calidad de vida. Diversos artículos del capítulo 2 del título II, “De los Derechos Sociales, Económicos y Culturales”, determinan con mayor claridad los contenidos de la seguridad social. Se preceptúa allí: la protección integral de la familia, la protección de la mujer durante el embarazo y después del parto, los derechos fundamentales de los niños, adolescentes, protección y asistencia a las personas de la tercera edad, a las personas en condición de discapacidad (arts. 42, 43, 44, 45, 46, 50 y 51), así como el derecho a la vivienda digna (art. 51) y el derecho a la recreación (art. 52).⁴

La seguridad social y la salud fueron consagradas en los artículos 48 y 49 de la Constitución Política como derechos sociales, servicios públicos a cargo del Estado y en sujeción a principios como el de la universalidad. La carta adopta un concepto ampliado de la *seguridad social* que incluye el mayor número de servicios, auxilios, asistencias y prestaciones en general. Un conjunto de derechos cuya eficacia compromete al Estado, la sociedad, la familia y la persona.⁵ La importancia de este derecho radica en que su máxima realización posible es una condición ineludible de la posibilidad real de goce del resto de libertades inscritas en el texto constitucional y, por tanto, se constituye en un elemento esencial para la materialización del modelo de Estado que hemos acogido, y que define una sociedad fundada en los principios de dignidad humana, solidaridad, trabajo y prevalencia del interés general. La garantía del derecho a la seguridad social, entendida como el mecanismo a partir del cual es posible asegurar la efectividad de los demás derechos de un individuo, en los eventos en los que este se ha visto afectado por ciertas contingencias, se constituye en uno de los institutos jurídicos que un Estado debe asegurar si pretende ostentar la condición de social de derecho.⁶

- 4 Colombia, Corte Constitucional, Sentencia C-1165 del 6 de septiembre de 2000, M. P.: Fabio Morón Díaz, <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2000/c-1165-00.htm>
- 5 Colombia, Corte Constitucional, Sentencia C-408 del 15 de septiembre de 1994, M. P.: Fabio Morón Díaz, <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1994/c-408-94.html>
- 6 Colombia, Corte Constitucional, Sentencia T-043 del 5 de febrero de 2019, M. P.: Alberto Rojas Ríos, <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2019/t-043-19.htm>

No obstante, es un hecho que el andamiaje legislativo que siguió a la aprobación de la Constitución Política de 1991 se dirigió a alinear el papel del Estado con las transformaciones que venían operándose en el escenario internacional. Los Gobiernos que siguieron asumieron la tarea de adecuar las instituciones a la globalización en curso, tomando como referencia los planteamientos del llamado Consenso de Washington, que resumió el ideario neoliberal y neoconservador promovido desde el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y la Organización Mundial de Comercio, entre otras instancias multilaterales. Con esos fundamentos, se aprobaron leyes y normas de flexibilización laboral, apertura comercial con reducción de aranceles y de limitaciones a los movimientos de capitales, garantías adicionales en propiedad intelectual, más tributación basada en el consumo y en materia de seguridad social, privatización en el aseguramiento de la atención en salud, pensiones y riesgos laborales (con leyes como la 100 de 1993). El criterio rector fue dejar al sector privado toda actividad productiva y reducir la función económica del Estado al control, desde una regulación suave, al cobro de impuestos y a supervisar contratos para obras públicas. La concepción de un Estado no productor también se proyectó en el área de lo social, asignándole la función de garante de derechos y servicios, pero dándole mayor importancia a la empresa privada en el manejo de los recursos, la producción o prestación de los servicios.⁷

Es claro que la concepción del sistema de seguridad social responde a los cambios en el modelo de desarrollo del país y ha sido pensada para condiciones de trabajo urbanas y formales, invisibilizando el campo y sus habitantes. Por consiguiente, a 30 años de la promulgación de la Constitución Política de 1991 y partiendo de la consagración de la salud y la seguridad social como derechos universales,⁸ es importante analizar cuál ha sido el acceso real y efectivo de estos derechos para las comunidades rurales en Colombia. Para ello,

7 Camilo González Posso, "La economía del Estado Social de Derecho", en *Memorias para la democracia y la paz: Veinte años de la Constitución Política de Colombia* (Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá, 2012), 281-4.

8 Colombia, Congreso de la República, Ley 100 de 1993, Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones, art. 2.

en un primer momento se describen los territorios rurales como un espacio histórico de inequidades sociales y sanitarias, y se analiza el acceso a los sistemas de salud, pensiones y de riesgos laborales en el campo.

18.2. Los territorios rurales: un espacio histórico de inequidades sociales y sanitarias

Las zonas rurales de Colombia abarcan 111.5 millones de hectáreas y para 2016 albergaban al 30, 4 % de la población.⁹ Estos territorios son multidiversos, tanto cultural como socialmente. Son habitados por poblaciones campesinas, afrocolombianas e indígenas, y desde hace más de dos décadas por neopobladores rurales. Desde el 2014, con la Misión para la Transformación se han reconocido diferencias entre las zonas rurales y las rurales dispersas.¹⁰ Son productores de las zonas rurales dispersas 2.7 millones de habitantes de las zonas rurales, pero de ellos solo 725.225 son residentes. Del total de productores, 427.780 (15 %) pertenecen a grupos étnicos originarios.¹¹

La población rural en Colombia se dedica a gran variedad de actividades productivas agropecuarias (agricultura, ganadería, piscadería) y no agropecuarias (industria, transformación de productos agropecuarios, elaboración de artesanías, minería, producción de energía –hidroeléctrica y termoeléctrica–, explotación de hidrocarburos, turismo, comercio y servicios). Dicha población está repartida entre pequeños, medianos y grandes propietarios.¹² Las actividades agropecuarias en las zonas rurales dispersas constituyen el 81,4 % y las no agropecuarias el 18,6 %.¹³

A pesar de los postulados de la Constitución Política, gran parte de las poblaciones rurales, incluso hoy en la era tecnológica, experimentan condiciones

9 “Censo Nacional Agropecuario 2014”, Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE, 2016, <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/agropecuario/censo-nacional-agropecuario-2014>

10 Diana Rodríguez Triana y John A. Benavides Piracón, “Salud y ruralidad en Colombia: análisis desde los determinantes sociales de la salud”, *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, Vol. 34, no. 3 (2016): 359-71, <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n3a10>

11 “Censo Nacional Agropecuario 2014”, DANE.

12 Samuel Pérez, “El valor estratégico del turismo rural como alternativa sostenible de desarrollo territorial rural”, *Agronomía Colombiana*, Vol. 28, no. 3 (2010): 507-13.

13 “Censo Nacional Agropecuario 2014”, DANE.

de vida precarias, que además revelan las grandes inequidades sociales y sanitarias del país. Salvo algunos casos de medianos y grandes propietarios, la población rural históricamente ha experimentado discriminación, exclusión que los pone en condición de desventaja social.¹⁴ El 62,1 % de la población rural vive en la pobreza y el 21,5 % en pobreza extrema o indigencia.¹⁵ La pobreza extrema como porcentaje de la población se comporta de manera diferente en los territorios del país. En la región del Pacífico el 24 % de la población rural es pobre extrema, en la región Caribe el 23 %, en la Amazorinoquia el 19 %, en la Sur el 16 %, en la Nororiental el 14 % y en la Central el 4 %.¹⁶ La pobreza exhibe diferencias según los grupos de edad, el género y los grupos étnicos, siendo los jóvenes y especialmente las mujeres las más afectadas.¹⁷ Se ha reportado que la carencia de ingresos afecta a las poblaciones indígenas hasta en el 53,43 %.¹⁸

Las poblaciones rurales experimentan una mayor carencia de vivienda, limitado acceso y disponibilidad de servicios públicos, baja escolaridad y baja oferta en educación postsecundaria. Casi la quinta parte de los productores residentes en el área rural dispersa no tiene educación y el 57,4 % alcanza básica primaria, mientras que el 16,8 % de los mayores de 15 años no sabe leer o escribir. Las mujeres tienen menores posibilidades de educación que los hombres.¹⁹ Además de los problemas relacionados con la educación, la pobreza rural está relacionada con la concentración de las tierras productivas y la

- 14 Bibiana del Carmen Pineda Restrepo, "Desarrollo humano y desigualdades en salud en la población rural en Colombia", *Universitas Odontológica*, Vol. 31, no. 66 (2011): 97-102, <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4051485>
- 15 Santiago Perry, "La pobreza rural en Colombia" (Instituto para el Desarrollo Rural de Sudamérica, IPDRS, diciembre de 2020), https://ipdrs.org/images/en_papel/archivos/pobreza_rural_colombia.pdf
- 16 Perry, "La pobreza rural en Colombia".
- 17 Renata Pardo, "Diagnóstico de la juventud rural en Colombia. Grupos de Diálogo Rural, una estrategia de incidencia" (Documento de trabajo N° 277, Grupo de Trabajo: Inclusión Social y Desarrollo, Rimisp, Santiago de Chile, 2017), https://www.rimisp.org/wp-content/files_mf/1503000650Diagn%C3%B3sticodelajuventudruralenColombia.pdf
- 18 Yenny Paredes, Eunice Yarce y Daniel Aguirre, "Condiciones sociodemográficas y perfil de salud de los adultos mayores indígenas del departamento de Nariño", *Revista Ciencias de La Salud*, Vol. 18, no. 1 (2020): 67-81, <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8764>
- 19 "Censo Nacional Agropecuario 2014", DANE.

desigual participación de la producción, con la falta de acceso a los recursos hídricos y con el bajo acceso al crédito.²⁰

Las condiciones laborales en el campo no son más alentadoras. Algunos fenómenos experimentados en el campo, que además están estrechamente relacionados con la seguridad social, son las altas tasas de desempleo y la informalidad, exacerbadas por las innovaciones tecnológicas que han llevado a sobreoferta de mano de obra y a la disminución de la demanda, así como a las diferencias en la estructura productiva asociadas a las estacionalidades de la producción.²¹ Para 2019, se reportó una tasa de desempleo de 7 %.²² Así mismo, existen diferentes cifras alrededor de la informalidad y el ingreso rural. De acuerdo con Diana Rodríguez Triana y John Benavides Piracón, el 51 % de la población rural son trabajadores independientes que frecuentemente tienen ingresos por debajo del salario mínimo.²³ Para 2002, la informalidad ascendía al 70 %.²⁴ Las mujeres tienen mayores tasas de desempleo. Se ha calculado que la proporción de las mujeres que no estudian ni trabajan asciende al 42 %, esto es cinco veces mayor que los hombres.²⁵ El trabajo infantil, aunque ilegal, continúa siendo una práctica común que repercute en la asistencia escolar.²⁶

Los sistemas productivos en el campo, y por lo tanto los ingresos derivados de la actividad económica, están desbalanceados a favor de los capitales privados, los grandes productores y los países hegemónicos. Los territorios rurales no solo han experimentado explotación agroindustrial y minera a gran escala, sino también desprotección estatal ante los fenómenos de la globalización del mercado, la apertura económica y el modelo neoliberal.²⁷ Rodríguez Triana y Benavides Piracón concluyeron que los modelos de desarrollo rural desde la

20 Pineda Restrepo, “Desarrollo humano”; Perry, “La pobreza rural en Colombia”; Rodríguez Triana y Benavides Piracón, “Salud y ruralidad en Colombia”.

21 Pineda Restrepo, “Desarrollo humano”.

22 Andrea Otero Cortés, “El mercado laboral rural en Colombia, 2010-2019” (Documentos de Trabajo sobre Economía Regional y Urbana, Núm. 281, Banco de la República, noviembre de 2019), https://repositorio.banrep.gov.co/bitstream/handle/20.500.12134/9762/DTSERU_281.pdf

23 Rodríguez Triana y Benavides Piracón, “Salud y ruralidad en Colombia”.

24 Perry, “La pobreza rural en Colombia”.

25 Pardo, “Diagnóstico de la juventud rural”.

26 Otero Cortés, “El mercado laboral rural”.

27 Pineda Restrepo, “Desarrollo humano”.

década de los 90, implantados bajo la perspectiva del modelo neoliberal, produjeron un desbalance entre los pequeños agricultores, una gran pérdida de la soberanía, tendencia a la monopolización de la tierra, del agua, del crédito y de los insumos por parte del sector privado, así como el quebranto de las relaciones sociales ancestrales y comunitarias.²⁸

Los problemas productivos en las comunidades rurales pobres en Colombia se exacerbaban con las deficientes condiciones de infraestructura vial y de riego del país, la carencia de maquinaria, el bajo acceso a la asistencia técnica, el abandono estatal, la intermediación, las dificultades de acceso al agua por sequías, la contaminación o falta de infraestructura.²⁹ Como consecuencia, los productores pierden con frecuencia sus cosechas, disminuyen sus rendimientos o reciben como pago un valor cercano a los costos de producción y transporte.³⁰

El campo también ha sido el escenario principal del conflicto armado en el país. Dicho conflicto no solo ha tenido consecuencias directas sobre la morbilidad, sino que ha producido importantes efectos indirectos asociados; por ejemplo, mayor pobreza, desplazamiento forzado, despojo de tierras, presencia de cultivos ilícitos, inseguridad alimentaria, desabastecimiento de servicios públicos, problemas de seguridad y daños ambientales. La violencia ha tenido importantes consecuencias en la vida social, la salud psicofísica y el bienestar.³¹ De acuerdo con Santiago Perry, entre 1980 y 2010 un total de 434.100 familias desplazadas se vieron obligadas a abandonar, vender o entregar sus tierras a terceros.³²

²⁸ Rodríguez Triana y Benavides Piracón, “Salud y ruralidad en Colombia”.

²⁹ “Censo Nacional Agropecuario 2014”, DANE.

³⁰ Perry, “La pobreza rural en Colombia”.

³¹ “Plan Nacional de Salud Rural”, Ministerio de Salud y Protección Social, Minsalud, Bogotá, 2018, <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/mpps-plan-nacional-salud-rural-2018.pdf>; Jorge Rodríguez, Alejandro De La Torre y Claudio Miranda, “La Salud mental en los conflictos armados”, *Biomédica*, Vol. 22 (2002): 337-46; Nohelia Hewitt Ramírez et al., “Afectaciones psicológicas de niños y adolescentes expuestos al conflicto armado en una zona rural de Colombia”, *Acta Colombiana de Psicología*, Vol. 17, no. 1 (2014): 79-89, <https://doi.org/10.14718/ACP.2014.17.1.9>.

³² Perry, “La pobreza rural en Colombia”.

Si bien se ha mostrado la desventaja social de los pobladores de las zonas rurales en conjunto, es preciso mencionar que las mujeres y los grupos étnicos experimentan condiciones de mayor adversidad. Se ha descrito que las mujeres tienen mayores tasas de migración, son muy proclives a los embarazos adolescentes, padecen más las consecuencias del conflicto armado, agresiones y homicidios, siendo estos últimos las primeras causas de defunción.³³ Se ha argumentado que la población indígena experimenta una mayor incidencia de factores de analfabetismo, violencia y marginación social, además de fenómenos sanitarios como riesgo nutricional y psicosocial.³⁴ Los jóvenes que viven en zonas rurales, y que pertenecen a algún grupo étnico, afrontan condiciones socioeconómicas y desventajas productivas más complejas.³⁵

A nivel político, la balanza también está desequilibrada, puesto que a la escasa respuesta estatal para responder a las necesidades de vida y salud de esta población se suman la dispersión de la población rural dentro del territorio nacional, la escasa representatividad política y la poca incidencia en la toma de decisiones.³⁶

18.3. Acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS) e indicadores de salud

La calidad del estado de salud de la población y su distribución en la sociedad, así como el grado de protección del cual gozan las personas (entre ellas los servicios que constituyen la respuesta social), son indicadores del desarrollo y de la equidad en salud. Por lo tanto, como forma de acercarse a los avances o retrocesos experimentados en los territorios rurales 30 años después de la promulgación de la Constitución Política, se propone identificar algunos indicadores que permitan entender dichas realidades.

Hay que anotar que la información que permite hacer un adecuado seguimiento no siempre resulta suficiente y disponible. El Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) hace seguimiento permanente

33 Pardo, “Diagnóstico de la juventud rural”.

34 Paredes, Yarce y Aguirre, “Condiciones sociodemográficas”.

35 “Censo Nacional Agropecuario 2014”, DANE; Pardo, “Diagnóstico de la juventud rural”.

36 Pineda Restrepo, “Desarrollo humano”; “Censo Nacional Agropecuario 2014”, DANE.

de algunas variables que se resumen aquí, pero la información es escasa y dispersa. Por otra parte, la información específica consignada en los censos agropecuarios ha sido intermitente.

A continuación, se presentan algunos datos de afiliación al sgsss, disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud, así como algunos resultados en salud.

Por el carácter del empleo y la pobreza ya descritos, en la población rural predomina la afiliación al Régimen Subsidiado en salud y aún un porcentaje mayor que en las zonas urbanas permanece sin ningún tipo de afiliación. Según el censo nacional agropecuario de 2014, el 95,8 % de los productores residentes en el área rural dispersa estaban afiliados al sgsss; el 82,2 % al Régimen Subsidiado y el 12,8 % al Contributivo. Para la fecha aún existían casi 30.000 personas sin afiliación. Contradictoriamente, los datos autorreportados de la Encuesta de Calidad de Vida muestran que para 2019 el 92,8 % de la población rural expresó estar afiliada al sgsss. El país tiene importantes diferencias regionales en materia de afiliación al sgsss, así, el Plan Nacional de Salud Rural describió que, mientras la afiliación en el país es de 95 %, en los municipios priorizados del Programa de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET) la cobertura promedio de aseguramiento es de 80 %, pero en algunos de estos solo alcanza el 45 %.³⁷ Esta situación pudiera ser parcialmente explicada por la concentración de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EABP) en los grandes centros urbanos y su desinterés en las zonas rurales por efectos de escaso mercado.³⁸

En la mayoría de los municipios del país existe una Empresa Social del Estado (ESE) de primer nivel, que no resulta suficiente para cubrir las necesidades de los pobladores y en especial de aquellos que habitan zonas rurales. Así mismo, desde la implementación de la Ley 100 de 1993, las ESE paulatinamente han entrado en crisis financiera. Contrario a lo pretendido en un Estado social de derecho como marco de la Constitución Política, las políticas

37 “Plan Nacional”, Ministerio de Salud y Protección Social.

38 Yuri Gorbaneff, Sergio Torres Valdivieso y Nelson Contreras Caballero, “Fuentes de poder de las aseguradoras frente a las prestadoras hospitalarias en el sistema de salud colombiano: el caso de la concentración industrial”, *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Vol. 7, no. 14 (2008): 177-86.

estatales han estado dirigidas a la reducción de los prestadores públicos. En muchos casos la ESE es el prestador único y, por las características poblacionales, predominantemente prestan servicios a las poblaciones del Régimen Subsidiado y a la población pobre no asegurada.

Muchas ESE en el país se encuentran en crisis financiera después de la Ley 100 por el cambio del subsidio a la oferta por subsidio a la demanda, pero también debido al desbalance en el poder de negociación con la EAPB, que termina por reducir las tarifas de la venta de servicios e imponer otras condiciones en la prestación de servicios. Contrario a lo que se espera de una sociedad que protege lo público, ante las pérdidas financieras producto de las condiciones de desbalance de poder entre actores, las ESE son sancionadas por el Estado, que les obliga a insertarse en programas de saneamiento fiscal y financiero.³⁹

En cuanto a la disponibilidad de profesionales de la salud en las áreas rurales, también se observa un rezago con relación al mundo urbano. Para 2016 existían 102 profesionales de salud por cada diez mil habitantes en las zonas urbanas y solo 40,8 en área rural. Para 2018, en las áreas rural y rural dispersa esta es de solo 13,2 y 8,8 por cada diez mil habitantes, respectivamente.⁴⁰ El problema del talento humano para las zonas rurales y rurales dispersas del país está relacionado con los enfoques formativos, la orientación del sistema hacia los servicios de mayor complejidad y los ataques a la misión médica.

Como resultado de la baja disponibilidad de los servicios de salud y las características poblacionales, la población de la zona rural utiliza menos los servicios de salud. Debido a la escasez, la ubicación y organización de las redes de servicios, los pobladores de zonas rurales experimentan múltiples barreras para acceder a los servicios de salud como las distancias entre los lugares de

39 Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 2509 del 29 de agosto de 2012, Por medio de la cual se define la metodología para la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial y se efectúa la categorización del riesgo para la vigencia 2012; Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 1342 del 29 de mayo de 2019, Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2019.

40 Ministerio de Salud y Protección Social, *Plan Nacional de Salud Rural* (Bogotá: Minsalud, 2018), <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/mmps-plan-nacional-salud-rural-2018.pdf>; “Plan Nacional”, Ministerio de Salud y Protección Social.

residencia y los centros de asistencia médica, y las barreras económicas relacionadas con los altos costos del transporte y la baja calidad de los servicios. Se ha señalado que el 14 % de la población en zona rural no asiste a consulta médica debido a las distancias con el servicio de salud. El acceso a los servicios de salud para las poblaciones pobres y no afiliadas de campesinos, indígenas y población afrocolombiana de las áreas rurales es limitado,⁴¹ y no necesariamente ajustado a los postulados de inclusión y respeto a la diversidad que fueron reconocidos en la Constitución Política, con lo cual las poblaciones no solo han sido revulnerabilizadas y excluidas del sistema de salud, sino también obligadas a desprenderse de su cosmogonía y sus costumbres.⁴²

En municipios de zonas rurales con menor grado de desarrollo, los Modelos de Atención Integral Basados en Atención Primaria de Salud (MAPIS) resultan insuficientes en materia del enfoque familiar, de orientación a la comunidad y de acceso.⁴³ Como consecuencia de la insuficiencia de la oferta, las personas se ven obligadas a desplazarse hasta las cabeceras de sus municipios y las capitales de departamento, buscando los servicios de salud.⁴⁴

Por último, los indicadores de los resultados en salud muestran mayor precariedad en las zonas rurales. Si se toma como base la década de los 90, que coincide con la instauración de la Constitución Política y se compara con los datos más recientes disponibles (2010-2019), revelados tanto por fuentes oficiales⁴⁵ como por autores independientes,⁴⁶ se puede observar que en la mayoría de los indicadores se observa una ligera mejoría en el país; no obstante, los indicadores como mortalidad materna, mortalidad infantil, mortalidad por EDA e IRA son mayores en las zonas rurales, comparados con los de las zonas

41 Carlos Enrique Yepes y Yuly Andrea Marín, “Desafíos del análisis de la situación de salud en Colombia”, *Biomédica*, Vol. 38, no. 2 (2018): 162-7, <https://doi.org/10.7705/biomedica.v38i0.3594>

42 A. J. Henao y L. M., *Sistema de salud ancestral en la comunidad Frontino-Cauca, un sistema de sanación para el buen vivir*, ed. Mónica Lopera (Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 2021).

43 Laura A. Rodríguez-Villamizar, Naydú Acosta-Ramírez y Myriam Ruiz-Rodríguez, “Evaluation of the Performance of Primary Health Care Services: Experience in Rural Municipalities in Santander, Colombia”, *Revista de Salud Pública*, Vol. 15, no. 2 (2013): 167-79.

44 Pineda Restrepo, “Desarrollo humano”.

45 “Plan Nacional”, Ministerio de Salud y Protección Social.

46 Pineda Restrepo, “Desarrollo humano”; Perry, “La pobreza rural en Colombia”.

urbanas. Así mismo, en materia de cobertura, algunos indicadores trazadores como la atención prenatal por profesionales y las coberturas vacunales aumentaron en el país, pero las coberturas para ambos indicadores son inferiores en las zonas rurales. En materia de nutrición, a pesar de que en las zonas rurales se produce una gran cantidad de alimentos, para 2010 la prevalencia de inseguridad alimentaria en el hogar era de 57,5 %.

Con relación a la salud sexual y reproductiva, en los municipios pertenecientes al Programa de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET) la tasa de fecundidad de 10 a 14 años es de 4,6 por 1.000 Mujeres, mientras el promedio nacional es de 2,9 por 1.000 mujeres. El 28 % de las mujeres rurales entre 15 y 19 años ha sido madre o está embarazada, mientras que el indicador es de 15,1 % en la zona urbana. El 27 % de las mujeres inició las relaciones sexuales antes de los 15 años. Solo el 63,9 % de las mujeres en la zona rural se ha realizado una citología y el 26 % se ha realizado una mamografía, mientras que esta cifra es de 67,1 % y 52 %, respectivamente, en la zona urbana. Los departamentos con las mayores proporciones de mujeres que nunca se han realizado la citología fueron Chocó (13,8 %), Amazonas (13,7 %), Guainía (10,8 %), Vichada (10,3 %) y Magdalena (11,1 %).⁴⁷

18.4. Accesibilidad de la población a las pensiones

Incide directamente en la pobreza rural la falta de trabajo decente, la cual se manifiesta en los altos niveles de informalidad, condiciones de trabajo precarias, que la población no cuenta con afiliaciones a la seguridad social y desconoce sus derechos laborales. La informalidad de los empleos afecta a aquellos trabajadores que no tienen contrato de trabajo y/o previsión social, y constituye un fenómeno bastante extendido en el empleo rural, particularmente en el caso de las mujeres. En la práctica, la ausencia de un contrato de trabajo escrito por lo general va de la mano con la ausencia de cobertura de la seguridad social.⁴⁸

⁴⁷ “Plan Nacional”, Ministerio de Salud y Protección Social.

⁴⁸ Organización Internacional del Trabajo, OIT, y Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, FAO, “Notas sobre trabajo rural N° 1. Políticas de mercado de trabajo y pobreza rural” (Ginebra, OIT, 2013), 2, <http://www.fao.org/3/as105s/as105s.pdf>

En 2013, el ingreso laboral de la actividad agropecuaria se situó en 69,4 % del salario mínimo. La situación es más crítica discriminando los ingresos por tipo de ocupación. Los empleados independientes reciben ingresos equivalentes al 46,8 % del salario mínimo, nivel menor que los ingresos de los asalariados. Aquellos con mayores vulnerabilidades a quedar desprovistos de protección social se enfrentan a niveles de ingresos menores. Entre 2002 y 2011, los salarios de cuenta propia tuvieron un aumento real del 45 %. Sin embargo, los ingresos aún se establecen en niveles muy bajos, representando en 2011 el 47,1 % del salario mínimo. Los salarios de la cuenta propia son menores respecto a otras posiciones ocupacionales como jornaleros o empleados domésticos, que también presentan ingresos por debajo del salario mínimo.⁴⁹

Es evidente la segmentación del mercado laboral rural y la desprotección en seguridad social. Sobre este último punto, es importante anotar que ni el Tercer Censo Nacional Agropecuario, ni la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) de 2019 miden el nivel de acceso de la población rural a los sistemas pensionales ni de riesgos laborales, solo consulta por la afiliación a salud.

Sobre el acceso al régimen pensional, Roberto Steiner et al.⁵⁰ señalan que el empleo informal está concentrado en las zonas rurales, problema que también se evidencia en la afiliación de asalariados y cuenta propia al sistema pensional. En el sector rural, el 91 % de la población decía no estar pensionada. Sin duda, resultados lamentables en términos de cobertura y equidad.

Es importante anotar que en Colombia el problema más significativo que ha tenido el régimen de pensiones es la cobertura, el número de personas a las que llega a pensionarse no ha sido el que debe tener una sociedad que busca la protección y la garantía de derechos mínimos para la población. A pesar de las reformas que se han realizado, se está muy lejos de la universalización, que

49 César Augusto Merchán, “Sector rural colombiano: Dinámica laboral y opciones de afiliación a la seguridad social”, *Coyuntura Económica*, Vol. XLV, no. 2 (2015): 137-82, https://www.repository.fedesarrollo.org.co/bitstream/handle/11445/3165/Co_Eco_Diciembre_2015_Merchan.pdf?sequence=2&isAllowed=y

50 “El sistema pensional en Colombia: retos y alternativas para aumentar la cobertura. Informe Final”, Roberto Steiner et al., Biblioteca Virtual Repositorio Institucional Fedesarrollo, Bogotá, 12 de abril de 2010, <https://www.repository.fedesarrollo.org.co/bitstream/handle/11445/351/El%20sistema%20pensional%20en%20Colombia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

debería ser el objetivo prioritario en el régimen de pensiones. Por el contrario, las reformas pensionales que se han producido por directriz del Banco Mundial giran principalmente en torno a solucionar los problemas fiscales.⁵¹

La cotización como independientes a los regímenes pensionales de las comunidades rurales es baja, dados los bajos ingresos que obtienen estas comunidades, además los requisitos para la pensión de vejez que imponen límite de edad y semanas de cotización para el Régimen de Prima Media (RPM), o el capital acumulado, no se compadecen con las realidades económicas y laborales de la población rural. Por otra parte, la exigencia de 50 semanas cotizadas en los tres últimos años para acceder a la pensión de invalidez y para la pensión de sobrevivientes está basada en condiciones de formalidad y estabilidad de trabajo que no corresponden a las realidades del campo colombiano y sus trabajadores.

Para suplir los problemas de pensiones, en el país se han implementado programas como Colombia Mayor, Subsidio al Aporte a la Pensión del Fondo de Solidaridad Pensional (FSP) y Beneficios Económicos Periódicos (BEPS), pero, en la realidad, tienen una baja cobertura poblacional, corresponden a un bajísimo porcentaje del salario mínimo (10 % para Colombia Mayor y 70 % en el programa del FSP) y no cumplen la finalidad de lograr un goce efectivo del derecho a una pensión y una vida en condiciones dignas, especialmente para comunidades vulnerables como las rurales en el país.

18.5. Accesibilidad de la población a la protección de los riesgos laborales

En materia de acceso a riesgos laborales, es relevante señalar que cada año unos 270 millones de personas en todo el mundo son víctimas de lesiones laborales, mortales en algunas ocasiones. Según estimaciones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), cada año se registran en todo el mundo unos dos millones de fallecimientos por motivos laborales. Las tasas más

⁵¹ Roberto Sánchez, "La crisis del sistema pensional colombiano. Análisis de cobertura y crítica a las fallidas reformas", *Ensayos de Economía*, no. 32 (2008): 135-64, <https://ideas.repec.org/p/col/000418/008067.html>

elevadas de estos tipos de accidentes tienen lugar en la agricultura, la silvicultura, la minería y la construcción. Los trabajadores de las zonas rurales enfrentan el mayor desafío en cuanto a la seguridad y salud en el trabajo, ya que la mayoría de ellos laboran en empresas pequeñas y microempresas, en la agricultura y en actividades informales. Las condiciones de trabajo peligrosas y otros factores adversos, como los lugares remotos, viviendas precarias, nutrición de baja calidad y mal estado general de salud, alta prevalencia de enfermedades epidémicas y endémicas, falta de acceso al agua potable y a instalaciones sanitarias, además del terreno accidentado, herramientas mal diseñadas y la exposición a condiciones climatológicas extremas, se ven agravadas por la ausencia o baja calidad de los servicios sanitarios y médicos disponibles en el medio rural. La interacción entre las malas condiciones de vida y de trabajo en las zonas rurales promueve un círculo vicioso de baja productividad, salarios bajos, desnutrición, mal estado de salud y baja capacidad de trabajo, lo cual crea un patrón característico de morbilidad-mortalidad entre los trabajadores rurales y repercute negativamente en el desarrollo económico rural.⁵²

Durante el primer trimestre de 2020 en Colombia, 134.929 trabajadores sufrieron un accidente laboral. Los trabajadores rurales son los más afectados, pues ocuparon el primer puesto con el mayor número de accidentalidad en el país durante el primer trimestre de 2020.⁵³ Pese a estos dramáticos datos, el Sistema de Riesgos Laborales registra la afiliación de solo un 9,2 % de los ocupados rurales.⁵⁴

En el sector agrícola, el 94 % de los ocupados no está afiliado a riesgos profesionales. Dado las especificidades de trabajo físico del sector agrícola,

52 Organización Internacional del Trabajo, OIT, *Seguridad y salud en la agricultura. Repertorio de recomendaciones prácticas* (Ginebra: OIT, 2011), https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-/ed_protect/---protrav/---safework/documents/normativeinstrument/wcms_161137.pdf

53 Portafolio, “Trabajadores rurales, con la tasa más alta de accidentalidad laboral”, *Portafolio*, 9 de septiembre de 2020, <https://www.portafolio.co/tendencias/trabajadores-rurales-con-la-tasa-mas-alta-de-accidentalidad-laboral-544441>

54 Ministerio de Trabajo y Protección Social. *Plan Progresivo de Protección Social y de Garantía de Derechos de los Trabajadores y Trabajadoras Rurales* (Bogotá: Mintrabajo, 2020), 14, <https://www.mintrabajo.gov.co/documents/20147/0/Plan+Progresivo+adopci%C3%B3n.pdf/d8a259be-7d13-cd85-bb7a-0082f6548690?t=1598984128245>

la poca cobertura frente a accidentes laborales es un factor importante de desprotección.⁵⁵

Teniendo en cuenta que ni la Ley 1562 de 2012, ni el Decreto 723 de 2013 consideraron al trabajador del sector informal, que no realiza ninguna actividad catalogada como de alto riesgo o que no tiene un contrato formal superior a un mes para su afiliación a riesgos laborales, el Ministerio del Trabajo emitió el Decreto 2616 de 2013, buscando llenar este vacío normativo, con el objetivo de formalizar un sector de la población laboral informal y brindarle los beneficios del sgsss y de riesgos laborales, por medio de la vinculación y cotización a los sistemas de pensiones, riesgos laborales y subsidio familiar. Para acceder a estos beneficios, el trabajador del sector informal debe cumplir con las siguientes condiciones: a) que se encuentre vinculado laboralmente; b) que el contrato sea a tiempo parcial, es decir, que, en un mismo mes, sea contratado por periodos inferiores a treinta (30) días, y c) que el valor que resulte como remuneración en el mes sea inferior a un (1) salario mínimo mensual legal vigente.⁵⁶ Como se evidencia, este decreto deja nuevamente por fuera a la población laboral informal que no está vinculada a un contrato. El Decreto 1443 de 2014, que dicta las disposiciones para la implementación del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo, tampoco la tiene en cuenta.

Si bien la Corte Suprema de Justicia señala que los riesgos laborales asociados al trabajo informal deben ser asumidos por el Sistema General de Pensiones cuando la afiliación al sistema general de riesgos laborales no es obligatoria, en aplicación de principios fundamentales de la seguridad social como el de universalidad e integralidad,⁵⁷ no soluciona el problema estructural de desprotección social en el campo. Esto porque las cifras de afiliación al sistema pensional son bajísimas y el predominio de prácticas informales de trabajo altas, lo que implica un sistema pensional casi inoperante en las zonas

55 Misión para la Transformación del Campo, *Diagnóstico de las condiciones sociales del campo colombiano* (Bogotá: DNE, 2015), <https://cutt.ly/pY5u5jb>

56 Juan Guillermo Ocampo y María Osley Garzón, “El sistema de riesgos laborales frente al trabajador del sector informal”, *Opinión Jurídica*, Vol. 15, no. 30 (2016): 183-204, <https://doi.org/10.22395/ojum.v15n30a9>

57 Colombia, Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Laboral, Sentencia SL-4350-2019, M. P.: Rigoberto Echeverry Bueno, <https://cortesuprema.gov.co/corte/wp->

rurales. Entonces, dicho fallo tendría efectos poco aplicables a las realidades de los trabajadores rurales en Colombia.

18.6. A modo de conclusión

El acceso a la seguridad social para las comunidades rurales en Colombia es hoy una tarea pendiente. Si bien se ha logrado un avance en la afiliación a salud, predominantemente en el Régimen Subsidiado para las comunidades del campo, queda mucho por hacer en torno al acceso real y efectivo, al mejoramiento de la infraestructura, los modelos de atención, incremento de los recursos y eliminación de las barreras de acceso. También quedan retos importantes en materia de protección pensional y de riesgos laborales. Es claro que ni el sistema de salud, ni el de riesgos laborales, ni el sistema general fueron diseñados pensando en acciones afirmativas para las particularidades de las comunidades rurales y las necesidades que tienen desde sus contextos y formas de vida, que permitan una verdadera protección de la salud y seguridad en el trabajo, en la vejez, la invalidez o la muerte. Estos sistemas se basan en el nivel de ingreso y en la condición contractual laboral de las personas, sin ofrecer alternativas adecuadas para las condiciones socioeconómicas de las comunidades rurales. En el caso de la salud, otras barreras relacionadas con la distribución de los servicios, los modelos de contrato entre pagadores y prestadores, los modelos de atención y las barreras económicas, administrativas, geográficas y culturales también impiden el goce efectivo del derecho a la salud.

Sin lugar a duda, las complejas situaciones experimentadas en el mundo rural, sumadas a las pocas garantías en materia de seguridad social, obligan a pensar en estrategias que apunten a un desarrollo rural integral que busque la igualdad de oportunidades para los pobladores de zonas rurales. Esto será posible a partir del respeto y protección del Estado social de derecho, que propenda por un cambio estructural que rompa los mecanismos de reproducción intergeneracional de pobreza y desigualdad, con el fin último de mejorar las condiciones de vida de los habitantes de zonas rurales mediante la adopción de enfoques de derechos, diferenciales y territoriales.

Finalmente, podemos señalar que, a 30 años de promulgada la Constitución Política y aunque no se ha logrado la materialización efectiva de la seguridad social para todos, especialmente para las comunidades rurales, la carta sí ha tenido una profunda fuerza simbólica en la sociedad colombiana, que ha permitido el empoderamiento del discurso de los derechos en la sociedad. Adicional a ello, los mecanismos de protección como la acción de tutela y el activismo judicial de la Corte Constitucional han generado un avance instrumental en la exigencia de los derechos sociales de la población vulnerable del país,⁵⁸ activismos que han significado para el derecho a la salud y la seguridad social una evolución progresiva, siendo considerados inicialmente como derechos de segunda generación, no fundamentales, hasta convertirse en derechos fundamentales autónomos.⁵⁹

Hoy, a 30 años de promulgada la Constitución Política de 1991, es un reto importante para el país avanzar hacia una protección social universal en las zonas rurales, sobre todo si queremos alcanzar paz, equidad y justicia social en el campo, valores promulgados en la carta política. Los retos son entonces avanzar en acciones afirmativas para las comunidades rurales que permitan el acceso universal en salud, pensiones y riesgos laborales, programas de salud pública planeados con perspectiva territorial, intersectorial y permanente, que garanticen el continuum de salud, protejan a las poblaciones, y ayuden a superar las brechas de inequidad social y sanitaria que hasta ahora persisten en el campo colombiano.

Bibliografía

- Agencia de Renovación del Territorio. “ABECÉ del pDET”. 2021. <https://portal.renovacionterritorio.gov.co/descargar.php?idFile=29067>
- Asamblea General, Organización de Naciones Unidas. “Declaración Universal de Derechos Humanos”. ACNUDH, 10 de diciembre de 1948. https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf

58 César Rodríguez Garavito y Diana Rodríguez Franco, *Cortes y cambio social. Cómo la Corte Constitucional transformó el desplazamiento forzado en Colombia*, 1.ª ed. (Bogotá: Dejusticia, 2010).

59 Nora Duque y Sandra Patricia Duque, “El derecho fundamental a una pensión y el principio de sostenibilidad financiera: Un análisis desde el régimen de prima media con prestación definida en Colombia”, *Justicia Juris*, Vol. 12, no. 1 (2016): 40-55, <https://doi.org/10.15665/rj.v12i1.886>

- Asamblea Nacional Constituyente. “Constitución Política de Colombia”. Corte Constitucional, 1991. <https://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia.pdf>
- Colombia. Congreso de la República. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.
- Colombia. Corte Constitucional. Sentencia C-408 del 15 de septiembre de 1994. M. P.: Fabio Morón Díaz. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1994/c-408-94.html>
- _____. Sentencia C-1165 del 6 de septiembre de 2000. M. P.: Alfredo Beltrán. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2000/c-1165-00.htm>
- _____. Sentencia T-043 del 5 de febrero de 2019. M. P.: Alberto Rojas Ríos. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2019/t-043-19.htm>
- Colombia. Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Laboral. Sentencia SL-4350-2019. M. P.: Rigoberto Echeverry Bueno. <https://cortesuprema.gov.co/corte/wp->
- Colombia. Presidencia de la República. Decreto 2983 de 2013. Por el cual se modifica parcialmente el Decreto número 604 del 1° de abril de 2013 y se dictan otras disposiciones.
- Departamento Nacional de Estadística, DANE. “Censo Nacional Agropecuario 2014”. 2016. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/agropecuario/censo-nacional-agropecuario-2014>
- _____. “Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) 2019”. Boletín Técnico, DANE, Bogotá, 14 de julio de 2020. https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/2019/Boletin_Tecnico_ECV_2019.pdf
- _____. “Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH). Noviembre 2020-enero 2021 (Medición de empleo informal y seguridad social)”. 2021.
- Duque, Nora y Sandra Patricia Duque. “El derecho fundamental a una pensión y el principio de sostenibilidad financiera: Un análisis desde el régimen de prima media con prestación definida en Colombia”. *Justicia Juris*, Vol. 12, no. 1 (2016): 40-55. <https://doi.org/10.15665/rj.v12i1.886>
- Duque, Sandra Patricia, Marta Lucía Quintero y Álvaro Miguel Villadiego. “Régimen subsidiado pensional: El caso en Medellín durante el periodo 1996-2008”. *Opinión Jurídica*, Vol. 13, no. 25 (2014).
- González Posso, Camilo. “La economía del Estado Social de Derecho”. En *Memorias para la democracia y la paz: Veinte años de la Constitución Política de Colombia*, 281-4. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá, 2012.
- _____. “Proceso pre Constituyente, antecedentes de la Asamblea Nacional Constituyente de 1991”. En *Memorias para la democracia y la paz: Veinte años de la*

- Constitución Política de Colombia*, 63-69. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá, 2012.
- Gorbaneff, Yuri, Sergio Torres Valdivieso y Nelson Contreras Caballero. “Fuentes de poder de las aseguradoras frente a las prestadoras hospitalarias en el sistema de salud colombiano: el caso de la concentración industrial”. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Vol. 7, no. 14 (2008): 177-86.
- Hena María Isabel y Jhon Hegner Anacona. *Sistema de salud ancestral en la comunidad Frontino-Cauca, un sistema de sanación para el buen vivir*. Editado por Mónica Lopera. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 2021.
- Hewitt Ramírez, Nohelia, Carlos Andrés Gantiva Díaz, Anderssen Vera Maldonado, Mónica Paulina Cuervo Rodríguez, Nelly Liliam Hernández Olaya, Fernando Juárez y Arturo José Parada Baños. “Afectaciones psicológicas de niños y adolescentes expuestos al conflicto armado en una zona rural de Colombia”. *Acta Colombiana de Psicología*, Vol. 17, no. 1 (2014): 79-89. <https://doi.org/10.14718/ACP.2014.17.1.9>
- Lemos, Carlos. “Capítulo nuevo de la seguridad social”. Biblioteca Virtual Banco de la República, Bogotá, 7 de marzo de 1991. <https://babel.banrepcultural.org/digital/collection/p17054coll28/id/368/>
- Matias Camargo, Sergio Roberto. “La Asamblea Nacional Constituyente de 1991 y el Nuevo Constitucionalismo Latinoamericano”. *Diálogos de Saberes: Investigaciones y Ciencias Sociales*, no. 44 (2016): 29-44. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5823638>
- Merchán, César Augusto. “Sector rural colombiano: Dinámica laboral y opciones de afiliación a la seguridad social”. *Coyuntura Económica*, Vol. XLV, no. 2 (2015): 137-82. https://www.repository.fedesarrollo.org.co/bitstream/handle/11445/3165/Co_Eco_Diciembre_2015_Merchan.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Meza-Lopehandía, Matías. “Elementos del proceso constituyente colombiano”. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, mayo de 2020. <https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/28696/3/BCN2020%20-%20Proceso%20constituyente%20colombiano.pdf>
- Minagricultura y Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. *3er Censo Nacional Agropecuario. La mayor operación estadística del campo colombiano en los últimos 45 años*. Tomo 2. Resultados. Bogotá: GIT Área de Comunicaciones DANE, 2016. <https://www.dane.gov.co/files/images/foros/foro-de-entrega-de-resultados-y-cierre-3-censo-nacional-agropecuario/CNATomo2-Resultados.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2509 del 29 de agosto de 2012. Por medio de la cual se define la metodología para la categorización del riesgo

de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial y se efectúa la categorización del riesgo para la vigencia 2012.

_____. *Plan Nacional de Salud Rural*. Bogotá: Minsalud, 2018. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/msps-plan-nacional-salud-rural-2018.pdf>

_____. Resolución 2249 del 30 de mayo de 2018. Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2018 y se dictan otras disposiciones.

_____. Resolución 1342 del 29 de mayo de 2019. Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2019.

Ministerio del Trabajo. *Plan Progresivo de Protección Social y de Garantía de Derechos de los Trabajadores y Trabajadoras Rurales*. Bogotá: Mintrabajo, 2020. <https://www.mintrabajo.gov.co/documents/20147/0/Plan+Progresivo+adopci%C3%B3n.pdf/d8a259be-7d13-cd85-bb7a-0082f6548690?t=1598984128245>

Misión para la Transformación del Campo. *Diagnóstico de las condiciones sociales del campo colombiano*. Bogotá: DNP, 2015. <https://cutt.ly/pY5u5jb>

Ocampo, Juan Guillermo y María Osley Garzón. “El sistema de riesgos laborales frente al trabajador del sector informal”. *Opinión Jurídica*, Vol. 15, no. 30 (2016): 183-204. <https://doi.org/10.22395/ojum.v15n30a9>

Organización Internacional del Trabajo, OIT. *Seguridad y salud en la agricultura. Repertorio de recomendaciones prácticas*. Ginebra: OIT, 2011. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/normativeinstrument/wcms_161137.pdf

Organización Internacional del Trabajo, OIT, y Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, FAO. “Notas sobre trabajo rural N° 1. Políticas de mercado de trabajo y pobreza rural”. Ginebra, OIT, 2013. <http://www.fao.org/3/as105s/as105s.pdf>

Organización Mundial de la Salud, OMS. *Aumentar el acceso al personal sanitario en zonas remotas o rurales mejorando la retención. Recomendaciones Mundiales de Política*. Ginebra: OMS, 2011. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44538/9789243564012_spa.pdf;jsessionid=F11CF0453F2D5E-FA0CCE3D2977AA4C7E?sequence=1

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, FAO, y Organización Internacional del Trabajo, OIT. “Notas sobre Trabajo rural N° 1. Políticas de mercado de trabajo y pobreza rural”. FAO, 2013. <http://www.fao.org/3/as105s/as105s.pdf>

Otero Cortés, Andrea. “El mercado laboral rural en Colombia, 2010-2019”. Documentos de Trabajo sobre Economía Regional y Urbana, Núm. 281, Banco

- de la República, noviembre de 2019. https://repositorio.banrep.gov.co/bitstream/handle/20.500.12134/9762/DTSERU_281.pdf
- Pardo, Renata. “Diagnóstico de la juventud rural en Colombia. Grupos de Diálogo Rural, una estrategia de incidencia”. Documento de trabajo N° 277, Grupo de Trabajo: Inclusión Social y Desarrollo, Rimisp, Santiago de Chile, 2017. https://www.rimisp.org/wp-content/files_mf/1503000650Diagn%C3%B3sticodelajuventudruralenColombia.pdf
- Paredes, Yenny, Eunice Yarce y Daniel Aguirre. “Condiciones sociodemográficas y perfil de salud de los adultos mayores indígenas del departamento de Nariño”. *Revista Ciencias de La Salud*, Vol. 18, no. 1 (2020): 67-81. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8764>
- Pérez, Samuel. “El valor estratégico del turismo rural como alternativa sostenible de desarrollo territorial rural”. *Agronomía Colombiana*, Vol. 28, no. 3 (2010): 507-13.
- Perry, Santiago. “La pobreza rural en Colombia”. Instituto para el Desarrollo Rural de Sudamérica, IPDRS, diciembre de 2020. https://ipdrs.org/images/en_papel/archivos/pobreza_rural_colombia.pdf
- Pineda Restrepo, Bibiana del Carmen. “Desarrollo humano y desigualdades en salud en la población rural en Colombia”. *Universitas Odontológica*, Vol. 31, no. 66 (2011): 97-102. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4051485>
- Portafolio. “Trabajadores rurales, con la tasa más alta de accidentalidad laboral”. *Portafolio*, 9 de septiembre de 2020. <https://www.portafolio.co/tendencias/trabajadores-rurales-con-la-tasa-mas-alta-de-accidentalidad-laboral-544441>
- Rodríguez Garavito, César y Diana Rodríguez Franco. *Cortes y cambio social. Cómo la Corte Constitucional transformó el desplazamiento forzado en Colombia*. 1.ª ed. Bogotá: Dejusticia, 2010.
- Rodríguez Triana, Diana y John A. Benavides Piracón. “Salud y ruralidad en Colombia: análisis desde los determinantes sociales de la salud”. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, Vol. 34, no. 3 (2016): 359-71. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n3a10>
- Rodríguez-Villamizar, Laura A., Naydú Acosta-Ramírez y Myriam Ruiz-Rodríguez. “Evaluation of the Performance of Primary Health Care Services: Experience in Rural Municipalities in Santander, Colombia”. *Revista de Salud Pública*, Vol. 15, no. 2 (2013): 167-79.
- Rodríguez, Jorge, Alejandro De La Torre y Claudio Miranda. “La Salud mental en los conflictos armados”. *Biomédica*, Vol. 22 (2002): 337-46.

- Sánchez, Roberto. “La crisis del sistema pensional colombiano. Análisis de cobertura y crítica a las fallidas reformas”. *Ensayos de Economía*, no. 32 (2008): 135-64. <https://ideas.repec.org/p/col/000418/008067.html>
- Steiner, Roberto, Jorge Humberto Botero, Mariana Martínez, Natalia Millán, María Alejandra Arias y Erika Schutt. “El sistema pensional en Colombia: retos y alternativas para aumentar la cobertura. Informe Final”. Biblioteca Virtual Repositorio Institucional Fedesarrollo, Bogotá, 12 de abril de 2010. <https://www.repository.fedesarrollo.org.co/bitstream/handle/11445/351/El%20sistema%20pensional%20en%20Colombia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Torrejón Cardona, Eryka y Carolina Mesa Restrepo. “Población rural y consumo de lo rural de la región Este de Antioquia-Colombia”. *Revista de geografía Norte Grande*, no. 66 (2017): 193-210. <https://doi.org/10.4067/s0718-34022017000100011>
- Yepes, Carlos Enrique y Yuly Andrea Marín. “Desafíos del análisis de la situación de salud en Colombia”. *Biomédica*, Vol. 38, no. 2 (2018): 162-7. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v38i0.3594>

19. Percepciones sobre avances y retrocesos en la Constitución Política colombiana de 1991 desde cuatro ciudadanos colombianos

Lucía Martínez Cuadros¹
Juan Eduardo Guerrero Espinel²

19.1. Introducción

Con el objeto de conocer la percepción de cuatro importantes personajes de la política y la vida reciente del país en relación con los avances y retrocesos que ha tenido la Constitución Política de 1991 a 30 años de su promulgación, se invitó a la doctora Aída Yolanda Abella Esquivel, senadora de la república y miembro del partido político Unión Patriótica (UP) y constituyente de 1991; a la doctora Dionne Alexandra Cruz Arenas, politóloga, catedrática universitaria y presidenta de la Asociación Colombiana de Salud Pública; al doctor Camilo González Posso, presidente de INDEPAZ, magíster en Economía, y ex-ministro de Salud, y al doctor Antonio Yepes Parra, médico, constituyente

¹ *Facultad Nacional de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia UdeA, Calle 70 No. 52-21, Medellín, Colombia, docente de cátedra, correo: lucia.martinez@udea.edu.co*

² *Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia UdeA, Calle 70 No. 52-21, Medellín, Colombia, profesor, correo: eduardo.guerrero@udea.edu.co*

de 1991, exsenador de la república, catedrático universitario y escritor. La elección de estos cuatro ciudadanos colombianos se consideró dado el conocimiento constitucional y de la realidad colombiana soportada en los procesos académicos, sociales y políticos que han realizado, para que, a través de entrevistas, expresaran su percepción sobre los avances y retrocesos en estos 30 años, desde la promulgación de la Constitución de 1991 hasta hoy. Además, por el hecho de ser personajes reconocidos y conocedores de la vida política y el sistema de salud del país.

Para la escritura del artículo se realizaron entrevistas semiestructuradas en formato virtual, una a cada uno de los invitados, en el mes de abril de 2021, que fueron grabadas y transcritas de manera literal. A partir de las percepciones e ideas allí expresadas por cada uno de los entrevistados sobre temas centrales, como cuál considera que ha sido el hecho más relevante en el orden constitucional durante las últimas tres décadas, la inclusión, el derecho a la vida, el proceso de paz, la Ley 100 de 1993, avances y garantías del derecho fundamental a la salud, entre otras, se escribieron los cuatro textos que se presentan, que fueron dados a conocer a los entrevistados para su aprobación previa. Las reflexiones aquí presentadas dan luces para comprender los avances y retrocesos que se han logrado a partir de la Constitución de 1991, llamada la Constitución de la paz.

19.2. Aída Yolanda Abella Esquivel. Nuestro gatopardismo político a 30 años de la Constitución de 1991

La exconstituyente y hoy senadora Aída Yolanda Abella Esquivel fue una de las únicas cuatro mujeres que formaron parte del equipo, cuya responsabilidad era escribir la Constitución de 1991. Las otras tres fueron: María Mercedes Carranza, poetiza, quien luchó por la libertad de prensa; Helena Herrán de Montoya, gobernadora de Antioquia, y María Teresa Garcés, abogada y viceministra de comunicaciones. Hubo un 5,2 % de mujeres en la Asamblea Nacional Constituyente, hoy en el Congreso hay 18,9 %.

En relación con el papel político de las mujeres en nuestro país, dice que se ha avanzado en la implementación del artículo 13, “[...] pero no lo suficiente, porque somos la mitad de la población colombiana”. Este hace referencia al

derecho a la igualdad, importante logro en tanto beneficia a la mitad de la población colombiana: las mujeres. Pero además reza que todos los colombianos “[...] recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, de raza, de origen nacional o familiar, de lengua, de religión y opinión política o filosófica [...]”³

La entrevistada hace un recorrido por algunos de los artículos que contemplan los derechos fundamentales. Además de resaltar sus principios, destaca que la Constitución se hizo con el lema de ser la “Constitución de la paz” y “pues la paz no se ha hecho”. Señala que, por el contrario, luego de su promulgación “sucieron unos hechos espantosos y terribles de violencia en Colombia”.

En cuanto a los principios fundamentales de la Constitución, menciona el artículo 1.º y cuestiona el cumplimiento de cada uno de sus planteamientos: “todos sabemos que no es un Estado social de derecho, que hay un desnivel entre muchas regiones del país, abandono, especialmente destaca las zonas petroleras, donde no hay siquiera carreteras como en Arauquita con 10 pozos, este parece que fuera un paraíso fiscal para las transnacionales, no hay ninguna posibilidad de que actuemos como una república unitaria hasta el momento”.

Es categórica en cuanto a que las decisiones se siguen tomando a nivel central y, cuando se permite que se tomen en las regiones, se denotan marcadas por la gran corrupción, especialmente con las regalías. Un ejemplo de ello es Casanare: “la pérdida de millones de pesos, dejando a la gente sin vías, sin salud, sin escuelas [...]”. En referencia a ser democrática, principio que como los demás no es abstracto y es de aplicación inmediata según lo ha dicho la Corte constitucional, plantea: “[...] ¿democrática! ¿democrática?, ¿un país en donde se asesinan en este momento tantos líderes sociales?”. El asesinato sistemático se ha mantenido desde 1991 con el genocidio de la Unión Patriótica, y la democracia, dice, riñe con los genocidios.

3 Aída Abella, exconstituyente y senadora, entrevista virtual, abril de 2021.

Hoy el país vive el genocidio de líderes sociales.⁴ La participación en todas sus modalidades y la pluralidad no son respetadas, “la salida de los ciudadanos a las calles a marchar se ha convertido en un problema, casi que en un delito salir y está consagrado en la Constitución [...] tiene que haber participación y tiene que ser pluralista [...] todo lo que tiene que ver con una expresión diferente es realmente perseguido en Colombia”.

Al hacer referencia a que “Colombia es un Estado además fundado en el respeto de la dignidad humana”,⁵ resalta que esta no se respeta “cuando los ciudadanos son asesinados por las propias fuerzas del Estado”. En suma, desde su percepción, se violenta todo el contenido total del artículo en mención, “y ese artículo es el que da desarrollo junto con el preámbulo a toda una serie de medidas que se toman dentro de la Constitución”.

El reconocimiento del derecho a la vida, en el artículo 11, como el derecho fundamental por excelencia en tanto si no hay vida no tienen sentido los demás derechos consagrados, reza “el derecho a la vida es inviolable, no habrá pena de muerte”; sin embargo, la violación sistemática por parte del mismo Estado, y de órganos que están bajo su responsabilidad como las fuerzas armadas, ha sido una constante durante los años 2006 y 2008, siendo la etapa más crítica 2006 a 2007,⁶ dice la exconstitucionalista: “[...] aquí lo que hay es pena de muerte, hay fusilamientos [...] que le hicieron a la gente, ¿por qué? porque necesitaban presentar positivos [...]”. Y agrega: “[...] entonces el derecho a la

4 La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) ha documentado un número creciente de estos asesinatos, que pasaron de 41 en 2015 a 108 en 2019. La oficina ha documentado 53 casos ocurridos en 2020 hasta el momento y sigue trabajando en la verificación de otros 80 casos. Al menos 49 defensoras de derechos humanos han sido asesinadas desde 2016. Ver en: <https://www.hrw.org/es/news/2021/02/10/colombia-graves-deficiencias-en-la-proteccion-de-lideres-sociales>

5 La dignidad humana es un derecho fundamental autónomo. La Corte ha determinado que la dignidad humana equivale: (i) al merecimiento de un trato especial que tiene toda persona por el hecho de ser tal, y (ii) a la facultad que tiene toda persona de exigir de los demás un trato acorde con su condición humana. Ver: Sentencia T-291 de 2016, magistrado ponente Alberto Rojas Ríos.

6 La JEP hace pública la estrategia de priorización dentro del caso 03, conocido como el de falsos positivos. Ver en: <https://www.jep.gov.co/Sala-de-Prensa/Paginas/La-JEP-hace-p%C3%BAblica-la-estrategia-de-priorizaci%C3%B3n-dentro-del-Caso-03-conocido-como-el-de-falsos-positivos.aspx>

vida el mismo Estado lo violenta y no estamos haciendo eco de cosas pasadas, sino actuales [...]”. En otras palabras, tampoco el derecho a la vida se cumple, pues “[...] tiene que ser de todos”.

Para nadie es un secreto que uno de los más grandes problemas del país está en la distribución de la tierra, es un problema histórico. El artículo 58, que versa precisamente sobre el derecho a la propiedad privada, “por supuesto tiene que respetarse para los 50 millones, la propiedad es para todos, no para centralizarla unos”. En un gran porcentaje la propiedad de la tierra en el país ha pasado, a partir de 1991, a manos de grupos irregulares, especialmente paramilitares, que por su propia mano han hecho una reforma agraria. Dice la doctora Abella:

[...] el Censo Agropecuario del 2014 nos demuestran, primero, la enorme desigualdad en este país, el 0,4 % de la población es dueña del 46,6 % de la tierra, es decir, casi la mitad del país le pertenece al 0,4 % de la población. Pero el otro dato que también es del Censo Nacional Agropecuario, que se hizo después de 45 años, cuando en todos los países del mundo se hace máximo a los 10 años [...] ¡impresionante!, que el 70 % de la tierra no tenga una legalidad, es decir, que hay familias que se apropiaron, que tienen 25 mil hectáreas, 20 mil, 15 mil, 12 mil, 10 mil, 5 mil, ¿a nombre de qué derecho humano tienen esa tierra? Se ha ganado la tierra a través de la violencia [...]”.

Los campesinos que nos proveen el alimento, que aran la tierra y la protegen son desarraigados por los grupos violentos, ni siquiera tienen derecho a los baldíos, que son propiedad de la Nación, “[...] ¿quiénes los amenazan? [...] ¡45 años sin hacer un censo agropecuario! Estaban callando, estaban siendo cómplices de la centralización y del despojo de los campesinos [...]”. La tierra, la salud como un negocio rentable, están en pocas manos y ello ha conducido al país a la inequidad, al hambre, a la muerte. Uno de los tantos ejemplos de ello: “[...] el Bajo Cauca antioqueño, [...] la gente de Valdivia, de Puerto Valdivia, de toda la ribera del río, ¡clamando porque les quitaron el río!, les quitaron el derecho a comer el pescado sano que comían, les quitaron el derecho a ser barequeros, les quitaron el derecho a su trabajo tradicional de tantos y tantos años, de siglos, ellos, sus abuelos, sus tatarabuelos, todos aprendieron a barequear con su tradición familiar, ahora no hay río”.

Pero el problema de la tierra va más allá y tiene una directa conexión con la vida, con el futuro de los seres humanos en el planeta, con la sostenibilidad ambiental; sin embargo, ello al parecer no lo ha entendido el Estado colombiano, pues “al Caquetá le quitaron en el 2004 su carácter amazónico y lo nombraron centro sur para poder entrar a explotar el petróleo en el Amazonas, el Caquetá con sus 16 municipios está concesionado para explotación petrolera, y todos sabemos que tiene que dejarse su uso, porque si no el planeta se destruye, así de sencillo, o escogemos la vida en el planeta o escogemos la explotación de petróleo [...]. Hubo una enorme equivocación y fue dejar establecido el neoliberalismo dentro de la Constitución”.

En la percepción de la exconstituyente, el pluralismo político de la constitución de 1991 es algo a resaltar, dado que estuvieron representadas todas las corrientes políticas existentes en ese momento, pero la presencia de la representación de los pueblos originarios, en cabeza de Lorenzo Muelas, “fue un bálsamo”,

fue aprender otra cosa, que muchos de los que estábamos ahí por primera vez veíamos todo el planteamiento sobre la tierra, sobre la biodiversidad, [...] fue algo refrescante en la Asamblea Nacional Constituyente, discusiones que, desde una voz diferente, desconocida hasta entonces en este espacio, llenaron muchos vacíos. Un ejemplo de ello: Lorenzo decía... “bueno, ustedes hablan de un Dios, pero nosotros tenemos 169 dioses, que entonces tienen que quedar en la Constitución”. Las discusiones se matizaban con algo fundamental [...] la madre tierra, la posibilidad de que nosotros conservamos este país, y él influyó mucho en los derechos que posteriormente dejamos en la Constitución sobre los derechos ambientales.

En concepto de algunos conocedores del derecho constitucional comparado, “tenemos tal vez la mejor carta de derechos humanos del continente latinoamericano, no hay otra similar y más avanzada”; sin embargo, agrega la entrevistada, “tenemos a la vez el país más violento de América y el país más desigual de América Latina, ¡impresionante!”. El hecho de que no se dé cumplimiento al artículo 1.º y a los derechos fundamentales, sabiendo que estamos a 30 años de la promulgación de la Constitución, “[...] es una especie de gato partidismo político: cambiemos algunas cosas para que todo siga igual o peor”.

19.2.1. Evolución del derecho fundamental a la salud

La Constitución de 1991 no reconoce el derecho a la salud como un derecho fundamental, en su lugar, el artículo 49 reza: “[...] la atención en salud y el saneamiento básico son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”. La percepción de la entrevistada es la siguiente: “[...] posteriormente evoluciona ese derecho para los ciudadanos que reivindicaban con tutelas”, mecanismo este último que en el artículo 86 se consagra y se convierte en la más potente herramienta, a pesar de sus bemoles, para la defensa del derecho fundamental a la salud, que luego la Corte Constitucional reconoce y que se incorpora al ordenamiento jurídico a través de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

Por otra parte, dice la doctora Abella, surge la Ley 100 de 1993 “[...] dizque para garantizar el servicio a todos los ciudadanos, y efectivamente se amplió el servicio, pero de ahí a que la gente tenga un buen servicio de salud hay mucho trecho [...] todo como está concebido es para que la salud sea un negocio, sea una mercancía más y no sea un derecho fundamental [...]”.

El objeto de la Ley 1751 de 2015 es la garantía del derecho fundamental a la salud y establece unos principios que son: disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad e idoneidad profesional, universalidad, *pro homine*, equidad, continuidad, oportunidad, prevalencia de derechos, progresividad del derecho, libre elección, sostenibilidad, solidaridad, interculturalidad, protección a los pueblos indígenas, protección a pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras afrocolombianas, raizales y palenqueras. La importancia de estos principios radica en que ayudan a la consecución de la plenitud de dicho ordenamiento jurídico, pero en la percepción de la entrevistada “el derecho que tenemos a la salud facilitará que se mejore el acceso a los servicios de salud, y sí, sí ha mejorado, no podemos decir que no, pero no es lo que necesitamos en este pueblo [...]”.

El artículo 5 de la concitada norma hace referencia a las obligaciones y deberes del Estado en relación con el derecho fundamental a la salud, entre ellas “[...] formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población

[...]” y el 11, que habla de los sujetos de especial protección, que, a seis años de la promulgación de la norma, está al inicio del camino. En palabras de la doctora Avella, “[...] eso se queda un poco como un saludo a la bandera [...]”.

La legislación en materia de salud es abundante, pero lamentablemente, reconoce la entrevistada, también se queda sobre el papel.

19.2.2. Tenemos dos constituciones: una de anaquel y otra de la vida real

Pasar de saber a comprender que la Constitución es la norma de normas, que es el pacto político y social que hemos establecido para construir la nación, se constituye en una oportunidad para hacer de esta una condición de posibilidad de transformación, aún a 30 años de su promulgación. Así, es necesario emprender esfuerzos tanto desde el constituyente primario, como desde todos los demás actores que comprenden lo que esta implica, por ello “nos toca hacer todo lo posible por un cambio lejos de estos partidos, que no entienden que hay una Constitución y un Estado de derecho, porque no es un Estado de derecho donde se asesina, porque no es un Estado de derecho donde hay tanta desigualdad, porque no hay un Estado de derecho donde no se respeta a unas entidades territoriales, [...] donde más de la mitad del país no tiene agua potable [...]”.

La Constitución Política de 1991 debe trascender los anaqueles y las conferencias, debe ponerse en práctica y hacer realidad el derecho fundamental a la vida, el derecho fundamental a la salud, el derecho a la propiedad colectiva, entre otros. El cambio de Constitución no se hizo “para que todo siguiera igual o peor”, y los avances que se han logrado son el resultado de las movilizaciones sociales, de la participación social, ante el abuso de la prevalencia del interés privado sobre el interés general y del aumento de la corrupción. Respecto a esto último, el informe de Transparencia por Colombia reconoce que solo entre enero de 2016 y julio de 2018 se perdieron 17.9 billones de pesos del presupuesto de inversión en el país,⁷ y en el informe de 2021 que hay “una concentración alarmante de poder en el brazo ejecutivo”⁸

7 Véase en: <https://www.eltiempo.com/justicia/delitos/dinero-que-se-habria-perdido-por-corrupcion-en-colombia-informe-de-transparencia-por-colombia-413654>

8 Véase en: <https://transparenciacolombia.org.co/wp-content/uploads/indice-de-percepcion-de-corrupcion-2020-1.pdf>

19.2.3. El genocidio de la UP, un tema necesario para la memoria

Visto desde la Constitución de 1991, el asesinato sistemático contra los miembros del partido político UP, entre los años 1985 y 1993, es una violación flagrante al derecho a la vida y al artículo 12 de la carta magna: “nadie será sometido a desaparición forzada, a torturas ni a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes”. Sin embargo, dice la exconstituyente y miembro desde esa época de dicho partido:

intentaron borrar del mapa político a un partido y no pudieron hacerlo [...] el genocidio fue una programación con ¡listas! de la gente de la Unión Patriótica, ahora también con listas matan a los líderes sociales, [...] fue una cacería humana lo que hubo, que nunca se investigó [...] nos tocó acudir a los tribunales internacionales, es hoy el caso más importante en la historia de la Comisión Interamericana de Derechos, no solamente en números, 6.534 víctimas, de ellas más de 3.800 asesinatos, con las 500 desapariciones forzadas, que nunca los hemos encontrado [...] es decir, que están asesinados [...] son más de cuatro mil y pico de asesinatos, pero también están el destierro, las prisiones, los tratos inhumanos y degradantes, la discriminación, todos los derechos de la Carta Americana de Derechos Humanos se violentaron, ¡todos!, y así lo reconoce la Comisión [...].

Como testigo directo y como víctima que fue de aquellos hechos, y de su tarea hoy como congresista, estima que “lo que hubo fue pequeñas reformas para que todo siguiera igual [...]”. Y agrega: “lo que sí nadie puede negar es que las víctimas de la Unión Patriótica no solamente quedaron en la historia nacional, no solamente están en su memoria todos los días [...] ahora mismo lo que te estoy diciendo lo hubieran podido decir Jaime Pardo Leal y Bernardo Jaramillo, José Antequera, Alfonso Pujavante, Luis Eduardo Yaya, cualquiera de nuestras compañeras como Diana Cardona, que nos la asesinaron en Medellín, [...] con sevicia, una mujer bella físicamente, después de su asesinato le cortaron su cara”.

Insiste la entrevistada en que estos hechos se están repitiendo hoy con el asesinato de líderes sociales, y que una razón de ello es que se ha dejado la Constitución en las bibliotecas y en los anaqueles de este país, no hemos comprendido su contenido.

19.3. Dionne Alexandra Cruz Arenas. La Constitución de la paz y la salud pública en la construcción de una soberanía ciudadana

En la celebración de estos 30 años de la Constitución de 1991, la presidenta de la Asociación Colombiana de Salud Pública, doctora Dionne Cruz, destaca la participación social y ciudadana como el hecho más importante que puede atribuírsele a nuestra carta magna, no porque hubiera surgido a partir de esta, sino porque la fortaleció efectivamente sobre la base de sus antecedentes como “la minga indígena”, “la marcha del silencio”, que son hechos históricos que preceden el empoderamiento y los movimientos de la participación y la acción cívica de Colombia. Ello de la mano con que “tenemos una constitución donde se reconoce el principio de la soberanía popular, de una democracia participativa”. Ese tipo de participación “es de los elementos más importantes de la Constitución, el empoderamiento y reconocimiento de una ciudadanía que tiene derechos, que además con la Constitución de 1991 reconoce que el principal fundamento y finalidad del Estado es servir a la comunidad y garantizar la dignidad humana”.⁹

Se trata de una consideración que alude, en consecuencia, a esas luchas constantes que buscan incidir y provocar saltos culturales concretos y cambios estructurales para estar en una sociedad inclusiva, diversa y pluriétnica culturalmente, utilizando las herramientas dadas por la Constitución, que se tienen y deben alcanzarse a través de la movilización social. Sobre el reconocimiento de los derechos de los pueblos ancestrales, la entrevistada sugiere que habría que etnoeducarse por medio de las normas de etnoeducación contempladas en la Ley 70 de 1993, entregadas por las mismas comunidades ancestrales para todos “nosotros los mestizos, que no reconocemos los orígenes, que no sabemos nada de nuestra historia, que vivimos muy desarraigados y muy desprendidos de todo”. A la vez, subraya este carácter para explicar la falta de orgullo patrio, de dignidad y de arraigo por las propias tradiciones, costumbres y diversidad, que poco interesa a la educación oficial. Plantea además la

9 Dionne Alexandra Cruz Arenas, presidenta de la Asociación Colombiana de Salud Pública, entrevista virtual, abril de 2021.

entrevistada que la etnoeducación debe ser para todos los colombianos, no únicamente para las culturas afros, indígenas y ROM, pues de no ser así persistiría la práctica de un racismo estructural muy afianzado culturalmente. De igual manera, enuncia problemas educativos de fondo, que alejan la posibilidad de conocer las propias fortalezas y riquezas, en ocasiones sustraídas por fuerzas ilegales con presencia en zonas dejadas por la extinta guerrilla de las FARC-EP ubicadas en los territorios de Cauca, Nariño, Chocó, Caquetá, Putumayo, Antioquia, regiones del Catatumbo y Bajo Cauca antioqueño abandonadas por el Estado.

Cruz Arenas insiste en la importancia de la educación, de conocer la historia y la Constitución para relacionarlas implícitamente con los alcances del derecho a la vida y sus implicaciones en los campos conexos de la salud y la paz. Refiere que, una vez promulgada la Constitución, se aprobó una serie de normas nefastas que llevaron a la desaparición de los conceptos *bienes públicos* y *derechos*, siendo ello una contradicción, pues “tenemos una constitución garantista, pero un modelo de desarrollo que no permite el cumplimiento de esos parámetros”. Plantea entonces lo que sucedió con la Ley 100 de 1993, que no es otra cosa que la entrega de la salud a los privados, reconociendo que es la causante de la desfinanciación del sistema sanitario y de los hospitales, “que no tienen cómo paliar una situación de ningún tipo, ni la pandemia, y antes de ella los famosos problemas de salud pública, ¡ninguno!, se rebasa todo, absolutamente todo, porque no es posible con el sistema que tenemos proteger la vida”. Sin embargo, ese derecho a la vida, debilitado con dicha Ley 100, por fortuna, según la doctora Cruz Arenas, tuvo una salida esperanzadora a través de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y la acción de tutela, orientadas a reconocer el valor de la vida y la salud como derechos fundamentales y, además, con el derecho de petición, las acciones populares y de grupo poder salvar ecosistemas de amenazas, porque detener esos problemas de contaminación ambiental a causa del uso arbitrario del glifosato y el *fracking* es salvar la vida.

Respecto al Acuerdo de Paz suscrito en el 2016 y el tema de la paz, nuestra entrevistada reconoce que se produjo un gran cambio en la sociedad colombiana, gracias a esa Constitución que ella y muchos otros colombianos

denominan la Constitución de la paz. Esta contempla la paz como un derecho fundamental en su artículo 22 y mediante el Acuerdo de Paz se hace respetar este mandato, ambos apreciados por su alcance realmente histórico. Aunque algunos actores que han sido enemigos desde el momento mismo del planteamiento del acuerdo no han valorado suficientemente este mandato según la doctora Cruz Arenas, tuvieron la intención de hacer creer que las imágenes que aparecían en la pantalla de los muertos eran ficticias, ayudando a destruir la sensibilidad frente al dolor humano, por un lado, y, por otro, con la resistencia e incredulidad ante la entrega de armas de las FARC-EP y su nuevo actuar como grupo político en el Congreso. Esa postura no se entiende, pues gracias al Acuerdo de Paz se han salvado las vidas de miles de colombianos. Observa la entrevistada que tanto el incumplimiento de la implementación de los Acuerdos de Paz, como la negación a los diálogos con el Ejército de Liberación Nacional (ELN), mantienen la tensión política en el país; sin embargo, invita a “ser muy realistas y muy prácticos con la firma del acuerdo”, pues era de esperarse que todo lo que estaba contenido no se diera inmediatamente, sino que se cumpliera, como está plasmado, en un horizonte de 20 años de implementación, para lo cual los Gobiernos sucesivos tendrían que estar muy comprometidos con su alcance progresivo. Esto, confrontado con las cifras de más de 1.000 líderes sociales y 267 desmovilizados de las ex FARC asesinados, desmienten la voluntad de paz.

Por otra parte, la doctora Cruz Arenas plantea que, como seres humanos, estamos determinados por una cantidad de variables. Nos comparte en sus disertaciones sobre la Constitución y las reivindicaciones de derechos a la paz, a la vida y a la salud aquella apreciación de que la salud pública “[...] es en sí misma revolucionaria... la salud pública no es aséptica, la salud pública no se puede entender de manera distante a la sociedad [...]”, ya que hace un llamado a la transformación y al cambio social, por ende, no se pueden concebir de manera aisladas la salud pública y las ciencias sociales, que aplican enfoques similares en el trabajo con las comunidades. Agrega, además: “yo creo que la salud pública es de lo más holístico y sistémico que pueda haber, como la vida misma”.

Con relación a la práctica médica y de la salud pública, dice que prácticamente nos encontramos en unas circunstancias en que las prácticas médicas no pertenecen en exclusiva al modelo hegemónico de salud, hoy privatizado, sino al de los saberes populares y ancestrales, al de los trabajadores y promotores de la salud. Por otro lado, plantea que “no es posible con el sistema que tenemos proteger la vida, entonces yo diría que la Ley 100 pone en serio cuestionamiento ese derecho a la vida, claro que al mismo tiempo tenemos la Ley Estatutaria, esa esperanza [...], siempre está ahí la tensión”. Así nos transmite la doctora Cruz Arenas las dimensiones y alcances de la salud pública, a la que considera como una transdisciplina en la que el maestro Héctor Abad Gómez tuvo una gran incidencia.

Habría que cambiar el sistema de salud, porque sus problemas persisten actualmente, sugiere la doctora Cruz Arenas, cambiarlo de raíz, reestructurarlo basados en la Ley Estatutaria 1751 de 2015, que reconoce el derecho fundamental a la salud, lograr que tengamos un sistema sanitario con acceso real y adecuado a las necesidades de todos, no sin antes hacer avanzar la conciencia social ciudadana hacia condiciones dignas de bienestar, desde el empoderamiento de sujetos políticos, conociendo que tenemos herramientas suficientes desde la Constitución y la ley para que se cumplan. Dice la entrevistada: “La salud pública te tiene que dar las herramientas para empoderar al ciudadano, pero también darle responsabilidad titular al Estado en la protección de los ciudadanos, no podríamos estar hablando del glifosato, ¿cómo vamos a hacer eso?, va en contravía del derecho a la salud; si yo ya sé que el glifosato es una sustancia potencialmente cancerígena, como lo declara la Agencia Internacional del Cáncer de la Organización Mundial de la Salud, y si existe principio de precaución, mal haría en continuar su uso de demostrada ineficacia, acarreado un daño mayúsculo ya conocido sobre la salud y el ambiente”.

Sin duda se debe realizar todo un trabajo de capacitación y formación, en el que las instituciones de salud y las facultades como Salud Pública y Medicina contribuyan a revertir los factores causantes de la parálisis de intervención política y empoderamiento ciudadano. Según lo analiza la entrevistada, se requiere formar profesionales de la salud más consecuentes y coherentes con los problemas de salud pública en el país.

Nos comparte también su observación sobre avances logrados legislativamente, pero por otra parte menciona que continúan los problemas generados por el sistema de salud privado, catalogado por nuestra entrevistada como nefasto y perverso, porque no se ve coherencia entre la obtención de recursos financieros de las aseguradoras (Entidades Promotoras de Salud, EPS) y la negación sistemática del derecho fundamental a la salud. Le llama la atención el hecho de la poca o nula inversión en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, reflejado en la no aplicación de la Atención Primaria en Salud (APS), cada vez más reducida y descuidada por las EPS. Reconoce la doctora Cruz Arenas que “la atención primaria es una de las estrategias más importantes que se han podido pensar en términos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad”.

Reflexiona además sobre las condiciones laborales del personal de la salud, considera que este es un sistema que no protege sus derechos, y que, por el contrario, cada vez los deteriora más a través de la subcontratación, la tercerización, no se dan garantías de seguridad social y el pago de salarios es inoportuno e injusto.

19.4. Camilo González Posso. El hecho más relevante desde la Constitución Política de 1991

A 30 años de la promulgación de la Constitución Política de 1991, el doctor Camilo González Posso, quien participó como negociador de los acuerdos de la Asamblea Constitucional de 1991, considera que “[...] lo más relevante en desarrollos constitucionales podría ser la Jurisprudencia de la Corte Constitucional [...]”. Dice que, “en sentido general, la Corte ha sido garantista, y ha modulado incluso a través de tutelas o de sentencias de control constitucional derechos fundamentales muy importantes, [...] derechos como a la libre expresión, al libre desarrollo de la personalidad, a la alimentación. También ha defendido la tutela, la consulta previa para comunidades étnicas, y ha logrado un desarrollo muy particular en torno al derecho a la propiedad privada individual y colectiva, que es una función social y que tiene también una función ecológica”¹⁰

10 Camilo González Posso, presidente de Indepaz, entrevista virtual, abril de 2021.

Es importante resaltar los pronunciamientos que hizo la Corte Constitucional sobre las formas de participación ciudadana. Algunos de ellos fueron entre 1997 y 1998 sobre “el mandato ciudadano por la paz, que es un hecho de expresión popular, de diez millones de colombianos que se pronunciaron por la paz, por el Derecho Internacional Humanitario [...] eso le abrió la puerta a unas alternativas de solución negociada que se habían bloqueado después de la constituyente con las FARC, el ELN”.

Sin embargo, el entrevistado considera que hubo contradicciones entre el avance constitucional, el retroceso político y legal y la realidad social, “porque se aprueba la Constitución de 1991 y tenemos un Congreso de la República retomado por el paramilitarismo y un régimen que fue parte del desencadenamiento del ciclo de mayor violencia en Colombia y del mayor número de muertes por violencia sociopolítica en la época de los 90 y la primera década de este siglo”. Reconoce que, gracias a la Constitución, se crearon ciertas condiciones para que la posibilidad de institucionalidad para la paz siguiera vigente.

19.4.1. La paradoja del hecho constituyente: conquistas desde abajo

Históricamente y hasta la Constitución de 1991, las comunidades étnicas estaban al margen de la arena política, y en la Constitución de 1886 no habían sido asociadas a esta, ni tampoco se hacía la más mínima alusión a su existencia. Así, “[...] la Constitución significó un avance en lo que ha tenido que ver con los derechos étnicos en Colombia”.

Por otro lado, y en relación con la defensa de estos logros por parte de los pueblos originarios indígenas, considera que “ha habido un escenario de confrontación brutal y de intentos de regresión de esas conquistas constitucionales [...] todo esto ha sido una tensión, ha habido acción y reacción, dinámicas y contradinámicas [...]”.

En materia de educación bilingüe, consagrada en el artículo 10 y que hace parte de los principios fundamentales constitucionales, habría que decir que “[...] es muy desigual, no se ha avanzado con lo que consagra la Constitución, ¡hay conquistas!, pero esas conquistas proceden más del empoderamiento de los pueblos que de decisiones institucionales, son conquistas desde abajo”.

19.4.2. Derecho a la vida: darwinismo de mercado

En relación con el derecho a la vida, derecho fundamental por excelencia, contemplado en el artículo 11 de la Constitución de 1991 y que es un derecho subjetivo fundamental, con posición preferente y obligatoriedad directa e inmediata, hay que reconocer que su planteamiento no ha logrado trascender. Dice el doctor González Posso: “Yo creo que los avances en esa materia desde el punto de vista legislativo han sido muy pobres [...]”. Y va más allá en su interpretación: “hay que tener el concepto de que en la propia Constitución está consagrado el derecho a la vida digna, es decir, el derecho a la vida en su relación con los derechos fundamentales, políticos, económicos y socioambientales”.

Más allá de la propia constitución aprobada en 1991 está el bloque de constitucionalidad que incorpora tratados y convenios internacionales. Ese bloque ha contribuido, por ejemplo, con la incorporación del Derecho Internacional Humanitario al propósito constitucional de buscar la preservación de la vida de los conciudadanos. Aquí también se puede señalar la distancia entre la norma constitucional y la realidad en la cual “ha habido una lógica darwinista social, [...] la no regulación del derecho a la vida y conexos han implicado que no ha existido la potencia institucional para doblegar la violencia en Colombia, ¡las violencias!”.

19.4.3. Derecho a la paz. Lo que más ha crecido es la no guerra

La Constitución Política de 1991 consagra dentro de los derechos el derecho a la paz en su artículo 22. En relación con ello, dice González Posso que “el Acuerdo de Paz tiene una trascendencia histórica, [...] una transición al posconflicto y una oportunidad de terminar con décadas de guerra; las implicaciones, incluso constitucionales y legales, que tiene son de las más importantes en los 30 años de Constitución”. La firma del Acuerdo de Paz se constituye en una oportunidad única para la nación, después de desangrarse el país durante más de 60 años. Y añade: “[...] nosotros podemos ver muchas indicaciones de la oportunidad de la paz, de terminar todas estas historias de confrontaciones armadas, [...] que no se han cerrado como muestran los hechos que se están presentando en la actualidad de asesinatos, de desplazamiento, de reiteración de violencia, de recomposición de violencias. Pero eso no quiere decir que estemos en la misma situación de antes del Acuerdo de Paz, acá ¡hay un cambio histórico!”.

Plantea el entrevistado que, según registros oficiales, “todas las curvas muestran que efectivamente hemos tenido una disminución dramática de los indicadores de violencia después de los Acuerdos de Paz [...] en materia de homicidios de personas en medio del conflicto, de homicidio sociopolítico, [...] la disminución ha sido del 80 %”. Y agrega: “[...] Tuvimos desplazados, en el pico más alto, 650.000 por año, entre 1995-2001, y desde los acuerdos para acá ha caído el promedio anual a 100.000 desplazados. Hay disminución, pero al mismo tiempo ¡es una barbaridad que se hable hoy de 100.000 personas desplazadas cada año!”.

Indudablemente, son logros que no pueden ser invisibilizados; al contrario, deben ser reconocidos y mejorados. Hay optimismo al referirse a los avances en materia de paz:

[...] no estamos ni en la continuidad de esa guerra ni al inicio de un nuevo ciclo de guerra [...], estamos en la oportunidad, en una verdadera transición al posconflicto [...], en un proceso irreversible respecto a la dinámica de guerra que vivimos [...], creo que hay muchos elementos de orden, de análisis, [...] que muestran que el signo que tenemos es el de la dinámica de transición al posconflicto, que es una lucha en contradicción, porque *hay un sector muy fuerte del poder que se acostumbró a la guerra, que quiere la guerra, que no quiso el Acuerdo de Paz y quiere destruirlo*, que da mensajes de negación de la justicia y de los propios acuerdos y es muy poderoso [...], no está resuelto, a pesar de que *lo que más ha crecido es el no a la guerra [...]*”.

19.4.4. La implementación de la paz, entre la presión y la simulación

Llegar a la firma de acuerdos no fue fácil, desde la propuesta del expresidente Juan Manuel Santos la paz ha tenido grandes enemigos; sin embargo, se firmó y el reto para el país que quiere la paz es hacerlo cumplir. Considera el doctor González Posso:

[...] que hay más impacto político y general de los acuerdos por la dinámica social general, que avances en la propia implementación [...], todo lo que se construyó en abstracto de esa institucionalidad tiene mucha importancia, pues se creó el sistema de justicia, el Estatuto de la Oposición, garantías por lo menos legalmente formuladas para los excombatientes y su nuevo partido, es

decir hay *un edificio en obra negra, unos cimientos y unas columnas que fueron edificadas* y por voluntad de esos acuerdos y del mandato constitucional y de la fuerza que ha tenido no han podido ser demolidos por quienes anunciaron que los iban a hacer trizas.

Pero agrega, además, que en cuanto al cumplimiento no se ha avanzado en muchos aspectos, “[...] no hay desarrollo rural integral, no hay política de drogas, [...] está paralizada la reparación democrática [...] y han sustituido eso por una lectura interesada de los acuerdos por parte del partido del Gobierno y por parte de la coalición que lo respalda, ¡lo han disminuido!, pero hay mucha presión internacional y nacional que los obliga a hacer algo, estamos entre la presión y la simulación”.

Lograr la paz en un país como Colombia, donde la guerra se convirtió en un tema ordinario, en un negocio, no es ni ha sido tarea sencilla. Al respecto, González Posso reitera que “[...] la no implementación integral es un obstáculo mayor, pero por otro lado el Acuerdo de Paz es un programa de intenciones, [...] quiere decir que condiciones estructurales de violencia han seguido vivas en el país, [...] hay poderes nacionales y regionales que ven en la violencia un instrumento de su reproducción [...]”.

Para poder avanzar en la implementación del acuerdo de manera integral, dice, “es muy importante desde diferentes actores que se mantenga muy, muy fuerte la unidad o la presión”, porque hoy “[...] las prioridades están orientadas a un gasto superfluo o a un keynesianismo de guerra, porque es plata para los militares y para la guerra, como si fueran el motor del desarrollo [...], entonces se necesita que se recupere el consenso de que la paz ¡es una inversión! Y que es la inversión más productiva para la sociedad [...]”. Encaminar todos los esfuerzos a recorrer este camino hacia la paz es una tarea que debe convocar a la nación sin dilaciones.

19.4.5. El papel de las universidades en la paz: docencia en acción, docencia transformadora

Al igual que la paz, la educación es una inversión fundamental que debemos hacer como país. En relación con el papel de la universidad en la sociedad, Manfred Max-Neef plantea la siguiente cuestión: “¿Acaso se continuará con el

adiestramiento de personas para satisfacer demandas y necesidades coyunturales?”¹¹ Dice que hemos logrado como sociedad acumular un conocimiento valioso; sin embargo, a juzgar por los resultados hoy, hemos sido incompetentes para usar dicho conocimiento en beneficio propio. Así, las universidades están llamadas a aportar en la transformación de la sociedad a través del conocimiento. En relación con ello, plantea el entrevistado lo siguiente: “[...] las universidades tienen allí una posibilidad, una oportunidad y una obligación muy grande, y es relacionar la construcción de conocimiento con la transformación social para la paz, para la no repetición, para la convivencia [...]”.

Ello se logra a través de “[...] movilizar pensamiento, contribuir a esa conciencia nacional a favor de la paz, establecer relación con comunidades especiales [...]”. Y agrega que esto se puede fortalecer con “[...] la docencia en acción, es decir, la docencia transformadora, la investigación-acción participativa”.

19.4.6. ¿Avances en el derecho fundamental a la salud?

Ni la Constitución de 1991, ni la Ley 100 de 1993 reconocieron la salud como derecho fundamental. En el artículo 49 de la Constitución se hace alusión a que “la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado [...]”. Por su parte, y de acuerdo a las reflexiones de González Posso, “[...] la Ley 100 de 1993 fue definida como una ley de atención básicamente, es aseguramiento, pero un aseguramiento para eventos de enfermedad [...] no fue planteada a partir de la garantía del derecho a la salud, ni dentro de una definición integral, comprensiva, holística del derecho a la salud y de la salud misma [...]”. Y agrega: “[...] otra cosa es que precisamente, habida cuenta de las limitaciones de la Ley 100, se hayan desarrollado movilizaciones y presiones para que se haga un reconocimiento institucional del propio derecho a la salud, ya no como incorporaciones de la Corte, sino como mandato constitucional [...] que intenta subsanar una falla en el artículo 49 [...]”. Por otra parte, recordó el entrevistado que se estaba discutiendo en el

¹¹ Manfred Max-Neef, “Transdisciplina, para pasar del saber al comprender”, *Debates*, no. 36 (2003): 14-21.

Congreso de la República una nueva reforma a la salud, a la que ni siquiera le llaman reforma, y sobre la que el Gobierno dijo: “queremos dar el mensaje de que aquí no se está cambiando la Ley 100 [...], en este país seguimos en un divorcio entre lo que es un concepto de salud y el sistema que es montado básicamente en relación con la enfermedad”.

19.4.7. La salud, un negocio, a pesar de los remiendos que le quieran poner

Las contradicciones profundas en que entra la salud como negocio, y como derecho fundamental, se develan día a día en la cotidianidad de los ciudadanos al intentar obtener su reconocimiento. Afirma el entrevistado: “[...] por un lado estamos ante una situación en la cual hay una hegemonía conceptual, de mentalidad y política alrededor de mantener y perpetuar el diseño que se hizo con la Ley 100 de 1993”. En ese diseño “[...] hay muchos intereses económicos, muy poderosos, porque efectivamente lo que se hizo con la Ley 100 fue transformar el sistema de salud en un sistema basado en el mercado [...], es decir, la salud para clientes, no se trata de personas con su dignidad humana que tienen un derecho que debe ser garantizado por el conjunto de la sociedad, responsabilidad del Estado, sino que se le da prioridad al mecanismo de clientela, de negocio y de rentabilidad, [...] eso es lo que sigue siendo, *a pesar de los remiendos y demás que le quieran poner*”.

La transformación de esa realidad requiere de bases sociales empoderadas que comprendan la magnitud del derecho fundamental a la salud. Para ello, dice el entrevistado, “[...] se necesitan movimientos sociales, como el movimiento de salud pública, como los movimientos ambientalistas, [...] digamos que existe un movimiento de una conciencia cada vez mayor de la necesidad de transformar estos sistemas y la dinámica de su privatización [...]”.

Comparando la situación actual de salud del pueblo colombiano con la de 30 años atrás, el entrevistado se plantea una serie de interrogantes, intentando explicar que no es posible endosar toda la responsabilidad de la situación de salud al propio sistema, sino que es preciso revisar otras variables,

[...] ahí vemos las situaciones contradictorias, hay una serie de indicadores de cambio y esos indicadores habría que analizarlos tomando en cuenta los

determinantes de la salud, es decir, ¿ha sido la Ley 100 lo que ha conducido a cambiar los indicadores de EDA e IRA? o ¿han sido las políticas urbanas en relación con el tema de agua potable?, o ¿algunas otras políticas que traen condiciones de vida de tipo general?, [...] en esperanza de vida, ¿la gente vive más porque le prolongan la vida con los aparatos y las nuevas técnicas de las Unidades de Cuidados Intensivos y las técnicas de operaciones a corazón abierto y todo eso? o ¿hay otros factores societales de conjunto que están explicando y que nos permiten ver que el fenómeno no solamente es colombiano?

Agrega entonces: “[...] no hay una relación de causalidad en la variación de esos indicadores con el sistema de salud, como tampoco le podemos adjudicar la responsabilidad al sistema de salud por la epidemiología de la violencia. Es un sistema extraño a eso, es decir, no tenemos un sistema que tenga en cuenta cosas como las dinámicas de violencia, no hay un concepto de salud suficiente que afronte desde un concepto de salud amplio y no de sistema de salud los problemas de la violencia [...]”.

Dice que hay que analizar con otros indicadores, “[...] pero no podríamos asignarle al conjunto de variaciones en la salud una relación con la evolución del sistema”. En nuestro sistema de salud

[...] ¡la inequidad es evidente!, la inequidad tiene que ver con la ubicación de las instituciones de la salud, el acceso a los servicios es de una inequidad tremenda, en todos los órdenes, en cuanto a tiempo de espera, gasto familiar, en todo eso es tremendamente desigual. Aparte de eso, tenemos un sistema multicéfalo de privilegios, como se trata de un negocio, se ha establecido todo este sistema de medicina prepagada que es una aberración, y hay otro asunto que son los Regímenes Especiales, que se mantienen y no son poca cosa. [...] Entonces es un sistema que no tiene una territorialidad, sino una segregación territorial.

En cuanto al asunto de la comprensión del concepto de *salud* como derecho fundamental, su integralidad y relación con la vida y el bienestar, reconoce el entrevistado que en Colombia se tiene un concepto erróneo, en tanto confunde salud con atención en salud, y plantea que hay unos paradigmas, unas visiones dominantes en este aspecto que hacen parte de la cultura, y no

hay una comprensión firme, férrea del derecho a la salud, sino de la atención a la enfermedad.

Por otro lado, plantea que también la salud pública está “atrapada en el paradigma de la enfermedad” y que “el lugar de la salud pública, pues, ha sido un lugar muy limitado”, para ello se vale de acometer acciones para solo paliar la enfermedad. Y agrega “[...] yo creo que *se redujo el concepto de salud pública*, el asunto es si en el derecho a la salud se concibe que su garantía tenga como pilar fundamental la salud pública o no [...], la salud pública ha sido subordinada al sistema de prestación de servicios de salud por el sistema privado, y eso tiene consecuencias”. Reconoce el doctor González Posso que “[...] todo lo que se había hablado de atención primaria, de aplicar las concepciones de Alma-Ata y demás, y que ese era como un elemento matriz de la salud pública, ya no es un asunto importante, y se quedó en el capítulo de promoción y prevención con cargo a las EPS y al sistema de aseguramiento, el sistema de aseguramiento subsumió a la salud pública”.

La importancia de los movimientos sociales en la transformación del estado de cosas en la sociedad es reconocida; sin embargo, para que tengan la fuerza necesaria esos movimientos, dice González Posso, “[...] deben ser con base social, pues sino es un movimiento de opiniones con capacidad de incidencia ocasional”. Reconoce que, en relación con el derecho a la salud, se han presentado “algunos movimientos, entre los cuales ha habido movimientos por la salud pública, movimientos por la reforma de la Ley 100 de 1993, por la conformación de un nuevo sistema, movimientos que han tenido alguna incidencia en debates parlamentarios [...]”. Sin embargo, se pregunta: “¿cuándo un movimiento o una acción social se transforma en movimiento social transformador?”. Y responde a su vez: “yo creo que es cuando logra reunir un sector considerable de la población en defensa de un nuevo paradigma”, y reconoce que es ahí, “en ese terreno, donde tenemos las limitaciones y que no ha adquirido la dimensión de un movimiento social con suficiente capacidad/potencia transformadora”. Agrega que en el país estos movimientos han sido sustentados básicamente por académicos, pero que no tienen un arraigo social y que las tutelas han sido el verdadero movimiento social por la salud.

19.5. Antonio Yepes Parra. La salud y la educación como derechos fundamentales a 30 años de la Constitución de 1991

Las percepciones que el doctor Antonio Yepes Parra comparte sobre su vivencia como constituyente de 1991 nos llevan a pensar en los verdaderos cambios sociales y políticos que han ocurrido a 30 años de promulgada la Constitución. Deja en estas ver su aprecio por esa experiencia que le permitió aprender a relacionarse y dialogar con personas de pensamientos diversos y de percibir como todo un ejemplo la realización de la Asamblea Constituyente, bajo la dirección tripartita de posturas políticas disímiles de las más importantes corrientes de ese momento, y que lograron, a pesar de ello, construir acuerdos que quedaron plasmados en la carta magna. Señala haber interactuado con personas del M-19, la Unión Patriótica (UP), del Partido Conservador y con Álvaro Gómez Hurtado, y que los movimientos de mayor votación en la Séptima Papeleta fueron el M-19, el Partido Liberal y el Movimiento de Salvación Nacional de Álvaro Gómez Hurtado. Concluye diciendo: “El aprendizaje mayor fue que uno puede perfectamente aportar, discutir con personas que tienen una ideología completamente diferente, y creo que eso es lo que en este momento está haciendo falta en el país, si se ponen de acuerdo los dirigentes políticos para que haya más educación, más salud, para que no haya violencia, no haya terratenientes, eso sería un avance grandísimo”¹²

Yepes Parra referencia un trabajo investigativo de Carlos Restrepo Piedrahita sobre las 19 constituciones que ha tenido Colombia desde 1810. El entrevistado destaca que el trabajo menciona que de las 19 hay “nueve de diámetro nacional” y que la de 1991 es la única Constitución que fue aprobada mediante voto popular, en lo que “jugó un papel fundamental la llamada Séptima Papeleta”, hecho importante que logró la convocatoria a la Asamblea Nacional Constituyente impulsada, entre otros, por el doctor Fernando Carrillo.

El doctor Yepes Parra prefiere referirse a temas de la salud por su incidencia en la Facultad Nacional de Salud Pública en esta ocasión de la celebración de los 30 años de la Constitución. Un hecho importante en el tema del

12 Antonio Yepes Parra, exsenador, entrevista virtual, abril de 2021.

derecho a la salud fue que no se tuvo en cuenta en la Comisión Primera, en la que se discutieron los derechos fundamentales, sino, según él, en la Comisión Tercera de derechos económicos y sociales, y que, junto con el derecho a la educación, terminaron por ser definidos como derechos sociales, económicos y culturales, a pesar de que los mismos asesores de la Comisión Tercera, en la que él mismo participó, propusieran que tanto el derecho a la salud, el derecho a la seguridad social, como el derecho a la educación se incluyeran como derechos fundamentales en la Constitución. Sin embargo, eso cambió. “A la larga la Corte Constitucional nos dio la razón”, porque definió que la salud, la educación y la seguridad social son derechos fundamentales, como ocurre ahora en el país. Narra así lo que permanece en su memoria:

[...] en la Comisión Primera se hablaba entonces de los derechos fundamentales, de la justicia, la creación de la Fiscalía, la Corte Constitucional, etcétera, pero no se tuvieron en cuenta, en los derechos fundamentales, la salud y la educación. Fue una discusión importante, porque se hablaba de tres tipos de derecho: los fundamentales, que son obligatorios y de inmediato cumplimiento, en los cuales están la tutela, el derecho a la vida, el derecho a la dignidad, a la no discriminación; derechos colectivos, como medioambientales, el espacio público, la libre competencia, protección del patrimonio y la moral pública. Entonces, se hablaba de derechos fundamentales y se hablaba en otro término de derechos económicos y sociales, donde estaban la salud, la educación, la seguridad social, ahí había la discusión y no se llegó a acuerdo.

En su discurrir sobre la trascendencia de la Constitución de 1991, aduce el entrevistado que los derechos fundamentales que esta concibió inicialmente son un hecho relevante, pese a la situación social y política del país, que no permite los desarrollos sociales pretendidos. Especialmente en salud, según explica, la Ley 100 de 1993 fue un intento de organizar el sistema y se avanzó en cobertura como uno de los problemas esenciales que se traía, pero no solucionó el tema de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Afirma que con la Ley Estatutaria 1751 de 2015 se reguló el derecho fundamental a la salud. Sostiene que a través de esta se pudo intervenir el mercado de los medicamentos, pero que no hubo continuidad con el cambio de Gobierno en relación con esa intervención, y resalta temas fundamentales

planteados como los principios de disponibilidad, accesibilidad, calidad e idoneidad profesional. Otro punto que analiza sobre la Ley 100 es el de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), con lo cual no está de acuerdo, porque un servicio como la salud no debe ser un negocio con rendimientos económicos. El entrevistado sostiene que “la salud debe ser regulada por un organismo puramente estatal”.

En torno al tema de la salud pública, recuerda las campañas de promoción de la salud realizadas en torno a la calidad del agua que se hicieron jalonadas por el médico salubrista Héctor Abad Gómez, en Medellín, a través de las cuales logró que Empresas Públicas de Medellín fortaleciera su sistema de alcantarillado, y resalta, por estar convencido de ello, que la salud, fuera de ser un servicio básico de atención o servicio asistencial, debe ser un servicio educativo individual y colectivo. Sostiene además:

Yo creo que hay que partir de una base que decía el maestro Héctor Abad Gómez, cuyo nombre lo lleva nuestra Facultad de Salud Pública, el maestro decía que la medicina no es una ciencia, sino que es una práctica social y me parece que ese es el punto fundamental para enfocar la actividad, no es una ciencia porque si fuera una ciencia nadie se moriría, si la medicina fuera una ciencia exacta nadie moriría, entonces es una práctica social, obviamente con la ayuda de actividades científicas muy importantes. Yo creo que esto da lugar a que al paciente hay que enfocarlo muy íntegramente: en sus condiciones familiares, condiciones sociales, condiciones de empleo, y hay que educarlo.

Nos advierte el doctor Yepes Parra que realmente “a partir de la Ley 100 de 1993 se ha avanzado poco en salud pública, porque no hay promoción de la salud, ni prevención de la enfermedad, ni tampoco rehabilitación, ni educación sanitaria permanente”. Reitera que “con la pandemia se demostraron las limitaciones en educación para la salud, para que las personas sepan manejo de los hábitos pertinentes, no se ha hecho ni se tiene capacidad operativa y técnica”. En áreas urbanas, le parece lógico que se haya avanzado en el tema de saneamiento básico, pero que en las zonas rurales esto sucede más bien lento, pero su parecer es que “los problemas centrales no los hemos todavía enfrentado”. “La salud pública se volvió inoperante porque los privados están dedicados a actividades asistenciales individuales, y no a programas educativos,

se abandona una parte importante de la salud en prevención, promoción y rehabilitación absolutamente necesaria”.

El doctor Yepes Parra cree que las leyes 100 de 1993 y 1751 del 2015 pueden significar un avance en relación con la situación de salud, comparado con el momento antes de la Constitución de 1991, en tanto se tenían más dificultades en el sistema de salud nacional y menos cobertura, pero, por otro lado, hoy tenemos las falencias de que no se enfatiza sobre el control del mercado de los medicamentos y que no se ha avanzado en el concepto de *salud integral*, que sería lo importante. Dice que la cobertura en rehabilitación emocional sigue siendo baja o que ni siquiera se está ofreciendo en el país. Invoca, como salubrista, el asunto preventivo de la siguiente manera:

Si no tenemos ciudadanos que saben cómo se previenen las enfermedades, que saben qué es bueno para su salud, qué cuida su salud, qué cuida a su familia. Y sabemos que aquí todo va íntimamente ligado, si la persona tiene empleo, si no tiene empleo, cómo es la composición de su hogar, cómo es la educación que ha recibido, porque todo eso influye en el sistema de salud. No es lo mismo que llegue la persona que está bien nutrida, que vive tranquilamente, que pudo estudiar hasta niveles avanzados, a la persona que tiene poco nivel educativo, que no tiene empleo estable, como la gran mayoría en el país. Son dos personas que no las podemos tratar igual de ninguna manera, venga le médico, ¿qué tiene?, fiebre: analgésico y hasta luego, ¡se fue!

Un poco concluyendo con la problemática que genera la Ley 100 de 1993, nuestro entrevistado afirma que la atención de la salud como un negocio privado, que fue en lo que se convirtió, genera más desigualdad social y ello se ve en los planes de medicina prepagada solo para quienes tienen la posibilidad de adquirir dichas pólizas, siendo esta una forma de discriminación en el derecho fundamental a la salud. Ello vulnera principios de la norma como la accesibilidad, la disponibilidad, la aceptabilidad y la calidad, pues insiste en que, como derecho fundamental, tiene que ser igual para todos los pacientes, independiente del estrato socioeconómico.

Considera el entrevistado que, en materia de educación, se da también un desconocimiento como derecho fundamental, toda vez que el derecho a la educación coexiste con la educación privada, y es diferente para las zonas

urbanas y rurales, e incluso hay diferencias cuando se trata de poblaciones afros, indígenas, campesinos, gitanos, y que, comparando las tasas de analfabetismo en estas últimas, “es del 16 % frente al resto de la población, que es del 8 %”. Señala que las diferencias en calidad son serias y que incluso en materia de cobertura entre la población urbana y rural hay diferencias muy grandes.

Alude al problema de la inequidad en el derecho fundamental a la educación entre poblaciones rurales y urbanas y campesinas, indígenas y gitanas. En relación con la obligación de la enseñanza bilingüe, contenida en el artículo 10 constitucional, reitera “haber avanzado muy poco en cobertura para los afros, indígena y ROM, y no se está cumpliendo con lo establecido de formar docentes para educar en los respectivos idiomas”.

Con relación al artículo 11 constitucional, derecho a la vida, considera que se ha avanzado poco desde la promulgación de la Constitución de 1991, y considera que, a pesar del Acuerdo de Paz, persisten disidencias de las FARC, grupos paramilitares y bandas criminales, y que prueba de ello son las “masacres de dirigentes sociales”.

En este contexto de avances o retrocesos respecto a la Constitución de Colombia con motivo de sus 30 años, el doctor Yepes Parra le da preponderancia a la problemática política, en la que, según plantea, temas como la paz, la participación ciudadana y los procedimientos democráticos se han polarizado en el país, lo que impide el desarrollo de temas fundamentales que los mismos políticos podrían promover a través de acuerdos para aumentar la cobertura en salud y educación, y el respeto de la vida de los líderes sociales y campesinos. Dice que algunos dirigentes plantean que el país aparentemente no tiene condiciones para ofrecer un servicio total e integral de salud a los ciudadanos, pero que, sin embargo, sí hay presupuesto para destinar a la guerra, pero no para los derechos fundamentales de salud, educación, saneamiento ambiental, seguridad social. Con todo, el entrevistado considera que “se necesita un cambio político y de las condiciones sociales, pues la violencia tiene sus orígenes en la inequidad social”; que los recursos se podrían obtener, por ejemplo, de tierras para cultivar, no para los latifundios improductivos o para ganadería extensiva. Considera, entonces, que el Acuerdo de Paz con las FARC-EP es interesante como fenómeno social en el país, a pesar de los enemigos internos que

tiene y de los ataques permanentes a la Comisión de la Verdad, y que incluso han pretendido acabar con la Justicia Especial para la Paz (JEP).

La pandemia de la Covid-19 llega también a formar parte de las problemáticas del país, porque ha “reflejado las limitaciones del sistema de salud y agudizado los problemas sociales, debido a que tenemos una economía informal”. Considera Yepes Parra que la Facultad Nacional de Salud Pública tiene un papel muy importante en la educación de la comunidad y que tanto el Gobierno nacional como el departamental debieron convocarla para hacer el trabajo con la comunidad, en el sentido de que “siga las normas, [...] se vacunen y estar atentos a estos fenómenos complejos, [...] a tener cuidados higiénicos y de saneamiento en las viviendas”, pues el problema del virus se ha agravado precisamente por la falta de educación sanitaria y la agudización de los problemas sociales como el desempleo, violencia y el deterioro de la salud mental por el encierro. Cree que la Facultad Nacional de Salud Pública “lógicamente debe intervenir en los análisis estadísticos, en los análisis epidemiológicos que son fundamentales en este momento, pero una tarea esencial es la educación comunitaria en salud”. Concluye haciendo énfasis en que la crisis que vivimos por la pandemia refleja las grandes limitaciones del Sistema de General de Seguridad Social en Salud (sgss), ya que es puramente asistencialista e inequitativo en la prestación de los servicios, que no invierte en prevención de la enfermedad ni en la promoción de la salud y no ha previsto otros problemas acarreados por el encierro, porque no advierte la relación con los problemas económicos, sociales y mentales que viven las familias. La Constituyente estuvo conformada por cinco comisiones:

- Comisión Primera: principios, derechos, deberes, garantías y libertades fundamentales, mecanismos e instituciones de protección. Participación democrática. Sistema electoral. Partidos políticos. Estatuto de oposición. Mecanismos de reforma constitucional.
- Comisión Segunda: ordenamiento territorial del Estado. Autonomía regional y local.
- Comisión Tercera: Gobierno y Congreso. Fuerza pública. Régimen de Estado de Sitio. Relaciones Internacionales.

- Comisión Cuarta: administración de Justicia y Ministerio Público.
- Comisión Quinta: asuntos económicos, sociales y ecológicos.¹³

Nota: de acuerdo con la *Gaceta Constitucional* número 4, donde aparecen los nombres de los constituyentes y su pertenencia a las comisiones, el doctor Antonio Yepes Parra estuvo en la Comisión Quinta.

Bibliografía

- Colombia. Congreso de la República. Ley Estatutaria de salud 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.
- El Tiempo. “Casi \$ 18 billones se habrían perdido por corrupción”. *El Tiempo*, 18 de septiembre de 2019. <https://www.eltiempo.com/justicia/delitos/dinero-que-se-habria-perdido-por-corrupcion-en-colombia-informe-de-transparencia-por-colombia-413654>
- Max-Neef, Manfred. “Transdisciplina, para pasar del saber al comprender”. *Debates*, no. 36 (2003): 14-21.
- República de Colombia. *Gaceta Constitucional No. 4*. Bogotá: Imprenta Nacional, 1991.
- Transparency International. Índice de percepción de la corrupción 2020. Berlín: Transparency International, 2021. <https://transparenciacolombia.org.co/wp-content/uploads/indice-de-percepcion-de-corrupcion-2020-1.pdf>

¹³ República de Colombia, *Gaceta Constitucional No. 4* (Bogotá: Imprenta Nacional, 1991).

Índice de figuras

FIGURA 1. Línea del tiempo sobre el devenir legal de la dimensión colectiva del derecho fundamental a la salud (DCDFS) en Colombia.....	61
FIGURA 2. Lugares. Medellín, Colombia.....	211
FIGURA 3. Lugares. Medellín, Colombia.....	230
FIGURA 4. Un modelo analítico para el sistema de salud de Colombia, 1991-2021.....	240
FIGURA 5. Marco regulatorio del sistema de salud de Colombia y sus denominaciones.....	246
FIGURA 6. Contexto de la salud pública en Colombia, 1991-2021.....	249
FIGURA 7. Medición de las FESP, Colombia, 2000.....	253
FIGURA 8. Abordaje integrado de las FESP, según caracterización de la OPS, 2020.....	254
FIGURA 9. Número de acciones de tutela radicadas ante la Corte Constitucional en el periodo comprendido entre 1992 a noviembre de 2021.....	268
FIGURA 10. El principio de transparencia y otros derechos para el goce del derecho a la salud.....	286
FIGURA 11. Colombia: tutelas en salud, 1999-2019 (% total de tutelas y tasa por cada 10.000 afiliados).....	290
FIGURA 12. Calificación promedio del nivel de corrupción en Colombia, 2017 (el país, el sistema de salud y sus actores).....	292

FIGURA 13. Niveles o tipos de corrupción según variables socioculturales.....	293
FIGURA 14. Alternativas para la lucha contra la corrupción	298
FIGURA 15. Cobertura de la seguridad social en salud en Colombia: la promesa de la Ley 100.....	308
FIGURA 16. Fuentes de financiación del sistema de seguridad social en salud, 2010-2020.....	317
FIGURA 17. Colombia: Unidad de pago per cápita en el sistema de seguridad social en salud, 1995-2021 (cifras en pesos constantes de 2021).....	321
FIGURA 18. Línea de tiempo de principales cambios normativos en salud desde 1993 a 2021.....	336

Índice de tablas

TABLA 1. Nicho citacional.....	119
TABLA 2. Hitos políticos y sociales en salud de Medellín, ciudad saludable 2000-2023.....	222
TABLA 3. Indicadores de ciudad saludable y ejes estructurantes del ordenamiento territorial.....	223
TABLA 4. Marco general de normas de la política anticorrupción aplicado al sistema de salud.....	296
TABLA 5. Cuotas moderadoras y copagos en el sistema de seguridad social en salud, 2021.....	314
TABLA 6. Colombia: equilibrio financiero del Régimen Contributivo de salud, 2003-2013 (cifras en millones de pesos).....	320
TABLA 7. Gasto en salud como % del PIB, 1995, 2014, 2030 y 2040 (Grupos de países por nivel de ingresos y Colombia).....	323





**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

Rectoría
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Facultad Nacional de Salud Pública

Este libro compila un conjunto de aportes realizados desde la mirada de diversas disciplinas científicas como aporte de la academia a la conmemoración de la celebración del treintavo aniversario de la aprobación de la vigente Constitución de la República de Colombia. En este se ofrece una visión crítica, reflexiva y propositiva acerca de la evolución de los derechos a la salud y a la seguridad social en el país. A través de la lectura de los textos que componen las secciones del libro, se reconocen los aportes de la Corte Constitucional, la relevancia de la acción de tutela como instrumento de la garantía del derecho a la salud y la incidencia de las luchas sociales para materializar la vivencia ciudadana del derecho a la salud, todo ello enmarcado en las tensiones generadas entre el marco constitucional producido por la nueva carta magna y la implantación del modelo neoliberal en Colombia a lo largo de tres décadas de historia.