

**JUSTICIA E INCLUSIÓN SOCIAL EN EL SISTEMA DE SALUD A PARTIR DE  
LA CONSTITUCIÓN DE 1991**

**RAÚL EDUARDO GÓMEZ PUENTES**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS  
ESCUELA DE ECONOMÍA Y ADMINISTRACIÓN  
BUCARAMANGA  
2015**

**JUSTICIA E INCLUSIÓN SOCIAL EN EL SISTEMA DE SALUD A PARTIR DE  
LA CONSTITUCIÓN DE 1991**

**RAÚL EDUARDO GÓMEZ PUENTES**

**Trabajo de grado presentado como requisito para obtener el título de  
Economista**

**Director:  
FERNANDO ESTRADA GALLEGO  
Filósofo, M.Sc.**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS  
ESCUELA DE ECONOMÍA Y ADMINISTRACIÓN  
BUCARAMANGA  
2015**

## **DEDICATORIA**

A mi padre, a quien recuerdo dándome el ánimo necesario cuando mi voluntad parecía flaquear frente la adversidad.

Por supuesto con mucho amor y cariño a mi madre, quien durante toda mi vida ha sido el apoyo fundamental. Gracias por todo.

A mis hermanas Ángela y Yohanna, y a mi hermano Andrés.

## Contenido

INTRODUCCIÓN.....	13
1. MARCO TEÓRICO.....	16
1.1. JUSTICIA.....	17
1.1.1. Teoría de la justicia: economía y filosofía política.....	17
1.1.2. ¿Por qué Sen y no Rawls? .....	20
1.1.3. Más allá del institucionalismo trascendental. ....	27
1.1.4. Una evaluación basada en comparaciones. ....	28
1.2 INCLUSIÓN SOCIAL.....	31
1.2.1. Relación inclusión/exclusión. ....	32
1.3. ESTUDIOS DE JUSTICIA E INCLUSIÓN. ....	35
1.3.1. Justicia y equidad. ....	35
1.3.2. Exclusión social y salud. ....	38
1.3.3. Pobreza, acceso a servicios de salud y gasto público. ....	41
1.4. VARIABLES DE INTERÉS.....	43
1.4.1. Matriz de variables.....	45
2. LA SALUD EN PERSPECTIVA HISTÓRICA.....	47
2.1. EN BÚSQUEDA DE LA EQUIDAD.....	47
2.2. EN BÚSQUEDA DE LA EFICIENCIA.....	51
2.3. CONCILIANDO EFICIENCIA Y EQUIDAD.....	63
2.4. EN DESARROLLO DE LA CONSTITUCIÓN. ....	66
2.5. REFORMAS AL SISTEMA DE SALUD .....	71
3. POSICIONALIDAD, INSTITUCIONES Y REALIZACIONES SOCIALES. ....	76
3.1. LA ACCIÓN DE TUTELA COMO MECANISMO DE EXPRESIÓN SOCIAL.....	76
3.1.1. Acción de tutela: alcances y evolución. ....	77
3.1.2. Acción de tutela: revelaciones y contrastes regionales. ....	84
3.1.3. Consecuencialismo y justicia en el debate alrededor de la tutela. ....	90
3.2. DESCENTRALIZACIÓN Y ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD.....	96
3.2.1. Constitución: gasto público y gobiernos locales. ....	97
3.2.2. Tensiones entre la financiación y la pobreza. ....	102
3.2.3. Pereza fiscal o incapacidad institucional. ....	105
3.3. REALIZACIONES SOCIALES DEL SISTEMA DE SALUD.....	107
3.3.1. El sistema de salud a la luz de la mortalidad y la esperanza. ....	109

3.3.2. Los ODM una medida del avance del sistema de salud. ....	117
4. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN FINAL. ....	127
BIBLIOGRAFÍA .....	131

## LISTA DE GRÁFICAS

<b>Gráfica 1:</b> Participación del sector público en el gasto público total del gobierno central, 1971-1985.....	59
<b>Gráfica 2:</b> Acciones de tutela 1992-2013 .....	79
<b>Gráfica 3:</b> No de tutelas por cada 10.000 habitantes 1992-2013 .....	79
<b>Gráfica 4:</b> Participación de la tutela por el derecho a la salud sobre el total de tutela interpuestas. ....	82
<b>Gráfica 5:</b> Gasto total en salud como % del PIB Vs Gasto en salud per cápita <sup>99</sup>	
<b>Gráfica 6:</b> Gasto directo de los hogares en salud como porcentaje del gasto total en salud. (1995-2006).....	100
<b>Gráfica 7.</b> Gasto público en salud (% del gasto total en salud) .....	100
<b>Gráfico 8:</b> Esperanza de vida al nacer 1960-2013 (años). ....	113
<b>Gráfico 9.</b> Relación entre porcentaje de la población bajo la línea de pobreza (2012) y la esperanza de vida al nacer (2010-2015). ....	116
<b>Gráfica 10 :</b> Mortalidad en la niñez Colombia por 1000 nacidos vivos. ....	120

## LISTA DE TABLAS

<b>Tabla 1:</b> Síntesis de las principales variables de interés en la investigación....	45
<b>Tabla 2:</b> Indicadores de eficiencia administrativa y hospitalaria del seguro social 1983-1987 .....	52
<b>Tabla 3:</b> Evolución de la cobertura 1960-1988.....	53
<b>Tabla 4:</b> Diferenciales socio-económicos de la mortalidad infantil y de la niñez (1976-1986), <b>ENP-86</b> .....	55
<b>Tabla 5:</b> Derechos invocados en las tutelas. % de participación anual. ....	80
<b>Tabla 6:</b> Los derechos más invocados en los cinco departamentos con mayor número de tutelas 2013. (Cifras en porcentaje) .....	81

## LISTA DE MAPAS

<b>Mapa 1:</b> Tasa de mortalidad infantil (niños menores de 1 año) período 1976-1986.....	57
<b>Mapa 2:</b> Departamentos ordenados en cuartiles según el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas, 2012.....	86
<b>Mapa 3:</b> Porcentaje de municipios certificados en salud en cada departamento. .....	106
<b>Mapa 4:</b> Esperanza de vida al nacer período 1995-2000. (años) .....	115
<b>Mapa 5:</b> Esperanza de vida al nacer período 2010-2015.....	115
<b>Mapa 6:</b> Mortalidad en menores de 5 años. (2012).....	121
<b>Mapa 7:</b> Razón de mortalidad materna (dentro de los 42 días después del parto) por cada 100.000 nacidos vivos .....	124

## RESUMEN

**TÍTULO:** Justicia e inclusión social en el sistema de salud a partir de la Constitución de 1991\*

**AUTOR:** Raúl Eduardo Gómez Puentes\*\*

**PALABRAS CLAVES:** Justicia, inclusión social, mortalidad, exclusión, sistema de salud, Constitución Política de 1991.

**DESCRIPCIÓN:** ¿Por qué debemos apelar a un concepto como el de justicia para referirnos a las desigualdades en salud?, ¿Por qué no hablar solamente de igualdad en salud? Por otra parte ¿Cuál es el sentido de estudiar el sistema de salud en Colombia a partir de la Constitución de 1991? ¿Es el sistema de salud en Colombia un absoluto fracaso? O por el contrario ¿es uno de los mejores del mundo? En la medida de lo posible esta investigación trata de dar respuesta a las anteriores preguntas, en un tema que ha ocupado en los últimos años un importante lugar en la opinión pública. La novedad de este trabajo se halla en que supera dos cuestiones sobre las que por lo general ha girado el debate en salud: 1) el análisis ceñido al estudio de la estructura institucional y 2) el enfrentamiento entre eficiencia y equidad. Sin desdeñar estos elementos, la investigación adopta una perspectiva conceptual y teórica que busca integrarlos a la discusión mostrando su interdependencia.

La comprensión de la justicia en Amartya Sen, más que buscar en los esquemas institucionales, se interesa por las realizaciones sociales. En este sentido este trabajo indaga por los resultados y las disparidades regionales en variables mortalidad en la niñez y mortalidad materna; las cuales tienen el carácter de evitables con uso racional de recursos. Por lo cual sirven para centrar la atención en aspectos de justicia regional del sistema de salud luego de cerca de dos décadas de vigencia. Asimismo la investigación centra la atención en la conjunción de instrumentos contemplados en la Constitución de 1991, como la acción de tutela, y las posibles consecuencias que estos requerimientos de justicia puede tener en el sistema de salud y los procesos de inclusión social en el país.

---

\* Trabajo de grado

\*\* Facultad Ciencia Humanas. Escuela de Economía y Administración. Director: Filósofo M.Sc. Fernando Estrada Gallego

## ABSTRACT

**TITLE:** Justice and social inclusion in the health system from the Constitution of 1991\*

**AUTHOR:** Raúl Eduardo Gómez Puentes \*\*

**KEY WORDS:** Justice, social inclusion, mortality, exclusion, health system, Constitution of 1991.

**DESCRIPTION:** Why must we appeal to a concept as that of justice to refer to the desigualdades in health?, why not to speak only about equality in health? On the other hand which is the sense of studying the system of health in Colombia from the Constitution of 1991? Is it the system of health in Colombia an absolute failure? Or on the contrary is he one of the best of the world? As far as possible this investigation tries to give response to the previous questions, in a topic that has occupied in the last years an important place in the public opinion. The innovation of this work is situated in that it overcomes two questions on which in general it has turned the debate in health: 1) the analysis encircled to the study of the institutional structure and 2) the conflict between efficiency and equity. Without disdaining these elements, the investigation adopts a conceptual and theoretical perspective that seeks to integrate them to the discussion showing his interdependence.

The comprehension of the justice in Amartya Sen, more that to search in the institutional schemes, is interested for the social achievements. In this respect this work investigates for the results and the regional disparities in variable mortality in the childhood and mother mortality; which have the character of avoidable with rational use of resources. For which they serve to centre the attention on aspects of regional justice of the system of health after near two decades of force. Likewise the investigation centres the attention on the conjunction of instruments contemplated in the Constitution of 1991, as the action of guardianship, and the possible consequences that it can have these requirements of justice in the system of health and the processes of social incorporation in the country.

---

\* Degree Work

\*\* Faculty of Humanities. Economics and Management School. Director Fernando Estrada Gallego.

## INTRODUCCIÓN

Han transcurrido más de dos décadas desde la promulgación de la Constitución política de 1991, los balances de este período reconocen un importante avance en temas como la descentralización y el reconocimiento de derechos fundamentales<sup>1</sup>. Sin embargo desde otras orillas se indica que la tarea está aún pendiente por hacer<sup>2</sup>. Un hecho que parece reforzar la opinión de los que señalan esas falencias de la Constitución son las más de 30 reformas realizadas hasta el momento<sup>3</sup>, que aún hoy, pasados ya 23 años, siguen su curso en una gama de temas de radical importancia para el país que van desde la reforma política, pasando por la justicia, hasta la reforma a la salud.

Este último aspecto es el objeto de análisis de este trabajo de investigación, pues si ha habido un aspecto de especial interés en los últimos años, ese ha sido la salud. Con la Constitución de 1991 se modificó el sistema de seguridad social en Colombia, dicha modificaciones fueron posteriormente, en el año 1993, desarrolladas por la Ley 100. Uno de los principales objetivos de dicha reforma era alcanzar un nivel de cobertura universal, logando con ello generar las condiciones para la reducción de las desigualdades y la transformación social del país. Entendiendo que la protección de la salud es un elemento central para alcanzar la equidad tan necesaria en el desarrollo de una sociedad democrática.

La realidad, que se hace eco en los medios de comunicación y en algunas manifestaciones de la sociedad, muestra un panorama disonante de estas

---

<sup>1</sup> UNIVERSIDAD DE LOS ANDES. Constitución de 1991, 20 años. Logros y pendientes. Bogotá: Ediciones UniAndes, 2011.

<sup>2</sup> Hernández (2013) presenta una mirada retrospectiva de la Constitución de 1991 señalando el fracaso del consenso constitucional debido a que: "...diversos e influyentes actores políticos y sociales no acatan ni respetan los valores y principios de la Constitución Política, abandonándola como proyecto fundacional y proponiendo un pacto constitucional alternativo".

<sup>3</sup> Para una visión a este respecto véase artículo: La Reformitis Constitucional en Colombia. Publicado en el Diario La República el 14 de mayo de 2013. [http://www.larepublica.co/asuntos-legales/la-reformitis-constitucional-en-colombia\\_38448](http://www.larepublica.co/asuntos-legales/la-reformitis-constitucional-en-colombia_38448). [última vista: 19-07-2014] También en Nolte (2011) se puede encontrar una perspectiva comparada de las reformas constitucionales en América Latina donde se halla que Colombia tiene una de las tasas de reforma más altas de la región.

aspiraciones de la Constitución. Baste con abrir un periódico o escuchar un noticiero y no se tardará mucho tiempo en ser notificado de dicha problemática. Frases como: "paseo de la muerte", "enfermedad de alto costo", "enfermedad no POS", "paciente de alto costo", "tutela por medicamentos", entre otras; son de forma recurrente encabezados de algún medio de comunicación una situación que muestra las profundas raíces de la crisis y los alcances de la misma, que se transforman en una amenaza de muerte latente para los colombianos, ¡como si no fuera suficiente con el conflicto armado!

Este trabajo de investigación tiene como propósito realizar un análisis de la situación de sistema de salud en Colombia a partir desde la perspectiva de justicia e inclusión social. Con ello se busca entender cómo ha sido la evolución de esta esfera de la vida social colombiana y su interacción con otros aspectos del Constitución como la acción de tutela y las descentralización, que sin duda juegan un papel fundamental en dicho proceso de transformación. Los elementos en juego se muestran por momentos contradictorios, las mayores tasas de cobertura dan cuenta de la protección con que cuentan los ciudadanos, sin embargo por otra parte el aumento de las tutelas, las manifestaciones sociales en contra del funcionamiento del sistema y la grave crisis financiera que ha afectado a operadores de servicios de salud tanto públicos como privados dan cuenta de una realidad distinta.

Con la adopción de una perspectiva teórica y conceptual novedosa se busca ir más allá de la mera evaluación de esquemas institucionales, conjugando el estudio del sistema de salud, a partir de la Constitución de 1991, con otro elemento de radical importancia, que trata precisamente de lo que dichas configuraciones institucionales han arrojado.

La investigación se plantea como objetivo general determinar si un cambio social específico, como la reforma realizada con la Ley 100 de 1993 en el marco de la nueva constitución política, ha sido un elemento para el avance en la justicia y la

mayor inclusión social. Este se pretende desarrollar a través de los siguientes tres objetivos específicos:

- Construir un marco analítico que sirva como fundamento para el estudio del impacto en la justicia de los cambios en el sistema de salud.
- Evaluar la evolución histórica de la salud desde las perspectivas de equidad y eficiencia como elementos vinculados a la justicia.
- Analizar la conjugación de procesos, instituciones y resultados del sistema de salud desde las realizaciones haciendo énfasis en las diferencias institucionales.

El trabajo se divide en cuatro capítulos. El primer capítulo está dedicado al desarrollo de la perspectiva teórica y conceptual así como la definición de las variables de interés para el abordaje del problema de investigación en los próximos dos capítulos. Posteriormente en la segunda parte de la investigación se presenta desde una perspectiva histórica la evolución del sistema de salud enfocada en las dimensiones de equidad y eficiencia. En el tercer capítulo está dedicado a la evaluación del sistema de salud a partir de la Constitución de 1991 con relación a tres elementos: justiciabilidad, descentralización y resultados de salud. Por último en el cuarto capítulo se dará lugar a la discusión final y las conclusiones a que haya lugar.

## 1. MARCO TEÓRICO

El título de esta investigación hace referencia a dos conceptos –justicia e inclusión social-, estos de manera conjunta forman el eje central del marco de análisis sobre el que se desarrollará este trabajo en adelante. Ahora, ¿por qué es importante dedicar un capítulo de la investigación a explicar estos conceptos?

Goetz y Lecompte<sup>4</sup> señalan que en las ciencias sociales los conceptos están íntimamente ligados con todas las fases de investigación, asumiendo la labor central de orientar y delimitar la dirección de ésta. Es posible afirmar entonces que estos conceptos actuarán como sistema de referencia para el problema que se intenta abordar. Por esta razón, y en aras de un desarrollo adecuado de la investigación, es clave que se haga una exposición lo suficientemente detallada del significado de estos conceptos, al tiempo que se da cuenta de las posibilidades y limitaciones que el uso de los mismos representará para este trabajo.

Adquiere importancia central, como fundamento para el desarrollo de la investigación resolver tres interrogantes; primero: a qué se hará referencia cuando se invoquen dichos conceptos; segundo dar cuenta del porqué de la elección de las perspectivas teóricas desde las cuales se abordan; y finalmente señalar por qué es de significativa importancia como eje orientador el uso de los mismos en un tema como el que se trata en este trabajo. Cuestiones éstas que cabe advertir guardan relación entre sí.

Reconocida la importancia que los conceptos tienen para la investigación en ciencias sociales, el propósito de este capítulo es construir un marco de análisis que sirva como eje para el desarrollo de la investigación, cumpliendo al mismo tiempo con uno de los objetivos específicos de este trabajo, a saber: construir un

---

<sup>4</sup> GOETZ, Judith y LECOMPTE, Margaret. *Ethnography and Qualitative Design*. Citado por: BONILLA-CASTRO, Elsy, & RODRÍGUEZ SEHK, Penélope. *Más allá del dilema de los métodos*. Bogotá: Ediciones Uniandes, 2000, p. 34.

marco de análisis —desde los conceptos de justicia e inclusión social— para el estudio del impacto de las reformas al sistema de salud en Colombia que han tenido lugar a partir de la Constitución de 1991.

Por lo tanto se procederá inicialmente a presentar cada uno de los conceptos de forma individual, empezando con el de justicia; con ello se intenta mostrar de manera sencilla la significación, y el porqué de la elección, del enfoque adoptado. Luego de presentados los conceptos se articularán para formar la estructura analítica con la cual se dirigirá este trabajo en adelante.

## 1.1. JUSTICIA

**1.1.1. Teoría de la justicia: economía y filosofía política.** Uno de los principales interrogantes que pueden surgir al lector al momento de abordar este trabajo está relacionado con el uso del concepto de justicia en economía, pues se asume el mismo como no concerniente a esta disciplina. Sin embargo, este concepto ha sido de especial interés desde los primeros estudios en esta área de los que se tiene registro en la historia.

Los primeros trabajos de economía se pueden rastrear hasta la Antigua Grecia, como lo señala Schumpeter en *Historia del Análisis Económico (1954)*. La justicia fue uno de los principales intereses de Aristóteles, en cuyos escritos muestra un interés especial por lo “natural” y lo “justo”. De tal manera que en el examen realizado por este filósofo griego de los mecanismos de mercado, condenaba el monopolio como “injusto”, reconociendo la importancia del estudio de los temas de economía desde esa perspectiva<sup>5</sup>. El concepto de justicia en Aristóteles vendría posteriormente a ser desarrollado en los escritos sobre justicia

---

<sup>5</sup> SCHUMPETER, Joseph. *Historia del Análisis Económico*. Barcelona : Ariel, 1994, p. 93

distributiva y justicia conmutativa de Tomás de Aquino, como lo señala en Schumpeter<sup>6</sup> y Murillo & Hernández<sup>7</sup>.

Este interés se mantendría en autores modernos como Adam Smith<sup>8</sup> y John Stuart Mill<sup>9</sup>. Sin embargo hay que señalar que dicho interés se difuminó durante algún tiempo; señala Castellanos<sup>10</sup> que el interés en los temas de justicia se circunscribió al ámbito de la filosofía política y moral; no obstante, a partir de mediados del siglo XX, se han retomado los trabajos en este tema especialmente de la mano las teoría de elección social, y de economistas y filósofos como Amartya Sen, Robert Nozick, Kenneth Arrow, entre otros.

Es necesario reconocer, como lo han hecho los autores mencionados<sup>11</sup>, que quién despertó el interés por la justicia en el siglo XX fue John Rawls, cuya obra ha tenido un impacto mucho más amplio en el pensamiento social, económico y político contemporáneo, al punto de transformar los trabajos sobre desigualdad en tal grado que Sen llega a señalar que la literatura en torno al tema no ha vuelto a ser igual desde que *Teoría de la justicia* hizo su aparición<sup>12</sup>.

De hecho el mismo Rawls señalaba que una doctrina de economía política debe incluir una interpretación del bien público basada en una concepción de justicia que guíe las reflexiones de los ciudadanos sobre problemas de política

---

<sup>6</sup> *Ibíd.*, p. 116.

<sup>7</sup> MURILLO, Francisco. y HERNÁNDEZ-CASTILLA, Reyes. Hacia un concepto de justicia social. *En* : Revista Electrónica Iberoamericana Sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación. Vol. 9, No. 4 (2011).

<sup>8</sup> SMITH, Adam. Teoría de los sentimientos morales. México: Fondo de Cultura Económica, 1978 [1759].

<sup>9</sup> MILL, John Stuart. Sobre la igualdad sexual. Madrid: Ediciones Cátedra Universitat de Valencia, 2001.

<sup>10</sup> CASTELLANOS GARCÍA, Daniel. ¿Qué es la justicia? : Una defensa de bien común desde la teoría económica de la justicia distributiva. Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 2012.

<sup>11</sup> Por ejemplo, el trabajo de Robert Nozick en *Anarquía, Estado y Utopía*, considera Castellanos es una respuesta directa al trabajo de Rawls, pues crítica la teoría de este último como insuficientemente liberal. (Castellanos, 2012; pág. 41) En el caso de Amartya Sen, éste reconoce en *La Idea de la justicia y Nuevo examen de la desigualdad* que su trabajo no hubiera sido posible sin el desarrollo inicial de Rawls, aunque difiere en líneas generales de la propuesta rawlsiana de justicia.

<sup>12</sup> SEN, Amartya. Nuevo examen de la desigualdad. Madrid: Alianza Editorial, 2004. p. 96.

económica y social<sup>13</sup>; señalamiento adopta esta investigación, y por lo cual se propone realizar un análisis desde el importante concepto de justicia.

Como se ha dejado ver el campo de la teoría de justicia está ligado en nuestro tiempo con el nombre del filósofo John Rawls. Las obras del pensador estadounidense sirvieron de plataforma de debate sobre la justicia durante la segunda mitad del siglo XX. Aunque este trabajo se aparta en líneas fundamentales del enfoque de Rawls, no es posible abordar el tema de la justicia sin hacer mención a su trabajo, tanto por su significación, como porque sirve de punto de referencia para el desarrollo de la idea de justicia que se adopta en esta investigación.

John Rawls es, como lo reconoce Amartya Sen, el principal filósofo político de nuestro tiempo<sup>14</sup>. *Teoría de la justicia (1971)* es la obra en la que Rawls recopila de manera coherente las ideas que había desarrollado hasta su momento, Mejía<sup>15</sup> considera ésta como su primera formulación definitiva. Las ideas plasmadas en ésta vendrían posteriormente a ser refinadas, y algunas de ellas corregidas, en *La Justicia como equidad: una reformulación (1985)*. Los trabajos de Rawls, y en concreto las dos obras ya mencionadas, permitieron renovar el interés por los temas de la justicia en el mundo académico, y por supuesto trasladarlo también al campo práctico, con una comprensión más clara de aquello a lo que se refería la sociedad cuando trataba el tema de la justicia.

El enfoque teórico desde el que se asimilará el concepto de justicia en este trabajo se aparta de la formulación rawlsiana; sin embargo hay que advertir que la diferenciación del desarrollo teórico de Rawls no es absoluta; pues existen, como se verá más adelante, elementos en la obra del filósofo estadounidense que resultan significativos para la comprensión del tema desde el enfoque elegido para esta investigación.

---

<sup>13</sup> RAWLS, John. *Teoría de la Justicia*. México: Fondo de Cultura Económica, 2006, p. 244.

<sup>14</sup> SEN, Amartya. *La Idea de la Justicia*. Bogotá: Taurus, 2009, p. 81.

<sup>15</sup> MEJÍA QUINTANA, Oscar. *Justicia y democracia consensual: la teoría neocontractualista en John Rawls*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores, Ediciones Uniandes, 1996. p. 35.

El concepto de justicia adoptado para realizar la evaluación del sistema de salud y sus transformaciones posteriores a la Constitución de 1991, es el planteado por Amartya Sen principalmente en dos de sus obras: *Nuevo examen de la desigualdad*<sup>16</sup> y *La Idea de Justicia*<sup>17</sup>. Es entonces pertinente, antes de elaborar el marco analítico, presentar al lector las razones por las cuales este trabajo tiene como eje central el concepto de justicia desarrollado por Sen en contraposición del enfoque rawlsiano; dado que esta aclaración permitirá una mayor comprensión de la significación del concepto, así como también la razón por la cual el enfoque de la justicia desarrollado por Sen resulta más adecuado de acuerdo con los propósitos de esta investigación.

**1.1.2. ¿Por qué Sen y no Rawls?** En *Teoría de la Justicia*, Rawls presenta el concepto de justicia para la estructura básica de la sociedad, dejando de lado el interés en el sentido de las prácticas e instituciones sociales concretas, cuestión que reconoce<sup>18</sup>. Su propósito es llevar a un nivel superior de abstracción la conocida teoría del contrato social tal como se encuentra en Locke, Rousseau y Kant<sup>19</sup>; buscando con ello generalizar y llevar a un nivel conceptual más alto la visión tradicional del contrato social. Esta situación es explicada por Mejía como un intento de kantianizar a Locke y Rousseau, y viceversa<sup>20</sup>.

El interés principal desde su concepción se encuentra circunscrito a la determinación de unos principios de justicia, que una vez establecidos, las instituciones que se derivarán estarán siempre de acuerdo a éstos. Los principios de justicia vienen dados desde la posición original; situación que es “puramente hipotética caracterizada de tal modo que conduce a cierta concepción de justicia”<sup>21</sup>. Señala Mejía que Rawls imagina allí una situación en la que todos están desprovistos de información, carencia de la que se deriva que se

---

<sup>16</sup> SEN, Amartya. *Nuevo examen de la desigualdad*. Madrid: Alianza Editorial, 2004.

<sup>17</sup> SEN, Amartya. *La Idea de la Justicia*. Bogotá : Taurus, 2009.

<sup>18</sup> RAWLS, John. *Teoría de la Justicia*. México: Fondo de Cultura Económica, 1979, p. 21.

<sup>19</sup> *Ibíd.*, p. 24.

<sup>20</sup> MEJÍA QUINTANA. *Op. cit.*, p. 40.

<sup>21</sup> RAWLS. *cit.*, p. 25.

encuentren bajo el “velo de ignorancia”<sup>22</sup>; con lo cual se asegura que al interior de la posición original todos los que participan de ella sean iguales y tengan los mismos derechos en la escogencia de los principios de la justicia. Es posible entonces identificar que el objetivo de esta visión de la justicia viene dado en un intento de tratar de establecer aquellos principios que serían adoptados de forma racional en una situación contractual.

Es posible calificar esta teoría de la justicia como contractualista, la cual se presenta como alternativa al utilitarismo criticado por Rawls<sup>23</sup>. Sin embargo, reconoce que su teoría de la justicia como imparcialidad no es una teoría contractual completa, en tanto “la idea contractualista puede extenderse a la elección de un sistema que incluya principios para todas las virtudes y no sólo para la justicia”<sup>24</sup>. Por tanto estudiosos del tema como Mejía (1996) consideran que el desarrollo teórico de Rawls es neocontractualista, en la medida en que intenta superar debilidades de los modelos contractualistas clásicos, aun cuando mantiene el interés central en el contrato social.

Amartya Sen identifica dos líneas de argumentación en los estudios de los temas de justicia, señalando que:

*El primero de estos enfoques se dedicaba a identificar los esquemas sociales perfectamente justos, y consideraba que la principal y, a veces, la única tarea de la teoría de la justicia, analizada desde esta perspectiva, era la caracterización de las «justas instituciones»<sup>25</sup>.*

Este enfoque contractualista ha sido, en consideración de Sen, la influencia dominante en la filosofía política contemporánea; y en este sentido su máxima representación es *Teoría de la Justicia* de Rawls.

---

<sup>22</sup> MEJÍA QUINTANA. Op. cit., p. 43.

<sup>23</sup> ARCOS, Oscar, y otros. Inserción precaria, desigualdad y elección social. [ed.] Jorge Iván González. Bogotá: CINEP, 2000, p. 33.

<sup>24</sup> RAWLS. Op. cit., p. 29.

<sup>25</sup> *Ibíd.*, p. 20.

En contraste con el enfoque contractualista, Amartya Sen va a encontrar un grupo de autores que adoptaron variedad de enfoques, en los que sin embargo hay un interés común: “comparar las distintas maneras en que la gente podía orientar sus vidas, bajo la influencia de las instituciones pero también del comportamiento real de la gente, las interacciones sociales y otros factores determinantes”<sup>26</sup>. Aquí se hallan autores como Adam Smith, Nicolás de Condorcet, Mary Wollstonecraft, Jeremy Bentham, Marx y John Stuart Mill. Denominada por Sen como “tradición alternativa”, el trabajo en su obra *La Idea de la Justicia* se circunscribe bajo este enfoque de pensamiento, una justicia de carácter comparativo, eso sí, sin desdeñar la posibilidad de inspiración en los aportes de los escritos de Kant, Rousseau y Rawls, de los que reconoce debe mucho de su comprensión sobre el tema.

**1.1.2.1. Dos enfoques diferentes.** La propuesta de Sen<sup>27</sup>, más que presentar respuestas a las preguntas sobre la naturaleza de la justicia perfecta, tiene como objetivo dar luces de cómo es posible plantearse la cuestión del mejoramiento de la justicia y la superación de la injusticia. Entre el enfoque de Amartya Sen y el de Rawls existen tres diferencias que, como señala el primero, exigen especial atención. Estas diferencias permiten asimismo entender de mejor manera por qué uno de estos dos enfoques es especialmente pertinente a la hora de realizar una evaluación como la que se pretende con este trabajo.

La primera diferencia frente al enfoque de Rawls que reseña Sen está relacionada con la propuesta de este último de buscar plantear una teoría de la justicia que pueda servir de base para juzgar cómo se reduce la injusticia y se avanza hacia la justicia, en lugar de sujetarse a la caracterización de sociedades perfectamente justas. En la evaluación de un cambio social específico, como el del sistema de salud a partir de la Constitución de 1991, más que una evaluación de si se ha alcanzado la justicia perfecta, interesa saber si dicho cambio supuso un paso en la reducción de la injusticia.

---

<sup>26</sup> *Ibíd.*, p. 20.

<sup>27</sup> *Ibíd.*, p. 13.

Una de las limitaciones que encuentra Sen en el enfoque de justicia de Rawls tiene que ver específicamente en si es posible que ese esquema concebido en un plano hipotético (como lo es la posición original), en el cual las razones de justicia se encuentran total y coherentemente, pueda traducirse efectivamente al mundo real en una mejora de la justicia. Señala el economista indio ésta es una de las cuestiones pendientes en el desarrollo teórico de Rawls: “tratar de demostrar cómo este coherente y consistente modelo político se traducirá en orientación para la evaluación de la justicia en el mundo real en el que vivimos y no se quede solamente en el mundo imaginario con el cual está comprometido Rawls”<sup>28</sup>.

La segunda diferencia entre los enfoques comparativo y contractual tiene que ver con las instituciones, y la manera en que son concebidas en la determinación de la justicia. En el sistema rawlsiano de justicia como equidad, se presta atención casi exclusiva a las «instituciones justas», dejando de lado una cuestión más importante, las «sociedades justas»; éstas pueden apoyarse tanto en instituciones que efectivamente funcionan en la sociedad, como también en características reales del comportamiento de las personas que la componen<sup>29</sup>. En contraste en el enfoque de Amartya Sen la justicia no está ligada únicamente a la existencia de instituciones justas.

Así es posible identificar que algunas injusticias remediables dentro de la sociedad tienen que ver con transgresiones del comportamiento y no con insuficiencias institucionales. Señala Sen:

*La justicia guarda relación, en última instancia, con la forma en que las personas viven sus vidas y no simplemente con la naturaleza de las instituciones que las rodean. En contraste, muchas de las principales teorías de la justicia se concentran de manera abrumadora en cómo establecer*

---

<sup>28</sup> *Ibíd.*, p. 109.

<sup>29</sup> *Ibíd.*, p. 96.

«instituciones justas», y conceden una función subsidiaria y dependiente a las cuestiones relacionadas con el comportamiento<sup>30</sup>.

Esto no quiere decir que Sen desdeñe el papel de las instituciones, pues reconoce la importancia de éstas en la determinación de la justicia, como se verá más adelante; pero sí tiene en cuenta otros aspectos que se escapan al mero análisis institucional de una sociedad. Acepta la relación de interdependencia establecida entre instituciones y patrones de conducta en la búsqueda de justicia para su aplicación a la economía en las sociedades contemporáneas reales.

La crítica de Sen a *Teoría de la justicia* de Rawls se centra en la simplificación que ésta hace de la relación entre instituciones y comportamiento, pues dice que esperar de las personas una vez establecidas las instituciones de acuerdo a las reglas que gobiernan la elección de éstas<sup>31</sup>. Finalmente el tercer aspecto que diferencia los dos enfoques tiene que ver con el reconocimiento de la existencia de distintas razones de justicia, que pueden desembocar en conclusiones distintas sobre la justicia en una misma situación. Señala Sen que para la idea de la justicia resulta crucial que tengamos un fuerte sentimiento de injusticia con muchos y diferentes fundamentos, y sin embargo que no coincidamos en un fundamento particular como razón dominante para el diagnóstico de la injusticia.

Algunas debilidades del enfoque rawlsiano son también analizadas por Martha Nussbaum en *Fronteras de la justicia*; particularmente su crítica está dada en términos de problemas que desde el punto de vista de la teoría de este filósofo son difíciles de tratar, cuestión reconocida por Rawls. Especialmente estos vacíos se relacionan con tres aspectos 1) el trato a las personas con discapacidad, 2) la justicia más allá de las fronteras nacionales, 3) la relación hombre-naturaleza y el ahorro para las generaciones futuras<sup>32</sup>. Ante estos problemas que se figuran insondables, la propuesta de Nussbaum se relaciona

---

<sup>30</sup> *Ibíd.*, p. 15.

<sup>31</sup> *Ibíd.*, p. 109

<sup>32</sup> NUSSBAUM, Martha. *Las fronteras de la justicia, consideraciones sobre la exclusión*. Barcelona: Paidós, 2007, p. 42.

estrechamente con el enfoque de las capacidades, como salida para tratar los temas de justicia que quedan al margen de la propuesta rawlsiana.

**1.1.2.2. Ideas para rescatar.** La existencia profundas diferencias entre los enfoques de justicia de Amartya Sen y John Rawls no es absoluta. En el pensamiento de este último hay un número importante de cuestiones que Sen rescata. Para los efectos de esta investigación se hará énfasis particularmente en elementos como la comprensión de la justicia como equidad. Asimismo no rechaza la consideración de las instituciones en la determinación de la justicia, sino que la acepta y la amplía haciendo énfasis en la vida real y su relación con éstas. En este sentido, agrega Sen:

*La identificación de esos cambios sociales y el efecto que los mismos tengan en el perfeccionamiento de la justicia [...] resulta central para la toma de decisiones sobre instituciones, comportamientos y otros aspectos determinantes de la justicia*<sup>33</sup>.

Se asume que las instituciones no pueden dejar de jugar un significativo papel en la búsqueda de justicia. Papel que para Sen es instrumental, pues una elección adecuada de instituciones ocupa un lugar de importancia crítica en el mejoramiento de la justicia en cualquier ámbito de la sociedad, pero sólo como instrumento, mas no como finalidad. Sen apela por realizar una lectura realista de las normas de conducta, y en la medida que ello tenga lugar podrá hacerse una elección adecuada de instituciones que sirvan a la búsqueda de justicia en los distintos ámbitos en los que se desarrolla una sociedad.

Otro aspecto de particular importancia para esta investigación es la necesaria eliminación de la pobreza medida como la carencia de bienes primarios<sup>34</sup>; el rescate que hace Sen de esta idea de Rawls no es incondicional, dado que es

---

<sup>33</sup> SEN. Amartya. Op. cit., p. 13.

<sup>34</sup> Los bienes primarios son introducidos por Rawls en para dar cuenta de quiénes son los menos aventajados, los cuales son definidos como: "Estos bienes son las diversas condiciones sociales y los medios de uso universal que son por lo general necesarios para que los ciudadanos puedan desarrollarse adecuadamente..." RAWLS, John. La justicia como equidad, una reformulación. Madrid: Paidós. 2002, p. 90.

necesario hacer diferencia entre medios y fines, como reconoce Estrada<sup>35</sup> (2014) al señalar que se debe hacer una distinción analítica entre éstos, debido a que para un individuo cierta dotación de bienes primarios puede resultar suficiente, mientras que para otro la misma dotación podría ser terriblemente escasa. Piénsese por ejemplo en las personas con discapacidad o con cierta predisposición a enfermedades cuyas necesidades de atención médica son mayores que las de un ser humano promedio.

Así, mientras para Rawls los bienes primarios son fines, Amartya Sen los reconoce como medios para algo más importante, las capacidades; señalando que: “Al concentrar la atención en los «bienes primarios», el filósofo [Rawls] reconoce de manera indirecta la importancia de la libertad humana al ofrecer a las personas la oportunidad real –y no sólo formal- de hacer lo que quieran con sus propias vidas”<sup>36</sup>. Aunque la comprensión de este tema no es estrictamente en el mismo sentido en que lo hace Rawls; Sen reconoce que la diversidad humana juega un papel fundamental en la realización efectiva que una persona pueda alcanzar con los mismos bienes primarios<sup>37</sup>.

Se han visto cuáles son las diferencias y semejanzas en los enfoques de justicia de Rawls y Sen. Sin embargo aún no se ha contestado la pregunta: ¿Por qué adoptar la perspectiva de teoría de la justicia en Sen y no la de Rawls? Hay que mencionar antes de todo que la respuesta a esta pregunta está estrechamente ligada con los propósitos de esta investigación, y no la validez o no de la propuesta teórica de Rawls, pues eso escapa a los alcances de esta investigación.

---

<sup>35</sup> ESTRADA, Fernando. Por qué fracasan los países: breves notas sobre Colombia. En: Munich Personal RePEc Archive.

<sup>36</sup> SEN, Amartya. Op. cit., p. 94.

<sup>37</sup> SEN, Amartya. Nuevo examen de la desigualdad. Madrid: Alianza Editorial, 2004, p. 20.

**1.1.3. Más allá del institucionalismo trascendental.** El propósito de Rawls se da en términos de definir cuáles son las instituciones que deberían existir en una sociedad para garantizar la justicia desde el contrato social. En contraposición la perspectiva de Sen tiene un carácter comparativo, es decir, una visión de justicia que concentra su análisis en la comparación de distintas realidades sociales para decidir sobre la existencia o no de justicia.

El contractualismo, del cual es Rawls el representante contemporáneo, es también identificado por Sen como el institucionalismo trascendental: señala este autor que dos de sus principales características son<sup>38</sup>:

1. Concentra su atención en lo que identifica como justicia perfecta, más que en comparaciones relativas de la justicia y la injusticia [...] su punto focal no tiene que ver entonces con la comparación entre sociedades factibles. [...] La búsqueda se orienta hacia la identificación de la naturaleza de lo «justo» y no al hallazgo de algunos criterios para una opción «menos injusta» que otra.
2. Al buscar la perfección, el institucionalismo trascendental se dedica de manera primaria a hacer justas las instituciones, por lo cual no se ocupa directamente de las sociedades reales.

Contrastando con lo anterior, la justicia desde su significación en Sen permite hacer un estudio concreto de cuestiones como el acceso a asistencia médica universal y la diferencia en las posibilidades de acceso en algunas regiones; las cuales son realidades observables que pueden reducir la injusticia, pero que nunca la existencia de ellas por si solas en una sociedad podrá ser calificada como justicia perfecta en los términos de Rawls y el enfoque contractual que éste desarrolla.

La importancia de adoptar el esquema de evaluación de justicia en Sen se justifica en tanto que centra sus esfuerzos en una evaluación de la justicia enfocada en una concepción «basada en realizaciones» donde el

---

<sup>38</sup> SEN, Amartya. Idea de la justicia. Bogotá : Taurus, 2009, p. 37-38.

comportamiento real de la gente importa, en lugar de presumir la observancia general de un comportamiento ideal, tal y como lo hace la concepción de la justicia «basada en esquemas» de la visión contractualista.

En el caso de la salud, si se estudiara este tema desde el institucionalismo trascendental o contractualismo sólo importaría, como lo señala Amartya Sen, unas instituciones, unas regulaciones, unas reglas de conducta, ante cuya presencia es posible indicar que se hace justicia. Por el contrario la perspectiva teórica que adopta este trabajo lleva a indagar lo que surge de las sociedades, incluidas las vidas que las personas viven realmente con las instituciones y reglas existentes, así como otras influencias y el comportamiento real, que afectan ineludiblemente a las vidas humanas<sup>39</sup>.

En efecto, esta investigación busca establecer cómo han afectado la vida de las personas las transformaciones que se han dado en el sistema de salud, principalmente con el cambio en la Constitución política de 1991 y la Ley 100 de 1993 que de ella se derivó, tratando de encontrar si esos cambios han supuesto un avance. Por tanto es necesario adoptar un enfoque comparativo de la justicia que permita entender ésta no sólo como un esquema institucional perfecto, sino también como una reducción de la injusticia que no necesariamente tiene que suponer que se ha alcanzado la justicia perfecta.

**1.1.4. Una evaluación basada en comparaciones.** En el apartado anterior se han presentado algunas de las principales características de la propuesta de justicia de Amartya Sen, asimismo las razones principales por las cuales este trabajo se inclinó por el concepto de justicia desde el enfoque desarrollado por este autor, cuestión que está estrechamente ligada al tema que ocupa esta investigación.

Vale la pena hacer énfasis en los rasgos principales del concepto de justicia de Sen, porque es desde allí que se determinará lo que es o no justo para efectos

---

<sup>39</sup> *Ibíd.*, p. 42.

del análisis que ocupa los siguientes capítulos de este trabajo. En este sentido es necesario reconocer de inmediato que para realizar una investigación sobre la justicia, desde el enfoque seniano, en una política práctica como la de salud, es necesario hacer uso del elemento comparativo, es decir, se requiere evaluar si cambios determinados en política pública suponen mejoramientos en la situación de justicia, o más concreto aún, si éstos son un paso en la reducción de la injusticia.

Y es que el corazón de la comprensión de justicia en Amartya Sen es, como se ha dejado ver ya en el paralelo con Rawls, el aspecto comparativo. El cual no es de cualquier clase, se trata de una comparación centrada en las realizaciones, lo que hace de la conceptualización de justicia de Sen una teoría para el razonamiento práctico que permite juzgar la reducción de la injusticia a partir del ejercicio comparativo<sup>40</sup>. Como el centro de atención principal no es la determinación de la justicia perfecta, sino los avances y retrocesos que los acuerdos sociales supongan para la misma, se requiere ineludiblemente de la comparación.

Durante este ejercicio es necesario reconocer que las injusticias remediabiles no solamente están relacionadas con fallos en las instituciones, sino que dichas situaciones de injusticia pueden deberse a transgresiones del comportamiento de las personas, como se admite en *La idea de la justicia*. En este sentido resulta esclarecedora la introducción realizada por Sen de dos conceptos diferentes de justicia de la antigua filosofía jurídica india, *niti* y *nyaya*.

Mientras que la primera idea —*niti*— hacen referencia a la idoneidad de las instituciones y su correcta organización, la segunda, como lo indica Sen, alude a lo que surge (realizaciones sociales) y a cómo surge (aspectos procesales), es decir a la justicia efectivamente lograda en las vidas de las personas. Entonces

---

<sup>40</sup> Señala Sen (2009) que: “Estamos comprometidos en comparaciones sobre el avance de la justicia cuando luchamos contra la opresión (como la esclavitud o el sometimiento de las mujeres), protestamos contra la negligencia médica sistemática (a través de la ausencia de facilidades médicas en regiones de África y Asia o de la falta de cobertura sanitaria universal en la mayoría de los países del mundo, incluido Estados Unidos)...” *Ibid.*, p. 16.

la justicia debe evaluarse por esta segunda idea, por lo que realmente arrojan esas instituciones perfectamente constituidas en el contexto social en el que se encuentran.

La injusticia desde esta perspectiva en todo momento se halla ligada a la acción, o inacción, de las personas, y en este punto concuerda Sen con Michael Marmot, al señalar que algo, por ejemplo una calamidad o una desigualdad, es una cosa injusta cuando precisamente ésta es evitable, y quienes pudieron haberla evitado han fallado en su tarea<sup>41</sup>.

Es posible considerar que esta razón es la que le da pertinencia a esta obra como parte del marco teórico de este trabajo. En efecto, la propuesta de investigación de la justicia en Sen trata de acuerdos razonados sobre cómo reducir la injusticia, que pueden ser alcanzados a pesar de las diferentes opiniones sobre lo que puede ser un régimen «ideal».

Para la evaluación de justicia en políticas prácticas la posicionalidad tiene un papel importante que debe ser tenido en cuenta. Entonces ése es, en efecto, un tema que demanda especial atención para apreciar las dificultades que tienen que afrontarse en la evaluación de la justicia y la injusticia. Este factor puede ser crucial en la interpretación de ilusiones sistemáticas y persistentes, que como se verá más adelante se expresan en la relación de las personas con el sistema de salud en Colombia, influyendo y distorsionando el entendimiento social que se tiene de las políticas públicas<sup>42</sup>. Estas ilusiones posicionales pueden imponer serias barreras, que deben ser superadas a través de la ampliación de la información para la realización de evaluaciones.

Se dilucidan en líneas generales el aporte teórico que la conceptualización de justicia realizada por Sen representa para este trabajo. Los próximos capítulos

---

<sup>41</sup> MARMOT, Michael. Determinantes de la salud para la inclusión social. [conferencia] Lima: Foro de la Sociedad Civil en salud. Y SEN, Amartya. Op. Cit., p. 36.

<sup>42</sup> *Ibíd.*, p. 198. Para información más amplia del tema ver: SEN, Amartya. Desarrollo y libertad. Bogotá: Planeta, 2000. Capítulo 4.

de esta investigación construirán su análisis sobre esta visión de la justicia para determinar el sentido de los resultados, tratando de mostrar al lector las conexiones entre esta visión de justicia y las conclusiones a la que se llegue, pues en definitiva la construcción de las mismas sólo será posible gracias a la claridad conceptual que Sen aporta al respecto.

## **1.2 INCLUSIÓN SOCIAL**

El tema de la inclusión social es determinante para el estudio del sistema de salud. En general instituciones como los sistemas de salud tienen como objetivo lograr articular las relaciones en la sociedad, reduciendo las incertidumbres y generando un ambiente de mayor integración social. Un análisis del funcionamiento de estas instituciones difícilmente podría dejar de lado este aspecto. Ahora, para determinar si el sistema de salud en Colombia, especialmente a partir de los cambios que ha tenido lugar en las últimas dos décadas, tiene el carácter de ser una institución incluyente, remite de forma indirecta a su contrario, es decir, el concepto de exclusión social.

Se presenta por lo tanto una relación inclusión/exclusión que será de interés permanente en este trabajo, sin embargo es necesario anticipar desde ya que el abordaje del problema desde este concepto estará relacionado con el fenómeno de la pobreza; con ello se trata de evitar la cosificación del ser humano en la que advierte Mires<sup>43</sup> se puede caer cuando se hace uso del concepto de exclusión social. No se busca determinar, si como un objeto, el ser humano está o no está en el sistema de salud; lo que interesa es la relación que, la posibilidad o negación de acceso a servicios médicos, guarda con el fenómeno de la pobreza y su superación concretamente.

---

<sup>43</sup> MIRES, Fernando. El discurso de la miseria o la crisis de la sociología en América Latina. Citado por: ARCOS, Oscar, y otros. Inserción precaria, desigualdad y elección social. [ed.] Jorge Iván González. Bogotá: CINEP, 2000, p. 24.

**1.2.1. Relación inclusión/exclusión.** El estudio de la exclusión en economía tiene sus orígenes más allá de la aparición misma del concepto como tal, pues señala Amartya Sen que de hecho, una buena parte de *La Riqueza de las Naciones (1776)* de Adam Smith tiene que ver con la importancia fundamental de la exclusión, y consiste en el análisis de los efectos de determinados tipos de exclusión, por ejemplo, la gente que se mantuvo fuera de los mercados (a través de la legislación) o fuera de la educación (a través de la falta de los medios privados y el apoyo del público).

En la actualidad la inclusión social ha sido un aspecto de relevante importancia, especialmente a partir del trabajo de investigación de Acemoglu y Robinson en *Por qué fracasan los países (2012)* donde se destaca la radical importancia de las instituciones en la explicación de la pobreza. Se comprende entonces que las instituciones económicas y políticas excluyentes son una característica común de las naciones fallidas. Quizá el aporte más importante de la investigación realizada por Acemoglu y Robinson va en dirección a señalar la importancia del desarrollo de Instituciones económicas incluyentes dentro de la sociedad como elemento desencadenante de la superación de la pobreza.

Por lo tanto es necesario aclarar la manera en que aquí se hará uso de dicho concepto, concretamente el de exclusión, pues como advierte Amartya Sen, la utilización del mismo debido a su amplitud puede derivar en ambigüedades que no aporten nada realmente importante a la investigación en economía, de tal manera que el uso que se hará del concepto se circunscribirá a la propuesta señalada por Sen que radica en hacer uso del mismo para centrar la atención en la pobreza como privación de capacidades. Señala:

*El papel verdaderamente importante del concepto de exclusión social radica en destacar las características relacionales en la privación de capacidades y por lo tanto en la experiencia de la pobreza<sup>44</sup>.*

---

<sup>44</sup> SEN, Amartya. Social Exclusion: Concept, Application, and Scrutiny. Office of Environment and Social Development. Asian Development Bank. June 2000. p. 6. [Traducción propia]

Comprensión de la pobreza que se encuentra más allá de la mera ausencia de ingresos, pues la perspectiva de capacidades muestra que la medida de ingresos puede resultar insuficiente para una comprensión acertada de este fenómeno. Es necesario por lo tanto “Abogar por una visión de la pobreza como el fracaso de las capacidades básicas para alcanzar determinados niveles mínimamente aceptables. [...] que van desde los físicamente elementales, como estar bien nutrido, o vestido y protegido adecuadamente, o libre de enfermedades prevenibles, etc”<sup>45</sup>.

Amartya Sen<sup>46</sup> (2000) muestra la significación del concepto de exclusión social en la literatura económica, llegando a señalar que cobra importancia en la investigación cuando se conecta con el más antiguo de pobreza como privación de capacidades. Es posible llegar a comprender que ese fracaso en las capacidades básicas tiene un componente relacional, es decir, que el mismo se encuentra inmerso en la sociedad junto con otros fenómenos como la exclusión.

La privación de capacidades puede tomar la forma de exclusión social; en este sentido la exclusión, o si se quiere la no inclusión, a disfrutar de los servicios de salud puede transformarse consecuentemente en una forma de exclusión social, que a la postre derivará en una mayor pobreza, entendida como privación para segmentos completos de la población de capacidades concretas como, por ejemplo la de vivir libre de enfermedades evitables.

Es posible entender así de mejor forma los énfasis particulares y preocupaciones focales que la idea de Exclusión Social ayuda a iluminar. De forma concreta, para lo que será el desarrollo de este trabajo de investigación, se busca investigar la manera en que la privación de servicios de salud puede resultar un factor que determine la pobreza en un territorio y asimismo profundice la injusticia, como señalan Robinson y Acemoglu: “diferentes instituciones tienen

---

<sup>45</sup> SEN, Amartya. Nuevo examen de la desigualdad. Madrid: Alianza Editorial, 2004, p. 20.

<sup>46</sup> SEN, Amartya. Social Exclusion: Concept, Application, and Scrutiny. Office of Environment and Social Development. Asian Development Bank. June 2000. p. 6.

distintas consecuencias para la prosperidad"<sup>47</sup>. Así, en la medida que el sistema de salud como institución funcione bien, en conjunción con los patrones de comportamiento, se podrá esperar mejores condiciones de sociales. Y dicha mejora, para determinar la justicia social de éste, se buscará haciendo énfasis en las realizaciones sociales. Conjugando elementos tanto de carácter institucional como de las realizaciones sociales efectivas que de éstos surgen.

Una injusticia se puede dar por múltiples razones en una sociedad, que pueden estar asociadas a la religión, la nacionalidad, la raza, entre otras, sin embargo la conjugación de los conceptos de justicia e inclusión social en este trabajo centran la atención en aquellos elementos de la justicia que están relacionados con la pobreza, de la forma en que se comprende desde el enfoque de las capacidades de Amartya Sen; en este sentido el concepto de inclusión social opera como una herramienta para enfocar la investigación en ciertos determinantes de la justicia con relación al sistema de salud.

De acuerdo con el objeto de investigación este marco teórico adopta por un lado el aspecto comparado para determinar la justicia, abriéndose más allá del mero marco institucional; por otra parte, cuando se haga el estudio de las instituciones, el interés estará centrado en los fenómenos de inclusión/exclusión social, y las desigualdades concomitantes en éstas, que se hace necesario por la adopción de un enfoque de justicia como el de Sen, Ambos aspectos se estudian en la presente investigación teniendo como objeto central el sistema de salud en Colombia.

---

<sup>47</sup> ACEMOGLU, Daron y ROBINSON, James. Por qué fracasan los países. Bogotá: Planeta, 2012, p. 107.

### 1.3. ESTUDIOS DE JUSTICIA E INCLUSIÓN.

**1.3.1. Justicia y equidad.** El objetivo de este apartado es el de presentar una revisión de la literatura que se ha desarrollado durante las últimas décadas alrededor de los conceptos que sirven de herramientas para el trabajo de investigación que se pretende desarrollar en los próximos capítulos; con ello se busca mostrar los alcances que desde distintas perspectivas se ha dado al estudio de las desigualdades en salud desde estos conceptos.

Durante los últimos años se ha incrementado el interés por los temas de justicia en el área de la salud, dando pie a la realización de una serie de trabajos que intentan dar cuenta de los avances o retrocesos del tema en distintas partes del mundo. Estos estudios muestran la estrecha relación entre equidad y justicia, cuestión, que como ya se ha visto con anterioridad, se conjuga con la realización de justicia especialmente en la esfera de la salud.

Así, la definición más aceptada de equidad en este campo dice que una desigualdad es injusta cuando la misma se puede evitar y además está asociada a la pertenencia a un grupo social determinado ya sea de carácter político, étnico, profesional, etcétera. Se halla entonces que las desigualdades injustas en salud guardan conexión con las desigualdades en otras esferas, como por ejemplo las desigualdades laborales, educativas, entre otras.

En este sentido señala Lavados & Gajardo<sup>48</sup> (2008) que no es de extrañar que uno de los capítulos de los debates sobre la salud en la actualidad sea el de la justicia, considerando, asimismo, que éste debe girar en torno de las siguientes preguntas: ¿Cuándo debe considerarse justo o injusto un servicio de salud? ¿Qué recursos es preciso asignarle para cumplir con el deber de justicia? ¿Cómo proceder cuando los recursos disponibles son menores de los teóricamente necesarios? ¿Cómo distribuir justamente los recursos insuficientes? Sin duda

---

<sup>48</sup> LAVADOS, Claudio y GAJARDO. Alejandra. El principio de justicia y la salud en Chile. En : Acta Bioethica, Vol. 14, No 2, (2008), p. 207

que por la respuesta a estas preguntas pasa la solución al debate sobre la justicia en el sistema de salud, discusiones en la cual se encuentra inmersa la necesidad de conjugar eficiencia y equidad.

Desde el trabajo de Borrero<sup>49</sup> (2011) se indica que el interés por el tema de justicia en salud está justificado por dos razones; de un lado, la persistencia de enfermedades y muertes evitables en grandes grupos de población, lo cual se presenta como gradientes en salud relacionados a su vez con la posición económica dentro de la sociedad. Esto supone un desafío tanto para los tomadores de decisiones de política como para las ciencias sociales pues es necesario consolidar respuestas que den cuenta de la existencia, y persistencia, de esos fenómenos de desigualdad.

La segunda razón que Borrero señala ha aumentado el interés por los temas de justicia en salud está relacionado con el impulso que, desde la OMS<sup>50</sup> y otros organismos multilaterales, se le está dando a los estudios sobre los determinantes sociales de la salud que son, como señala la autora, “la causa de las causas” que ayudan a comprender por qué se presentan estas desigualdades tan marcadas entre países y al interior de los mismos.

En efecto, los estudios de los determinantes sociales, según lo señala Álvarez<sup>51</sup>, centran su interés en las diferencias del estado de salud de los diferentes estratos sociales, estableciendo al tiempo conexión entre éstas y las desigualdades en la distribución de bienes sociales como: ingreso, riqueza, empleo estable, alimentación saludable, hábitos de vida saludables, acceso a servicios de salud, educación, recreación entre otros; de donde se deriva diferencias en el estado de salud de los grupos sociales, que por ser evitables adquieren el carácter de injustas.

---

<sup>49</sup> BORRERO, Yadira E. Derecho a la salud, justicia sanitaria y globalización: un debate pendiente. En : Revista Facultas Nacional de Salud Pública, Vol. 29, (2011), p. 300

<sup>50</sup> Organización Mundial de la Salud.

<sup>51</sup> ÁLVAREZ CASTAÑO, Luz. Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. En: Revista de Gerencia Polít. Salud, Vol. 8, No. 17, Bogotá : s.n., junio-septiembre (2009), p. 72-73

En concordancia con esto señala Puyol (2010) que:

*El acceso universal a una asistencia sanitaria de calidad es un requisito necesario pero insuficiente para paliar las grandes desigualdades de salud. [...] Los aspectos sociales tienen un impacto en la salud y sus desigualdades mucho mayor de lo que se pensaba hasta hace poco*<sup>52</sup>.

Agrega Puyol<sup>53</sup> (2010), que una de las cuestiones que debería preocupar más a la teoría de la justicia global es la enorme desigualdad de salud que hay en el mundo. No obstante que este trabajo tiene como objeto la investigación de la justicia específicamente al interior de Colombia y dentro de un período determinado, el enfoque conceptual adoptado en esta investigación permite, por no decir que obliga, a tener una perspectiva comparada del fenómeno, con lo cual nunca estará de más evaluar la situación desde una visión más global para observar aquello que explica la diferencia entre distintos países, y si eso mismo pudiera dar cuenta de las diferencias internas.

Ahora, retomando la relación equidad y eficiencia, la pertinencia de apelar al abordaje de estas desigualdades desde el concepto de justicia se debe a que involucra necesariamente estas dos perspectivas en el estudio de las formas de superar dichas diferencias. En este sentido agregan Lavados y Gajardo que “el discurso de la eficiencia, verdaderamente ineludible en salud, debe cobrar todo su sentido en un marco de justicia que reclama la satisfacción de unos mínimos irrenunciables y la transformación de la vida social”<sup>54</sup>.

Con referencia esta misma disyuntiva señala Vega (2001), haciendo un análisis concreto para el sistema de salud colombiano desde la reforma llevada a cabo a inicios de la década del noventa, que: “la equidad, concebida como distribución justa de beneficios entre distintos grupos sociales, regiones y localidades, fue

---

<sup>52</sup> PUYOL, Ángel. Salud y justicia global. *En*: Revista de filosofía y moral. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, No. 43, julio-diciembre, (2010), p. 482.

<sup>53</sup> *Ibíd.*, p. 479.

<sup>54</sup> LAVADOS, Claudio y GAJARDO. Alejandra. *Op. Cit.*, p. 208

considerada como dependiente de la eficiencia en la medida en que se ató la entrega de mayores recursos a un desempeño eficiente de las instituciones”<sup>55</sup>. Lo anterior deja ver una preocupación por estos dos elementos desde la formulación de la reforma, cosa que comprende Vega (2001) pues señala que la misma se formuló en respuesta a los clamores de justicia de la población excluida de servicios de asistencia médica y garantías sociales.

Para establecer si esta solicitud desde la ciudadanía de mayor justicia en este aspecto constituyó un avance, el abordaje de la evaluación desde el enfoque de las capacidades resulta más que pertinente. Este enfoque, como lo señala Puyol<sup>56</sup> (2010), permite la comparación interpersonal para determinar la injusticia en los resultados, dando lugar a determinar cuáles son esas desigualdades injustas que pueden ser corregidas sin la necesidad de vincularse con una concepción universal de buena salud.

**1.3.2. Exclusión social y salud.** Como se ha visto la relación entre el acceso a servicios de salud y otros bienes sociales como el trabajo es relevante al punto que una puede tener efecto considerable sobre la otra. Amartya Sen<sup>57</sup> así lo identifica cuando observa que ante la ausencia de un servicio nacional de salud al que puedan acceder todos los ciudadanos, una situación en la que se presente la pérdida del puesto de trabajo, pueden producir una mayor exclusión, debido a la cesación de ingresos por una parte, y la pérdida de la asistencia en salud y protección social ligada al trabajo perdido por otra; aumentando con ello el nivel de privación de capacidades.

Wagstaff (2002) asegura que la pobreza y la mala salud están interrelacionadas. Al punto que “la pobreza genera mala salud, y la mala salud hace que los pobres

---

<sup>55</sup> VEGA ROMERO, Román. Evaluación de Políticas de Salud en Relación con Justicia Social. En: Salud Pública, Vol. 3, (2001), p. 106

<sup>56</sup> PUYOL, Ángel. Op. Cit., p. 499

<sup>57</sup> Ver: SEN, Amartya. ¿Por qué la equidad en salud? En: Panam Salud Pública, Vol. 11, págs. 302-309. Y SEN, Amartya. Capitalismo más allá de la crisis. En: El Viejo Topo, (AÑO) págs. 16-23.

sigan siendo pobres”<sup>58</sup> La unión de dos situaciones, como la pérdida de empleo y la desprotección ante la enfermedad, pueden desembocar en fenómenos de exclusión social mucho más amplios que sin duda deben ser estudiados para la comprensión de las desigualdades en salud y sus consecuencias.

Se puede observar en el ejemplo anterior un espiral negativo, el cual es denominado en Banerjee y Duflo (2011) como la trampa de la pobreza relacionada con la salud, la cual se expresa en una sociedad cuando la enfermedad de una persona cabeza de hogar reduce inmediatamente, o tal vez elimina, el ingreso de la familia, por lo cual será mucho más difícil salir de la enfermedad y en consecuencia más difícil aún salir de la pobreza ante la falta de ingresos que de ella se deriva<sup>59</sup>. Esta situación se presenta en el mundo de manera significativa al punto que Jeffrey Sachs<sup>60</sup> señala que una gran proporción de los más pobres, y de hecho países enteros, se encuentran atascados actualmente en una trampa de pobreza basada en la salud.

En Patiño & Herrán (2010) se indica que las reformas al sistema de seguridad social en el país han profundizado un modelo de sociedad excluyente. En este mismo documento los autores definen la equidad como aquel estado que se logra cuando todas las personas alcanzan su potencial de salud, y, por tanto, ninguna persona será afectada por su condición social o por circunstancias socialmente determinadas y evitables<sup>61</sup>.

En este sentido el fenómeno de la exclusión social puede permitir dilucidar algunas de las más importantes aristas de la manera en que evoluciona un sistema de salud determinado y si el mismo está cumpliendo con su objetivo. Razón para que las políticas públicas llamadas a brindar solución al problema de la exclusión, deben, al menos eso es lo deseable, atender este tema en la

---

<sup>58</sup> WAGSTAFF, Adam. Pobreza y desigualdades en el sector salud En: Revista Panam Salud Pública, Vol. 11, No 5, Washington D.C. OMS, (2002), p. 316.

<sup>59</sup> Banerjee, Abhijit V. y Duflo, Esther. Repensar la pobreza. Bogotá: Taurus, 2011.

<sup>60</sup> SACHS, Jeffrey. Citado en: Banerjee, Abhijit V. y Duflo, Esther., p. 68.

<sup>61</sup> PATIÑO, Gonzalo y HERRÁN, Óscar. Las reformas colombianas a la Seguridad Social en Salud y su impacto sobre la equidad. En: Reflexión Política, Vol. 11, No. 21 (2010), p. 129.

búsqueda de justicia sanitaria, esto es: eliminar las desigualdades que no son deseables y que se pueden ser evitadas con un uso razonable de recursos.

Sin embargo, esta consideración a la hora de ser llevada a la práctica tiene sus desafíos particulares, pues como señala Subirats y otros (2004), se puede presentar la paradoja de que las propias soluciones a la exclusión puestas en marcha lleguen a convertirse en agentes de exclusión social aún más arraigados. Es decir, pueden acabar incluso propiciando nuevas situaciones de desigualdad y de segregación social de colectivos y personas, o agravando las preexistentes<sup>62</sup>.

Para evitar caer en esta paradoja se deben tener en cuenta las dimensiones de la exclusión, tal es el caso de la dimensión espacial, señalada en Subirats<sup>63</sup> (2004), en la cual los procesos de exclusión que van teniendo lugar en la sociedad se acompañan muy a menudo de procesos de segregación territorial, que retroalimentan el fenómeno.

El no acceso a servicios de salud se considera una forma de exclusión social que está especialmente relacionada con la pobreza, que puede asumir patrones de comportamiento relacionados con dimensiones geográficas. Por ejemplo, Adam Wagstaff<sup>64</sup> señala que la accesibilidad de las personas a los servicios de salud puede estar relacionada con aspectos importantes como el tiempo de viaje, que depende a su vez de la distancia, de los sistemas de transporte disponibles, de la infraestructura vial y de otros factores geográficos.

Estos patrones que adquieren una dimensión espacial en otros aspectos, como por ejemplo el ingreso ligado a los distintos estratos socioeconómicos, y las dificultades de acceso a los servicios públicos de salud, pueden empujar a

---

<sup>62</sup> SUBIRATS, Joan (director), y otros. La exclusión social: debates y concepto. Barcelona: Fundación "la Caixa", Colección Estudios Sociales. Núm. 16. 2004., p. 17.

<sup>63</sup> *Ibíd.*, p. 21-22.

<sup>64</sup> WAGSTAFF, Adam. Pobreza y desigualdades en el sector salud *En*: Revista Panam Salud Pública, Vol. 11, No 5, Washington D.C. OMS, (2002), p. 320.

grandes segmentos de la población a asumir los servicios médicos a que tienen derecho por medio del mecanismo regresivo del gasto de bolsillo.

Se hace necesaria ante esta situación la intervención permanente desde el sector público para la atención de las distintas dimensiones existentes que permita alcanzar la justicia en salud, que pasan, como ya se ha visto, desde la discusión entre eficiencia y equidad, hasta los más complejos como lo ligados al territorio en los que se ven inmersos factores políticos, y en muchas ocasiones más difíciles de detectar y superar.

**1.3.3. Pobreza, acceso a servicios de salud y gasto público.** De los muchos aspectos que pueden en última instancia estar determinando la exclusión o no del disfrute de servicios de salud, quizás el gasto público en salud es uno de los determinantes más importantes. En la forma como los mismos se distribuyen, se puede hacer una evaluación de si dicha distribución cumple o no con los criterios de justicia, pero como ya se ha mencionado anteriormente en este trabajo: lo más importante sea tal vez lo que esa distribución de recursos arroje. Es así que el gasto público debe tener como finalidad disminuir las desigualdades que se consideren injustas rompiendo con el espiral negativo que causa la enfermedad y la exclusión de los servicios sanitarios.

Es posible decir que la financiación de los sistemas de salud importa porque<sup>65</sup>:  
1) Determina la posibilidad y disponibilidad de asistencia sanitaria y define quiénes tienen acceso a ella. 2) Los mecanismos de financiación son los que establecen el grado de protección económica frente a los costos catastróficos de la enfermedad. 3) La mejora de las capacidades humanas, que se da con el acceso a servicios sanitarios, genera un aumento de la productividad y poder para obtener ingresos de las personas.

---

<sup>65</sup> Los dos primeros argumentos son esgrimidos por HSIAO, William. y LIU, Yuanli. En: Financiación de la asistencia sanitaria: valoración de sus relaciones con la equidad en salud. (2002), El segundo argumento es de SEN, Amartya. Desarrollo y libertad. Bogotá : Planeta, 2000, p. 120

Se identifica la importancia de proteger a los segmentos de población más pobres de choques financieros producidos por la enfermedad y en este sentido la protección brindada desde el Estado juega un papel fundamental para que esta realización se lleve buen término. Allí juegan un papel importante los mecanismos de financiación de la protección en salud y la administración de dichos fondos; porque, como ya se ha visto, éste es uno de los determinantes de la justicia en salud.

Por ello, en una evaluación del sistema de salud a la luz del concepto de justicia, es importante dar lugar a la discusión sobre los esquemas de financiación. Se debe buscar en qué medida estas estructuras de financiación permiten la reducción de desigualdades evitables. Que para el caso concreto de Colombia esta estructura de financiación tuvo importantes cambios en la década de los noventa, creando por la vía de la descentralización relaciones entre posibilidades de prestación de servicios de salud y capacidad de los gobiernos locales para la autogestión de fondos, que como se verá más adelante se puede ver afectada ante el problema que Wiesner<sup>66</sup> identifica como *endogenidad del gasto fiscal*<sup>67</sup>.

Cuando se mira el problema de la justicia en salud desde la eficiencia y la equidad de los esquemas de financiación se puede observar que éste adquiere otras dimensiones; por un lado se requiere que las diferencias en los resultados en salud no dependan de la región en la que habita una persona, lo que conlleva a hablar de equidad en sentido horizontal; y por otra parte se hace necesario que las responsabilidades de la financiación de los servicios de salud no recaigan solamente en el gobierno central sino que también comprometa a los gobiernos locales, con lo cual se hace referencia a equidad vertical. Entendiendo que como señala Wiesner, que las transferencias no son ni buenas ni malas, pues lo que interesa en últimas es los efectos y resultados que dicho proceso provoca.

---

<sup>66</sup> WIESNER, Eduardo. Transferencias, incentivos y la endogenidad del gasto territorial. En: Serie Archivos de Economía. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación, 2002.

<sup>67</sup> Término que acuña Eduardo Wiesner Durán para indicar la excesiva dependencia de transferencias de recursos del nivel nacional.

De modo que la descentralización de la prestación de servicios de salud es impulsada bajo el argumento de la eficiencia del uso de los recursos, es decir, de permitir llegar a más personas con la misma cantidad de recursos, como fue el caso de Colombia; al tiempo que no se puede dejar de lado el debate de la equidad en el disfrute de dichos servicios lo cual se constituye en elemento determinante si lo que se quiere es ampliar las capacidades de la que disfruta una persona.

Identificados los rasgos más importantes de los conceptos de justicia e inclusión social, así como los aspectos a los cuales se les debe dar mayor importancia, se procederá en los próximos capítulos a realizar el análisis de la evolución del sistema de salud y su relación con las personas; haciendo especial énfasis en los resultados reales, para lo cual se hará uso de variables que permitan identificar dichos cambios si los hay.

#### **1.4. VARIABLES DE INTERÉS.**

Luego de realizada la presentación de los enfoques conceptuales que sirven de guía a este trabajo, es necesario hacer una selección de las variables que permitan, desde el enfoque adoptado, realizar el análisis de la evolución del sistema de salud en Colombia durante las últimas décadas a partir de la Constitución política de 1991.

A partir de los conceptos, y de la claridad que los mismos brinden en la forma de abordar el problema, se puede realizar una selección de variables que posibiliten su abordaje, puntualizando en los aspectos relevantes para determinar la manera en que las reformas sucesivas que han tenido lugar en el sistema de salud nacional, y cómo se ha comportado éste a la luz de la justicia y la inclusión social.

De acuerdo con la exposición que ha precedido esta fase de la investigación, se han identificado dos grandes dimensiones desde las cuales se puede aproximar

el problema, a saber: la institucional y las realizaciones sociales. Dimensiones, que como ya se ha visto son ambas importantes, pero de las que una de ellas es instrumental, razón por la cual el interés en esta será siempre a la luz de los objetivos finales de un sistema de salud: mejorar las condiciones en este aspecto de la sociedad. Por lo tanto, la matriz de variables que se presenta a continuación tiene en cuenta estas dimensiones, con lo cual se busca hacer una evaluación cuidadosa del sistema de salud, conjugando tanto aspectos de orden cualitativo como cuantitativo.

Es necesario advertir que la elección de las variables, a partir de las cuales se hará el análisis, se encuentra limitada por la ausencia de registros estadísticos específicos, especialmente en la década del noventa; en virtud de lo cual se puede aseverar que dicha falencia de estadísticas puede considerarse una injusticia de entrada, como señalan Evans y otros:

*Sin datos fidedignos sobre las disparidades en salud, ni las autoridades políticas ni las poblaciones están preparadas para exigir cambios o controlar los progresos. Creemos que esta es, quizá, la primera injusticia: la imposibilidad de proporcionar datos estadísticos básicos que reflejen el estado de salud de toda la población. Tanto efectiva como metafóricamente, esta carencia implica que las personas no cuentan<sup>68</sup>.*

Esta dificultad afecta especialmente a los formuladores de política en el país, por ello desde el Ministerio de Salud está tratando de solventarse dicha carencia con la creación en 2013 del Observatorio Nacional de Salud (ONS); el cual tiene entre sus objetivos sistematizar y gestionar la información que el país produce en el área de la salud y las desigualdades sociales.

En la investigación concretamente se consultaron las cifras suministradas principalmente por los informes de la Defensoría del Pueblo y la Corte Constitucional en lo referente a registros y estadísticas de las acciones de tutela;

---

<sup>68</sup> EVANS, Timothy, y otros. Desafío a la Falta de Equidad en la Salud. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 2002, p. 50.

para las cifras de transferencias desde el gobierno nacional se utilizaron los indicadores y registros del Departamento Nacional de Planeación (DNP); los indicadores de resultados en salud se apoyan en los registros de estadísticas vitales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y los primeros informes que, en su primer año en funcionamiento, ya ha producido el ONS. Asimismo cabe señalar que se hace uso de otras fuentes, especialmente artículos académicos y de prensa, cuando así se considere necesario.

**1.4.1. Matriz de variables.** A continuación se presenta la matriz de las variables principales sobre las que se enfocará la investigación para intentar determinar cuál ha sido la dirección del sistema de salud en el país en lo concerniente a justicia e inclusión social.

**Tabla 1:** Síntesis de las principales variables de interés en la investigación.

Aspecto	Unidad de análisis	Información
Institucional	Leyes y reformas	Permite conocer el diseño institucional que guía al sistema de salud.
Procedimental	Fallos de la Corte Constitucional	Se pueden observar los requerimientos de justicia que se realizan al sistema por medio de los mecanismos contemplados en la Constitución.
	Acciones de tutela.	
Institucional	Transferencias e impuestos	Refleja las diferencias de capacidad institucional entre los distintos municipios y departamentos.
	Descentralización	
Resultado	Esperanza de vida	Permite observar si existen desigualdades marcadas entre los distintos agrupamientos
	Mortalidad	

Con la elección de estas variables se busca cubrir los requerimientos de información para realizar el trabajo de análisis del sistema de salud. En la medida

que este trabajo se centra en el análisis de la Constitución de 1991 se justifica la inclusión de variables como las acciones de tutela y los fallos de la Corte Constitucional debido a que permiten conocer del proceso de interacción que se ha dado entre instrumentos contemplados en la carta política de 1991.

En el aspecto resultado se centra la atención en las variables esperanza de vida y mortalidad debido a que éstas tienen una serie de características que las hacen oportunas para evaluar el sistema de salud a través de sus resultados. En el aspecto institucional se intenta encontrar de qué manera se ha concretado la aspiración constitucional de la descentralización y autonomía en el manejo de los servicios de salud específicamente. En el desarrollo de los próximos dos capítulos se observará la manera en que las mismas se abordan para integrarlas al marco analítico que le da sustento a este trabajo.

## 2. LA SALUD EN PERSPECTIVA HISTÓRICA

### 2.1. EN BÚSQUEDA DE LA EQUIDAD.

La sociedad contemporánea es el producto de los vertiginosos cambios que tuvieron lugar, tanto en lo económico como en lo político, entre el estallido de la Primera Guerra Mundial en 1914 y la caída del muro de Berlín en 1989. *El siglo XX corto* es la denominación que el historiador británico Eric Hobsbawm<sup>69</sup> le da a este período tiempo. El sistema de salud en Colombia no escapa a ello, como se verá en esta sección de la investigación, la institución contemporánea es el resultado del desarrollo histórico que se dio durante esa etapa. De modo que este capítulo tiene por objetivo exponer la manera en que se desarrolló durante este período la institución de la salud en Colombia, y analizar cómo esos cambios se ven reflejados en la institución actual del sistema de salud; cabe advertir que el interés principal estará inscrito a observar la evolución que ha tenido éste a la luz de la eficiencia y la equidad como hilo conductor de la revisión.

Transcurría el año 1920 cuando, en ocasión del trato recibido en el Hospital San Juan de Dios, el cual era administrado para entonces por la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca, la sentencia del general Marceliano Vargas fue: ¡pobres los pobres!<sup>70</sup>. Ahora, qué tanto ha cambiado la imagen de las instituciones prestadoras de servicios de salud luego de un siglo y un importante número de reformas.

Si se hace un paralelo con las noticias que hoy día se dan del sistema de salud en el país, el tema no parece haber cambiado mucho. No obstante simplificar de esta manera las cosas sería faltar a la verdad y evadir el ejercicio de pensamiento científico que requiere una investigación como esta. La expresión del general Marceliano Vargas es el testimonio de la percepción de inequidad

---

<sup>69</sup> HOBBSAWN, Eric. Historia del Siglo XX. Barcelona: Crítica, 2003

<sup>70</sup> Vargas, Marceliano. La beneficencia en Cundinamarca. Citado por: GUTIÉRREZ, María Teresa. "pobres los pobres": debates políticos alrededor de la beneficencia en Cundinamarca en 1910 y 1920. Una aproximación desde el Estado colombiano. En: Historia y Sociedad. Vol. 26 (Enero-Junio de 2014), p. 132.

existente para ese momento, en el que se evidencia que las clases más vulnerables no tenían mayor esperanza de recibir servicios de salud en condiciones aceptables.

Durante el siglo XX corto, a la par de las múltiples transformaciones que se daban en la política y economía del mundo; el país también experimentaba cambios importantes en una institución concreta como la seguridad social. Cabe mencionar que durante estas primeras décadas del siglo, los servicios de salud se dividían en dos tipos principales, por una parte los servicios de salud que prestaban los profesionales con carácter privado; y por otra se hallaban los servicios a cargo de las instituciones de beneficencia, los cuales funcionaban con transferencias de recursos principalmente desde el gobierno nacional y algunos aportes de la caridad privada.

En este sentido, y trayendo a colación nuevamente las denuncias del general Marceliano Vargas, el problema principal de la administración de la salud en el país, en su mayoría a cargo de órdenes religiosas, no era la falta de recursos. La deficiencia de los servicios recaía principalmente en su mala administración, tal como lo indicaba el propio Vargas, asimismo la percepción, tanto de quienes administraban como de los beneficiarios, sobre el origen de los recursos que sostenían los servicios de salud. Se asumía por lo general que la mayoría de estos servicios eran patrocinados por benefactores privados o por las mismas órdenes religiosas, cuando la realidad era que en su inmensa mayoría éstos se sostenían con los aportes del Estado, por lo cual tenían el carácter de recursos públicos<sup>71</sup>, aun cuando no fueran asumidos como tal.

Señala Archila<sup>72</sup> (1991) que durante esa época, obreros y pobres no tenían diferenciación social, en virtud de que ambos asistían a los mismos establecimientos de beneficencia. La distribución de los recursos públicos que regía para la época quedó establecida con la ley 65 de 1911, con la cual se

---

<sup>71</sup> *Ibíd.*, p. 133

<sup>72</sup> Como se cita en: HERNÁNDEZ, Mario. *La salud fragmentada en Colombia, 1910-1946*. Bogotá : Universidad Nacional de Colombia, 2002, p. 41.

intentó reorganizar la distribución de auxilios, los cuales según señala Hernández (2002) era inequitativa e insuficiente. Este mismo autor calcula que durante el período 1910-1913 la beneficencia —que no sólo abarcaba los hospitales sino también asilos para indigentes y locos, ancianatos, entre otros— consumía entre el 0.9 al 1.3% del presupuesto de la Nación<sup>73</sup>.

La forma en que se repartían estos recursos entre los distintos rubros no era la más equilibrada, así se deja ver en el discurso del Presidente Pumarejo al congreso en 1934, donde éste señala que Colombia destinaba el 80% del presupuesto de Higiene a cubrir los gastos de los lazaretos, lugares en los que se atendía a los enfermos de lepra; debiendo repartir el restante presupuesto entre sueldos, auxilios a la asistencia pública, a la sanidad de puertos, a la protección infantil, a la lucha antivenérea, antianémica, entre otros gastos; lo que llevó al Presidente a señalar que el Departamento Nacional de Higiene no era más que una costosa administración de leprosos. En este sentido es posible afirmar que había un sesgo en el direccionamiento hacia la atención de la lepra mientras se dejaban desatendidas las demás demandas por atención en salud existentes para el momento en el país.

Durante la década de 1930 se darían algunos avances en asistencia en salud para los trabajadores, cobijando inicialmente a los obreros oficiales con el auxilio por enfermedad, en 1930, y posteriormente a los empleados del sector privado en 1934; lo que vendría a ser un paso importante en mejorar las condiciones de equidad de esta población que hasta el momento se encontraba vulnerable ante la enfermedad y las consecuencias que, como se ha visto en el capítulo anterior, son nefastas para quienes no poseen más patrimonio que su propio cuerpo.

En la siguiente década, finalizada la Segunda Guerra Mundial, bajo el panorama internacional de la posguerra el país iniciaba la creación formal de las principales instituciones que conformarían un sistema de seguridad social y salud. Entre los principales entes que se instituyeron durante esos años se hallan el Ministerio

---

<sup>73</sup> Ibid., p. 41.

de Higiene, por medio de la ley 27 de 1946, que posteriormente en la década de sesenta vendría a convertirse en el Ministerio de Salud Pública; el seguro social obligatorio y el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS), a través de la Ley 90 de 1946, el cual estaría encargado del aseguramiento de trabajadores del sector privado; y la Caja Nacional de Previsión Social (CAJANAL), con la ley 6 de 1945, para los empleados oficiales. En consideración de Hernández (2002), estas medidas institucionalizaron una política de organización de servicios de salud y de seguridad social, con la cual se podría mejorar la atención y la capacidad de respuesta desde el Estado en este tema.

No obstante, hasta ese momento la población más pobre no había sido un objetivo central de atención, por lo cual éstos debían aún seguir acudiendo a los servicios de salud de beneficencia, los cuales como se ha señalado líneas arriba, eran sostenidos principalmente por aportes del Estado, pero de los que sin embargo éste no se sentía totalmente responsable, pues asumía dichos aportes como un “estímulo y apoyo” a la iniciativa privada, pero no como la responsabilidad directa del Estado<sup>74</sup>. Esta situación pudo crear en los servicios de salud para pobres una sensación de “tierra de nadie”, pues por un lado el Estado no se sentía totalmente comprometido con estos, lo que demostraba el no reconocimiento de la importancia de apoyar a la población más vulnerable en este sentido; y por otra parte las instituciones de beneficencia se permitían aplicar sus propios criterios de quién era o no merecedor de dichos servicios.

En lo que se puede considerar un paso hacia la mayor equidad respecto de los sectores rurales, en el año 1949, por medio del decreto 3842, se organizó el servicio de salubridad rural, con el fin de atender a la población de estas áreas. La estrategia comprendería el establecimiento de puestos y centros de salud, con los cuales se extenderían dichos servicios a un mayor número de ciudadanos. Una de las estrategias para poder satisfacer la demanda de mano de obra que esta nueva infraestructura requeriría fue la instauración del servicio

---

<sup>74</sup> *Ibíd.*, p. 42.

de salubridad rural, el cual a partir del momento sería requisito de indispensable cumplimiento para poder obtener el título de médico cirujano.

A pesar de las reformas que se dieron en el sistema de salud pública e higiene, la característica más destacada de la organización de los servicios se mantuvo, a saber: “la coexistencia de cuatro formas distintas y paralelas de prestación de servicios: la higiene, la asistencia pública, el seguro social recortado, y la atención privada”<sup>75</sup>. Para el año 1975, con la intención de integrar un sistema nacional, el gobierno nacional promulgó el Decreto 056 en el cual se define el Sistema Nacional de Salud como el conjunto de organismos, instituciones, agencias y entidades que tengan como finalidad específica procurar la salud de la comunidad en los aspectos de promoción, protección, recuperación y rehabilitación<sup>76</sup>.

En éste se estableció el mecanismo de los subsidios a la oferta para la atención de la población pobre, lo que básicamente consistía en la manutención con recursos del Estado de las entidades encargadas de prestar los servicios de salud. La nueva visión del papel del Estado en el proceso de desarrollo económico, así como la significación que la salud de la población tenía en este proceso, eran el motor de estos cambios. De modo que en las políticas de salud, y en general en todas las políticas a cargo del Estado, la planificación comienza a tener un papel de mayor protagonismo, lo cual se materializó con el aumento de los presupuestos de la nación destinados a este rubro, pasando de un 5% en 1966 a cerca del 10% en 1977.

## **2.2. EN BÚSQUEDA DE LA EFICIENCIA.**

El SNS se financiaba principalmente con recursos del situado fiscal e impuestos a licores y juegos de azar, asimismo las instituciones prestadoras de servicios de salud podían generar rentas propias, sin embargo, la mayoría de los servicios

---

<sup>75</sup> *Ibíd.*, p231.

<sup>76</sup> Colombia. Decreto 056 de 1975 (enero 15). Por el cual se sustituye el Decreto-ley número 654 de 1974 y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 34260 de 19 de febrero de 1975. Fecha de consulta: Marzo 17 de 2015.

que se prestaban eran gratuitos y las cuotas de recuperación eran simbólicas y de difícil recaudo, según señala Gómez Arias<sup>77</sup> (2008). En este sentido, se puede inferir que uno de los problemas para estas instituciones era la insuficiencia de los recursos para la operación de los servicios, por lo cual se señala que, ante la debilidad de las fuentes de financiación, el SNS siempre estuvo en crisis.

Desde la perspectiva de la ejecución de los recursos disponibles el panorama para el país no era muy alentador, los indicadores de eficiencia administrativa daban cuenta de ello. Frente a otros países la eficiencia del gasto en las instituciones de seguridad social como ISS mostraba que el porcentaje de los gastos administrativos sobre el total eran más que triplicados en comparación con las cifras de países como Argentina (Ver cuadro 1), no obstante que en número de empleados el país se mantenía dentro del promedio. El porcentaje de ocupación hospitalaria en perspectiva comparada también da una imagen de la situación del uso de la infraestructura, lo cual puede estar en el caso particular de Colombia afianzado por la reducida población que tenía acceso al seguro social.

**Tabla 2:** Indicadores de eficiencia administrativa y hospitalaria del seguro social 1983-1987

	% del gasto administrativo sobre gasto total (1983-1986)	Empleados por 1000 asegurados	Promedios Nacionales (1980-1985)	
			% Ocupación hospitalaria	Días de estadía
<b>Argentina</b>	3.4	Sin datos	61	7.3
<b>Colombia</b>	11.6	7.4	56.2	5.4
<b>Costa Rica</b>	5	13	81	6.3
<b>Perú</b>	11.4	7.0/10.5	70.4	11.7

Datos tomados de: Banco Interamericano de Desarrollo. Informe 1990.

<sup>77</sup> GÓMEZ ARIAS, Rubén Darío. Mortalidad evitable como indicador de desempeño de la política sanitaria Colombia. 1985-2001. En: Revista Facultad Nacional de Salud Pública (Universidad de Antioquia), Mayo 2008.

Esta insuficiente cobertura era reconocida desde la perspectiva institucional. Finalizando la década de 1980 el Ministerio de Salud<sup>78</sup> identificaba que el SNS y la organización de los subsistemas al interior de éste adolecían de tres grandes problemas para la prestación de servicios. Primero, la falta de universalidad patente en que aproximadamente el 20% de la población del país se encontraba cubierta por la seguridad social. La diversidad de regímenes de afiliación era asimismo un obstáculo de este sistema, haciéndolo más complejo y eliminando la posibilidad de obtener economías de escala, dado que había una alta dispersión del gasto, pues éste se repartía entre más de 1000 entidades con regímenes de afiliación, cotización y beneficios muy diferentes.

**Tabla 3:** Evolución de la cobertura 1960-1988

Cobertura poblacional						Gastos seguro social % PIB	% PIB según proyección BID 1990 cobertura universal <sup>79</sup>
Población económicamente activa				Pob. Total			
1960	1970	1980	1985-88	1980	1985-88	1980	
8	22.2	30.4	30.2	15.2	16	2.8	18.4

Datos tomados de: Banco Interamericano De Desarrollo. Informe 1992

En este sentido señala Lamprea<sup>80</sup> (2011) que para el año 1990 el sistema de salud sufría una profunda fragmentación, con cerca de 1040 aseguradoras, de las cuales tan sólo 12 eran del nivel nacional, lo que se conjugaba en que el país se encontraba entre uno de los que menor cobertura tenía en cuanto a servicios de salud en América Latina. Hay que indicar que alrededor de 70% de los beneficiarios de un seguro social se encontraba afiliado al ISS, sin embargo ya para el año 1985 esta entidad sumaba, por cuenta de los retrasos en las contribuciones de los empleadores, una cartera por cobrar de cerca de US\$305 millones, lo cual tenía a esta institución al borde de la quiebra.

<sup>78</sup> MINISTERIO DE SALUD. La Reforma a la Seguridad Social en Salud. Bogotá: Editorial Carrera Séptima, 1994.

<sup>79</sup> La proyección de cobertura poblacional total la realiza el BID por medio del método de extrapolación.

<sup>80</sup> Lamprea, Everaldo. La Constitución de 1991 y la crisis de la salud, encrucijadas y salidas. Bogotá: Universidad de los Andes, 2011, p. 8-9.

Asimismo, esta diversidad permitía que inclusive algunos trabajadores no pudieran vincular a sus familias a la seguridad social, se calculaba que sólo el 18% de los afiliados contaba con ese beneficio. En total, según los cálculos del Ministerio, el 42% de la población contaba con cobertura de un seguro de salud, dentro de los cuales muchos gozaban tan sólo de beneficios parciales. Del restante de la población, que no contaba con la posibilidad de un seguro, cerca de un 11% estaba en condiciones de poderse sufragar la atención médica requerida, las cuales acudían a entidades privadas y profesionales independientes.

A la red pública de hospitales, le correspondía atender a cerca del 50% de la población, dentro de las que se hallaban las personas no aseguradas y a las familias de los trabajadores que contaban con protección parcial en salud. Esta situación permitía que la cobertura de servicios para amplios segmentos de la población fuera inexistente; lo que se traducía que en el país nacieran anualmente cerca de 200.000 niños por año sin ningún tipo de protección en salud. Estas inequidades junto con la situación de violencia que experimentaba el país para finales de la década del ochenta constituían la realidad de una sociedad que no proveía los mínimos de justicia social.

El segundo problema que se identificaba en el SNS es la falta de solidaridad. Desde la perspectiva del Ministerio no existía solidaridad de los trabajadores protegidos y de las personas con mayor capacidad de pago hacia los amplios segmentos de la población que para entonces no contaban con ningún tipo de seguridad en salud. La insolidaridad se hacía presente de diversas formas, entre las cuales se encuentra que el 10% de la población más pobre gastaba cerca del 10% de su ingreso en salud, mientras del otro lado del espectro económico tan sólo destinaba en promedio 0.5% para tal fin, según las cifras del Ministerio de Salud.

Durante la década de los ochenta los gastos de los hogares en salud representaron una proporción mayor que los gastos totales en este rubro de las

entidades públicas y los servicios de seguridad social juntas. Esta situación es calificada como caótica debido a las ineficiencias que los gastos de bolsillo traen consigo. Los hogares destinaron a salud para el año 1992 el 2,4%, según la Encuesta de Hogares de septiembre de este año. Las familias pobres gastaban aproximadamente el triple que sus similares de más altos ingresos, y si se mira desde el lado del gasto en medicamentos la situación podía llegar a ser aún más dramática dado que la destinación de presupuesto a la compra de estos bienes podía alcanzar a ser cinco veces mayor. Ahora, cómo se expresaban esas diferencias en las vidas reales de los ciudadanos de ese entonces.

**Tabla 4:** Diferenciales socio-económicos de la mortalidad infantil y de la niñez (1976-1986), **ENP-86**

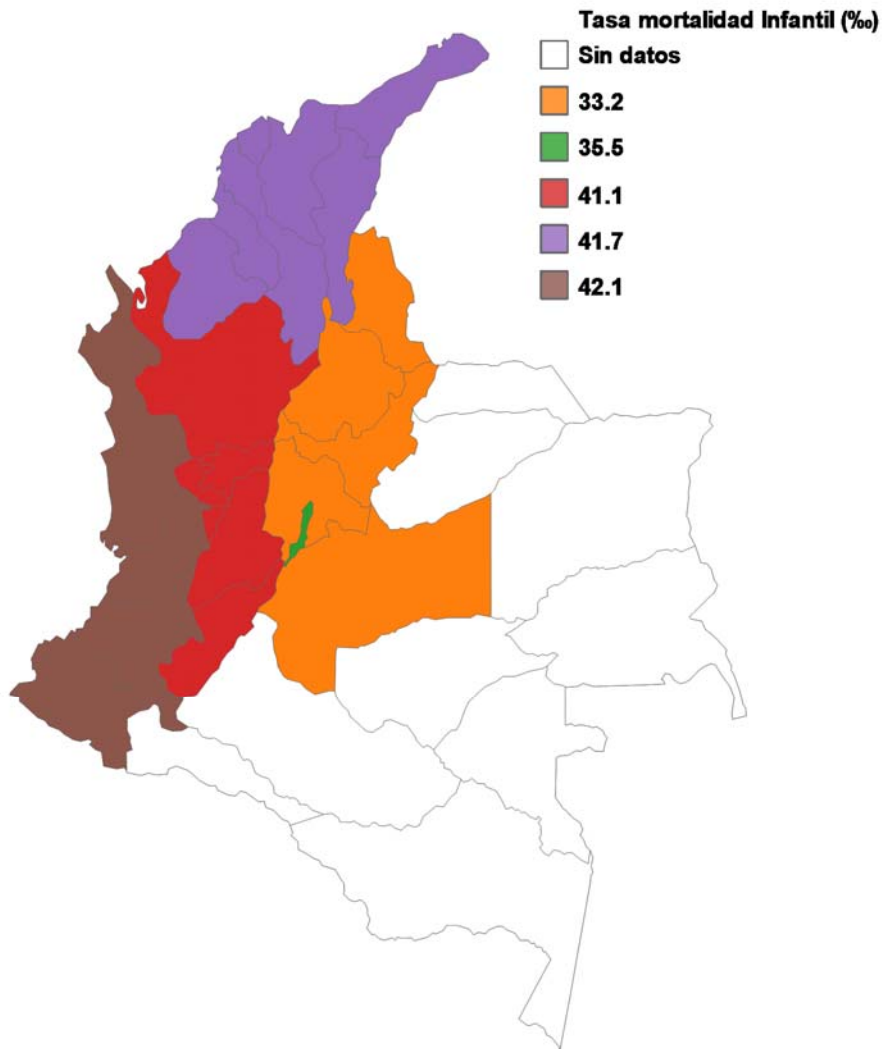
<i>Educación de la madre</i>	<i>Tasa de mortalidad</i>		
	Menores de 1 año	1-5 años	Menores 5 años
Sin Educación	60.2	23	81.8
Primaria	40.5	15.3	55.1
Secundaria	28.4	2	30.3

MINISTERIO DE SALUD y CCRP. Encuesta Nacional de Prevalencia, Demografía y Salud 1986. Bogotá: 1986,

En cuanto a mortalidad infantil, durante el lapso de tiempo que va desde 1971 a 1986 los índices habían sufrido una sensible reducción, pasando de una mortalidad de 61 a 33 por mil nacidos vivos. Sin embargo se mantenía una amplia brecha entre la mortalidad infantil de madres sin acceso a educación, para este grupo de población la mortalidad era de 60 por mil, mientras para madres con educación era de 28 por mil, asimismo estas brechas se mantenían para los menores de 5 años (ver cuadro 2.3). Esta situación muestra que las diferencias en las condiciones sociales y económicas de la madre eran para entonces un factor determinante considerable en la salud de los primeros años de vida.

Asimismo en el mapa puede observarse que los niveles de mortalidad infantil eran mayores en los departamentos de la región pacífica y caribe, al tiempo que las regiones con una mayor población urbana como Bogotá contaban con las tasas de mortalidad más reducidas del país en su momento. Respecto de la mortalidad evitable por atención médica Gómez Arias (2006) señala que en un período de tiempo que abarca desde 1985 a 2001 la reducción de este indicador se dio de manera constante sin mostrar una disminución significativa que permitiera asumir que los cambios en la política sanitaria hayan sido determinantes en este sentido.

**Mapa 1:** Tasa de mortalidad infantil (niños menores de 1 año) período 1976-1986.



Datos tomados de: MINISTERIO DE SALUD y CCRP. Encuesta Nacional de Prevalencia, Demografía y Salud 1986. Bogotá: 1986

Finalmente el tercer problema del SNS, más que la insuficiencia de recursos, según el Ministerio de Salud era la ineficiencia que se daba a la administración de los mismos. Un ejemplo citado para ello es que la disponibilidad de recursos per cápita de las entidades de seguridad social para trabajadores públicos y privados era 3.5 veces superior a la de los servicios del sector público a los que acudía la población desprotegida. Lo que se materializaba en una estructura

tergiversada por cuenta del gasto autónomo y la desestructuración de los diferentes subsistemas.

No obstante si se observa el gasto per cápita en salud en comparación con otros países se encuentra que Colombia tenía una destinación inferior a los países más importantes en términos económicos de la región. Lo que muestra que en materia de financiación había lugar a aumentar la destinación de recursos a este rubro, pero, para que ello fuese posible, era necesario antes recomponer la estructura de financiación del sistema, pues sin duda el mayor esfuerzo económico estaba recayendo en las familias con menores ingresos y los incentivos del SNS no estaban bien direccionados a promover la eficiencia y equidad.

**Cuadro 4. Gastos de salud per cápita 1990**

	<b>PIB PER CÁPITA (US\$ 1993)</b>	<b>GASTO TOTAL EN SALUD PER CÁPITA US\$ INTERNACIONAL</b>
<b>Colombia</b>	1400	250
<b>Chile</b>	3170	433
<b>Costa Rica</b>	2150	460
<b>México</b>	3610	335
<b>Venezuela</b>	2840	274

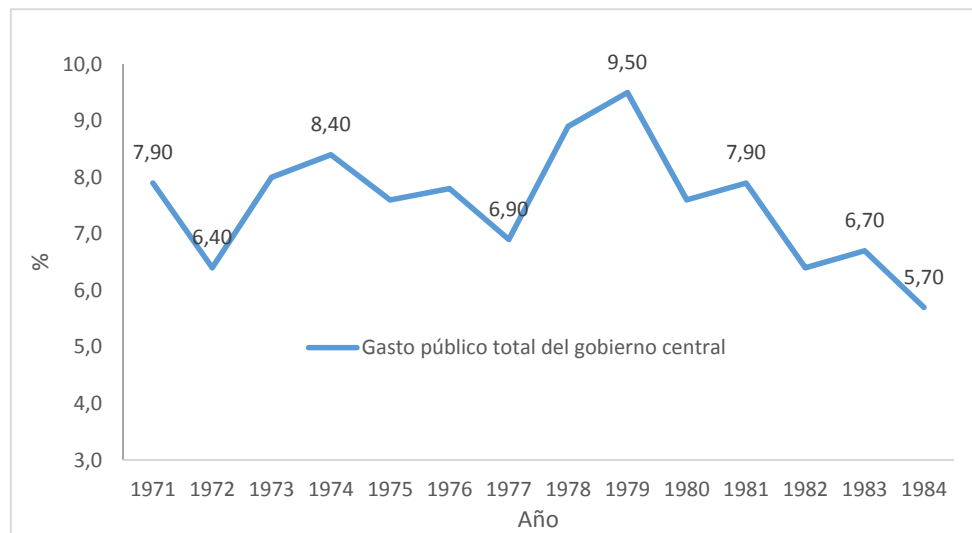
Datos tomados de: Banco Interamericano de Desarrollo. Informe 1994.

La existencia de incentivos perversos, como se señala desde el informe del Ministerio, es la causa principal del problema de ineficiencia del SNS. El sector privado de la prestación de servicios estaba construido sobre la enfermedad, esto es, a mayores índices de morbilidad mayor ocupación hospitalaria, y en consecuencia menores problemas financieros, pero en el caso de las entidades públicas no se puede asegurar que funcionara esa lógica, porque como ya se ha

visto el recaudo de podían hacer por el mayor consumo de los usuarios era en términos prácticos inexistente.

Estas problemáticas identificadas por el Ministerio de Salud fueron la principal justificación para una reforma al SNS, que quedaría expresada inicialmente en la Ley 10 de 1990, y luego de la reforma constitucional de 1991 en la leyes 60 y 100 de 1993; sin embargo desde la perspectiva de otros autores<sup>81</sup> la reforma al SNS no se fundó únicamente en criterios técnicos, sino que también hubo de fondo determinantes de tipo político de presionaron al cambio de modelo, dando mayor juego a algunos actores. De manera que la reforma del SNS es la expresión de un proceso que conjuga elementos de carácter económico y político<sup>82</sup>.

**Gráfica 1:** Participación del sector público en el gasto público total del gobierno central, 1971-1985.



Datos tomados de: Banco Interamericano de Desarrollo. Informe 1991.

<sup>81</sup> Véase: GÓMEZ ARIAS, Rubén Darío. Mortalidad evitable como indicador de desempeño de la política sanitaria Colombia. 1985-2001. En: Revista Facultad Nacional de Salud Pública. (2008). Y GONZÁLES ROSSETTI, Alejandra y OLIVIA MOGOLLÓN. La reforma de salud y su componente político: un análisis de factibilidad. En: Gaceta Sanitaria Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria Vol. 16, No. 1 (2000), p. 39-47.

<sup>82</sup> GÓMEZ ARIAS, Rubén Darío. Op. cit., p.11.

El precedente en estos dos sentidos a nivel internacional era la crisis de la deuda latinoamericana, que aunque afectó a Colombia de forma menos drástica, sí sentó unos lineamientos de política de los que el país no podría abstraerse. Esta mayor austeridad se ve reflejada en la disminución de recursos que sufrió la salud en la primera mitad de la década de 1980. Más allá de las fronteras latinoamericanas el final del siglo XX corto estuvo marcado por dos figuras políticas de gran influencia: Margaret Thatcher, primera ministra de Gran Bretaña (1979-1990) y Ronald Reagan, presidente de los Estados Unidos (1981-1989).

Fueron los referentes de la década en lo concerniente a la reestructuración de Estado, con programas que se habían implementado inicialmente en sus países como respuesta al fin de la edad de oro de la posguerra, la cual había dejado como resultado un Estado de Bienestar que la coyuntura que vivía el mundo para la época lo planteaba como insostenible por el gran requerimiento de recursos de éste para su funcionamiento. Por ejemplo en países como Gran Bretaña el gasto en seguridad social consumía el 40% del gasto público<sup>83</sup>, en tal sentido el Estado de Bienestar fue percibido como el principal problema, y la piedra de toque a la cual habría que atacar principalmente, tras la finalización de las décadas de oro.

Latinoamérica se veía inmersa en este final de siglo de transformaciones de una forma muy particular. La región fue un campo especial de lucha. La década del ochenta, de este particular siglo XX, estuvo signada por una profunda crisis de la deuda externa, en la que sin lugar a dudas el Estado debió replegarse para cumplir sus compromisos; sin embargo, la causa de esta crisis no fue el sostenimiento de un Estado de Bienestar, pues no puede afirmarse que para aquella época se haya consolidado éste aún, los orígenes de ésta estuvieron ligadas más al sostenimiento de un modelo de promoción de la industria que resultó insostenible con el tiempo.

---

<sup>83</sup> THERBORN, 1983. Como se cita en: HOBBSAWM (2003). Asimismo señala este último autor que en países como Australia, Bélgica, Francia, Alemania Federal, Italia y Holanda el gasto en bienestar social superaba el 60% del gasto público.

Hay que mencionar que si bien desde el gobierno nacional se argumentaba que el principal problema del SNS no era la falta de recursos, a partir de su entrada en función se vio un aumento de la participación del sector salud en el gasto de gobierno central, el cual no obstante no habría de sostenerse en parte debido a la presión por el recorte del gasto público como consecuencia de los planes de ajuste para atender los altos niveles de deuda externa.

Habían transcurrido tan sólo un par de meses desde la caída del Muro de Berlín, hecho que marca el final del siglo XX corto de Hobsbawn, cuando en Colombia, el 10 de enero de 1990, se promulga la ley 10 Impulsada con el fin de obtener una mayor eficiencia en el gasto, intentando dar un viraje a la estructura organizacional de los servicios de salud fijada desde 1975 en SNS. Sus principales objetivos eran la descentralización de los servicios de salud, la organización de los niveles de atención y la asignación de las responsabilidades institucionales. Asimismo la ley contenía una serie de disposiciones que buscaban aumentar el flujo de recursos en el Sistema, por ejemplo estableciendo que los recursos del situado fiscal destinados a salud no podían ser inferiores al 4% de los ingresos corrientes del gobierno central.

Con la ley 10 de 1990 el país también respondía a sus propias lógicas internas. Ya, en 1988, se había dado un paso fundamental en el proceso descentralizador con la primera elección popular de alcaldes; con lo cual la citada ley vendría a reforzar la descentralización, a través de la reorganización de la prestación de servicios de salud, con lo cual se le otorgaba a los gobiernos locales la responsabilidad de la ejecución de recursos, siempre y cuando éstos estuvieran en la capacidad técnica de asumirla.

El centralismo con el que se había dirigido el Estado hasta el momento daba como resultado importantes disparidades regionales, siendo mucho mejor la capacidad del Estado para brindar servicios como salud y educación en las principales áreas urbanas, lo que dejaba a las regiones más apartadas sin la posibilidad de disfrute de este tipo de servicios. Hay que mencionar que el

proceso de descentralización no fue exclusivo de Colombia, en general los países de América Latina experimentaron, en mayor o menor medida, una transformación en las relaciones de los distintos niveles de gobierno.

Claramunt<sup>84</sup> (2006) identifica tres factores principales que promovieron y dieron sustento a las reformas de este tipo. El Primero de ellos es el factor económico el cual se presentó como respuesta a la situación creada, entre otros elementos, por un modelo centralizado, que en su desarrollo fue ineficiente para administrar los escasos recursos económicos destinados al gasto público social. En segundo lugar, derivado del anterior, el factor social, debido a que el crecimiento de la desigualdad socioeconómica y la obstaculización del acceso a los servicios básicos por parte de amplios sectores de la población. La descentralización crearía condiciones favorables para promover modelos de desarrollo más equilibrados y adaptados a las necesidades sociales. Y finalmente, el factor político-administrativo, pues se hacía necesaria la ampliación del ejercicio de los derechos ciudadanos y de la autonomía de la administración municipal para la gestión de los nuevos recursos que venía acompañados de las nuevas responsabilidades.

Asimismo, en concordancia con lo anterior, desde el Banco Interamericano de Desarrollo<sup>85</sup> se señalaba que la búsqueda de una asignación de recursos más eficiente constituía el "*leitmotiv*" de la descentralización de sector público. Al tiempo que se debía propender por las acciones masivas de salud pública que permitieran que los recursos de la salud llegaran a más persona, enfatizando en el aspecto preventivo. No obstante la realidad del país era contraria a estas premisas; por cuenta de la fragmentación del sistema los recursos destinados a los programas de seguro social fueron 7.5 veces más que los destinados a salud pública<sup>86</sup>. Lo que muestra un cambio de servicios preventivos de bajo costo por servicios curativos de alto costo. Lo que muestra la necesidad, al menos en la

---

<sup>84</sup>CLARAMUNT ABBATE, Adela. Participación en políticas sociales descentralizadas, el impacto en los actores sociales. Buenos Aires: Espacio, 2006, p. 49.

<sup>85</sup> BID. Progreso Social y Económico en América Latina. Informe 1994. Washington: BID., 1994.

<sup>86</sup> BID. Informe 1993. Tema especial: recursos humanos. Washington: BID., 1993, p. 255.

organización administrativa del sistema, de dar un viraje en la manera en que se había desenvuelto la política sanitaria en Colombia.

### **2.3. CONCILIANDO EFICIENCIA Y EQUIDAD**

Estas modificaciones a la organización pública se dieron a la par de otro tipo de cambios a nivel político y social que cuestionaban la viabilidad del Estado en Colombia. Particularmente la guerra contra los carteles del narcotráfico, los grupos insurgentes, el terrorismo y el asesinato de líderes políticos constituían el trágico telón de fondo de las modificaciones de esquema de prestación de servicios de salud en el país. Esta combinación de presiones, tanto internas como externas llevaron a un proceso de necesaria evaluación de los fundamentos del Estado colombiano en su relación con los ciudadanos; fue así como en diciembre de 1990, y luego de una accidentada campaña por la presidencia de la república de la que saldría vencedor Cesar Gaviria, se citó una Asamblea Nacional Constituyente que tendría la responsabilidad de dar a luz un nuevo contrato social sobre el que se sentarían las bases de lo que sería una nueva sociedad.

La Constitución surgió en medio de contradicciones, tal como lo señala el economista José Antonio Ocampo<sup>87</sup>, dado que una parte las reformas apuntaban a cambiar al Estado en búsqueda de mayor eficiencia económica, lo que eventualmente significaba necesariamente una reducción del mismo; mientras que este proceso estuvo igualmente acompañado por otra parte de la apertura económica ya iniciada en la década de 1980 y consolidada de manera definitiva durante el gobierno de Cesar Gaviria 1990-1994. No obstante este panorama, la Constitución de 1991 también fue producto de una serie de requerimientos y reivindicaciones sociales. Desde distintos sectores del país se exigía el establecimiento de una nueva institucionalidad que generara mayor cohesión

---

<sup>87</sup> Véase: OCAMPO, José Antonio. Entre las reformas y el conflicto: economía y política en Colombia. Bogotá: Editorial Norma, 2004.

social y la consolidación del proceso descentralizador del Estado iniciado un par de años antes.

La transformación del Estado colombiano con la Constitución de 1991 es comprendida en Arcos y otros (2010) como una transición de un Estado liberal a un Estado Social de Derecho; donde: “Mientras que el primero afirma la libertad individual, el segundo se preocupa por definir las condiciones que aseguran el uso efectivo de la libertad”<sup>88</sup>. La nueva Constitución creó una serie de instituciones que buscaban consolidar el ESD en el país. En este sentido, al identificarse como ESD, se dotó al Estado colombiano, y en específico al Gobierno Nacional, de instrumentos para orientar la economía hacia el logro de fines sociales y con ello garantizar el bienestar general y la justicia social. Menciona Manrique<sup>89</sup> (2010) que el ESD hace precisamente relación a la forma de organización que tiene como uno de sus objetivos combatir las penurias económicas o sociales, y desventajas de diversos sectores, grupos o personas; cuestión que toca de cerca los necesarios cambios que se requerían en el sistema de salud.

En efecto, la Constitución de 1991 fue receptora de una serie de compromisos, posteriormente desarrollados por medio de leyes en las que se ordenan las esferas sociales más importantes del país para las próximas décadas. Por medio de la Ley 100 y la Ley 60 de 1993 se desarrolló la nueva constitución. Específicamente, la primera de ellas, se encarga de dar tratamiento al Artículo 48<sup>90</sup> en el cual se consagra la salud como un derecho irrenunciable. Se

---

<sup>88</sup> ARCOS, Oscar, y otros. Inserción precaria, desigualdad y elección social. [Ed. Jorge Iván González]. Bogotá: CINEP, 2000, p. 14. Estos autores asimismo consideran los problemas que este cambio significa en lo correspondiente a libertades individuales y la tensión que se genera en cuanto a la restricción que deben imponerse a dichas libertades en busca del bien social.

<sup>89</sup> MANRIQUE REYES, Alfredo. Fundamento de la Organización y Funcionamiento del Estado Colombiano. Bogotá: Universidad del Rosario, 2010, p. 64.

<sup>90</sup> **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. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley. La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley. No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella. La ley

compromete el Estado colombiano a llevar servicios de salud a millones de personas que hasta el momento no habían podido disfrutar de un seguro médico con todas las desventajas e incertidumbre que dicha ausencia trae para el desarrollo de una vida social en condiciones de equidad.

Con ello se marca un nuevo derrotero en el desenvolvimiento de las relaciones sociales, pues se busca proteger de la regresividad de los gastos en salud a la que están expuestos amplios sectores de la sociedad que no cuentan con el ingreso suficiente para asumir éstos ante la presencia de una enfermedad. En medio de un panorama internacional como el descrito líneas arriba, en el que se propendía por la reducción del Estado y se hablaba de la inconveniencia del sostenimiento de instituciones de bienestar social como los seguros de salud; las acciones en Colombia, por lo menos en lo que se refiere a servicios de salud, era, por menos decirlo, contrario a ese ambiente.

Proponerse llevar servicios de salud a todos los ciudadanos, valga mencionar que de forma progresiva, era ya de por sí una tarea titánica que se arrogaba el Estado en búsqueda de cerrar las brechas sociales. Contrariedad que tomó su forma particular en la salud, donde por un lado la nueva constitución se proponía llevar servicios sociales al grueso de la población, y hacerlo de una forma acelerada; mas por otra parte el mismo Plan Nacional de Desarrollo del gobierno encabezado por Cesar Gaviria (1990-1994) propendía un Estado más eficiente, razón por la cual se buscaba una reducción de la intervención.

La contrariedad que se halla en el fondo de este asunto es la de eficiencia y equidad en los servicios de salud. La solución a ésta se construyó sobre el principio de dar un mayor juego a las fuerzas del mercado, para con ello lograr incrementos de la eficiencia que permitiera cumplir con las metas de cobertura. Esto a su vez posibilitaría una mayor equidad; de tal manera que lo que era una contradicción se armonizaría por cuenta de la institución del mercado.

---

definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante.

## **2.4. EN DESARROLLO DE LA CONSTITUCIÓN.**

En desarrollo de los objetivos sociales planteados en la Constitución de 1991, la Ley 60 de 1993, junto con la ley 100 de ese mismo año, vendrían a materializar lo estipulado en el articulado constitucional específicamente en lo tocante al tema de la salud y la educación. Por medio de la Ley 100 de 1993 se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), cuyo objetivo principal es, según se consagra en ésta: regular los servicios de salud y crear las condiciones para que toda la población en el territorio nacional pudiera acceder a estos. El SGSSS fue construido sobre 9 reglas rectoras entre las que se destacan: equidad, obligatoriedad y la descentralización administrativa.

Por equidad se hace referencia al disfrute de los servicios de salud con calidad se haga por parte de toda la población sin importar la capacidad de pago o nivel de riesgo. Con ello el SGSSS se plantea la necesidad de eliminar las exclusiones de carácter discriminante, lo cual se consigue, desde la lógica de la ley, dando financiamiento especial a las familias de menores ingresos para que por medio de éste se tenga la posibilidad de acceder a un seguro de salud que blinde a las familias de la regresividad del gasto de bolsillo y el gasto catastrófico en salud. La obligatoriedad del sistema encarnaba en el fondo el imperativo de la solidaridad, en el sentido en que todos los empleados debían realizar aportes al sistema, y los empleadores asimismo tenían que cumplir con la afiliación de todos sus trabajadores con quienes se estableciera relación contractual.

Esta regla rectora indicaba que para quienes no contaran con algún vínculo laboral de carácter formal el Estado debía facilitar su vinculación por medio del régimen establecido para tal fin. El principio de la descentralización administrativa apuntaba a lo que ya se ha señalado en líneas anteriores, la eficiencia. En la medida que los niveles de gobierno local conocen mejor las necesidades en salud de cada una de sus poblaciones, éstos pueden hacer un uso más eficiente de los recursos dirigiéndolos a las medidas de salud pública

concretas de cada realidad y brindando la atención que su población objetivo requiere con mayor urgencia en el nivel básico.

El modo de operación implicaba la coexistencia de dos regímenes: el contributivo al cual estarían vinculados los trabajadores tanto dependientes e independientes con capacidad de pago; y el régimen subsidiado que serviría de instrumento para brindar un seguro a la población sin capacidad de pago y más vulnerable. Con ello se buscaba establecer una estructura organizacional que permitiera el aseguramiento de la totalidad de la población. No obstante, es importante aclarar que el plan de beneficios POS al cual tenían derechos los afiliados a cada uno de los regímenes inicialmente era distinto; se planteaba que estos llegarían a unificarse de forma progresiva, tema éste que será de especial atención en el próximo capítulo, dada la intervención de la Corte Constitucional en este sentido para abogar por el cumplimiento esta meta.

Ahora, la forma concreta que adoptó para cumplir con la metas fue la de dar un giro de los tradicionales subsidios a la oferta a los subsidios a la demanda. Por medio de este mecanismo, al menos en teoría, se reducen las ineficiencias debido a que se empodera a los usuarios de la capacidad de elegir quién le prestará su servicio, forzando a los oferentes a ser más eficientes, por lo cual el resultado esperado sería un sistema fortalecido que brindaría servicios de calidad.

El sistema de salud en Colombia es considerado por autores como Ruiz y Uprimny<sup>91</sup> (2012) como pionero en la medida en éste aplicó una serie de instrumentos de cambio, con lo cual la experiencia colombiana, entre errores y logros, ha servido a otros países para la implementación de sistemas de salud. Tal vez esta reforma al sistema encuentra su tipicidad en que supuso un cambio radical de la manera en que estaba organizada la salud hasta el momento, con la introducción de nuevos actores y su conjugación con el mercado.

---

<sup>91</sup> RUIZ GÓMEZ, Fernando y UPRIMNY YEPES, Miguel. Sistema de salud y aseguramiento social: entre la reforma estructural y el ajuste regulatorio. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, 2012, p. 21.

La Ley 100 de 1993 entró en vigencia el 1 de enero de 1995, y en los próximos años ésta vendría a ser modificada por una serie de decretos reglamentarios en los siguientes tres años. No es extraño que desde los medios de comunicación de la época, se señalara con cierta ironía que la ley 100 estaba a punto de convertirse para el año 1998 en una de las leyes más perfeccionadas de la historia del país por cuenta de estos decretos, los cuales se realizaban con en una magnitud que alcanzaba un promedio de uno cada 15 días<sup>92</sup>.

Esta situación muestra las dificultades que se presentaron en los primeros años de implementación del nuevo sistema de salud y seguridad social, seguramente derivadas de la radicalidad de la transformación. Éste desde sus primeros años entraba en interacción con un nuevo instrumento, nacido también de la Constitución de 1991: la acción de tutela.

La tutela, consagrada en el artículo 86 de la Constitución, otorgó a todas las personas la capacidad y autoridad de acudir a ella ante cualquier vulneración o amenaza contra sus derechos constitucionales fundamentales. En este sentido, aunque la salud no quedó contemplada en la constitución como un derecho fundamental, los ciudadanos hicieron uso de ésta en virtud de la conexión que el servicio de salud tiene con el derecho, éste sí fundamental, a la vida.

Hasta el día de hoy, la tutela se ha transformado en el medio más eficaz para los usuarios que requieren acceder a servicios que no están contemplados en el Plan Obligatorio de Salud (POS), o que simplemente por negligencia de las EPS no son entregados al usuario con la pertinencia necesaria. Este instrumento juega un papel trascendental en el rumbo que ha tomado el sistema de salud en Colombia como se verá en el análisis siguiente.

El sistema de salud remplazado por la Ley 100 de 1993 se caracterizó por la inequidad, la baja cobertura, el racionamiento de servicios y el alto gasto de

---

<sup>92</sup> LEÓN, Rafael. Cambios y reformas que afectan la salud. *El Tiempo*. 28 de Noviembre de 1998.

bolsillo, tal y como se ha visto en los apartados precedentes. Sin embargo, como anotan Ruiz y Uprimny<sup>93</sup> (2012), nunca presentó las situaciones de crisis recurrentes que han afectado al sistema actual, en menos de 20 años de existencia.

En este sentido la mayor visibilidad de los episodios de crisis del sistema de salud que nació con la ley 100 de 1993 es posible en tanto que la Constitución de 1991 creó mecanismos, la tutela principalmente, que dan lugar al reclamo de reivindicaciones sociales que quedaron contempladas tanto en la reforma al sistema, como en los desarrollos jurisprudenciales que ha hecho principalmente la Corte Constitucional; sin embargo esto ha tenido un límite por lo menos en apariencia, la limitación financiera.

Por el lado de la financiación del sistema de salud ley 60 de 1993 continuó con la construcción de la descentralización que se había iniciado en la década anterior. Su importancia radica, como señala el Departamento Nacional de Planeación, en garantizar el cumplimiento de los fines únicos del Estado de bienestar y equidad sobre el fundamento de establecer una estructura de trabajo articulado entre los distintos niveles de gobierno; esto permite asimismo el aprovechamiento de las ventajas comparativas que tiene cada uno en la prestación de servicios de salud<sup>94</sup>. Por medio de mecanismo como la certificación se buscaba que sólo los municipios con las capacidades técnicas suficientes pudieran asumir efectivamente la ejecución de los recursos que la Nación le transfiriera para ello, y en caso de no alcanzarlos, la ejecución de los recursos para la atención básica sería responsabilidad del Ministerio de Salud.

Esta Ley sienta las bases para el funcionamiento del SGSSS de la Ley 100, en la medida que definió la distribución de los recursos y las competencias en salud. En este sentido la mayor responsabilidad en la ejecución se entregó a los

---

<sup>93</sup> RUIZ GÓMEZ, Fernando y UPRIMNY YEPES, Miguel. Op. Cit., p. 59.

<sup>94</sup> Departamento Nacional de Planeación. Unidad de Desarrollo Territorial. Orientaciones para la programación de recursos. Ley 60 de 1993. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación., 1997, p. 4.

municipios del país quienes en el área de la salud debían asegurar la prestación de los servicios del primer nivel de atención; permitiéndoles realizar esta tarea de forma directa o a través de contratos con entidades privadas. Los departamentos asumirían esta responsabilidad respecto de los niveles dos y tres de atención, es decir asumirían la responsabilidad de administrar las entidades hospitalarias de mayor complejidad. Por parte de la nación, según se estipula en el artículo 5° de la citada ley, las responsabilidades estarían concentrada en la formulación de las políticas de desarrollo del sistema, la vigilancia y distribución de los recursos del situado fiscal.

Se buscaba dar cabida a un sistema de descentralización que estableciera los montos a transferir a cada municipio de forma automática y teniendo en cuenta una serie de elementos de carácter técnico que pudieran ser objetivamente medibles, eliminando la discrecionalidad en la asignación de recursos. Con esto se buscaba dirigir recursos a los municipios con mayores niveles de pobreza, entendiendo que mayores inversiones en áreas como la salud y la educación servirían de impulso para la convergencia y la mayor equidad regional en el desarrollo nacional, permitiendo la oportunidad a los ciudadanos de estas regiones disfrutar de los servicios sociales de los que antes estaba privados.

Sin embargo, y pese a la estipulación de estos criterios técnicos, los recursos distribuidos para la salud y la educación no se escaparon a ser permeados por los intereses y las presiones políticas, tal y como lo señala Jaramillo<sup>95</sup> (1994), lo que dio nuevamente un desequilibrio en favor de las regiones con mayor gravitación política en el gobierno central y afectando a las regiones con mayor índice de necesidades básicas insatisfechas en salud y educación. Lo que sin duda se pondría en contra de los objetivos de equidad regional.

En el próximo apartado se da lugar a la revisión de las principales reforma que se ha llevado a cabo en al sistema de salud, lo que comprende tanto la

---

<sup>95</sup> Jaramillo Pérez, Iván. El Sistema Nacional de financiamiento de las entidades territoriales. [aut. libro] Ariel Cifuentes Noyes. Diez años de descentralización: resultados y perspectivas. Bogotá: FESCOL, 1994.

organización de los servicios, como los esquemas de financiamiento del mismo. Se hará énfasis principalmente en la revisión de las principales leyes, tratando de encontrar su relación con las transformaciones en equidad y eficiencia.

## **2.5. REFORMAS AL SISTEMA DE SALUD**

La primera reforma de importancia que afectó al sistema de seguridad social estaría precisamente relacionada con el esquema de descentralización y la estructura de financiación de éste. La ley 715 de 2001 buscaba armonizar las competencias entre los distintos niveles de gobierno, que si bien ya se habían definido con anterioridad en la ley 60 de 1993, el funcionamiento en la práctica no se tradujo en los objetivos particularmente esperados de ésta; especialmente en temas como la eficiencia en el uso de los recursos para los servicios de salud y los aumentos de la cobertura que de ellos se esperaba.

Desde el ejecutivo<sup>96</sup> se señalaba como uno de los principales objetivos de esta ley resolver los problemas relacionados con la inequidad en la distribución de los recursos. La ineficiencia en la gestión de los hospitales públicos ya se estaba haciendo patente con la crisis de la red hospitalaria pública. Crisis que se explicaba por la conjugación de algunos elementos que convergieron para hacer insostenible la situación financiera de numerosos hospitales del país.

Entre estos elementos se halla la ausencia de lineamientos claros de política pública para la administración de los hospitales públicos del país, que no fueron ejes de especial atención en la reforma al sistema de salud; asimismo el crecimiento de la nómina, que junto con el fenómeno de la corrupción se expresaba por medio del establecimiento de nóminas paralelas, esta situación cargaba de forma insostenible la estructura financiera de estas instituciones; cuestión que estuvo signada por lo que se denomina como bonanza de recursos que se presentó entre 1993 y 1995, a propósito de los nuevos esquemas de

---

<sup>96</sup> PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Informe al Congreso 2001-2002. Bogotá: Presidencia de la República de Colombia, 2002.

transferencias; al mismo tiempo que debían enfrentar la competencia de Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), que en algunos casos ofrecían servicios sin cumplir los requisitos técnicos para tal fin<sup>97</sup>.

En este sentido el ejecutivo se planteó la necesidad de tomar medidas que regularan la oferta de los servicios de salud que se estaban prestando para lo cual se propuso como meta la implementación de una Política de prestación de Servicios de Salud que permitiera en consecuencia el mejoramiento, y controlara la competencia de prestadores sin las condiciones técnicas que estaba teniendo los hospitales públicos por lo dispuesto en la reforma. De tal modo que el propósito de cumplir el objetivo de llevar servicios de calidad a toda la población pudiera cumplirse, al tiempo que la red hospitalaria pública no sufriera un desmedro de la calidad y mejorara en sus indicadores de eficiencia en el manejo de los recursos.

Es posible afirmar en este sentido que la formulación inicial del sistema de salud, realizado mediante la ley 100 de 1993, no tuvo como uno de sus objetivos concretos mejorar la eficiencia administrativa de la red pública, o por lo menos los primeros años de funcionamiento eso demuestran. Por lo tanto los indicadores negativos respecto de la eficiencia del gasto administrativo en los servicios de salud que se observaban en los ochenta se mantuvo durante las dos décadas siguientes, y aún más, ésta crisis hospitalaria devino en la liquidación de un importante número de instituciones emblemáticas como el Hospital San Juan de Dios en Bogotá en 1999.

De modo que la población más afectada fue aquella que aún no contaba con un seguro médico, ya fuera por cuenta propia o subsidiado por la nación, es decir, los usuarios naturales de la red hospitalaria pública, que ante la crisis vieron como las instituciones en cargadas de la prestación de los servicios médicos desaparecían o entraban en procesos de reestructuración forzosa por cuenta del

---

<sup>97</sup> JERVIS, Scott David; OROZCO, Julio; y OLIVARES, Fánika. Estudio de factibilidad técnica y viabilidad financiera para la toma en operación de una ESE en el Departamento de Bolívar, Colombia. Cartagena: (2011).

desastre administrativo. Otra importante consideración de la ley 715 de 2001 obligaba, según quedó consagrado en el artículo 51, como medida de salvamento de la red pública hospitalaria, a las Administradoras de Régimen Subsidiado (ARS) a contratar una proporción de sus servicios con estas instituciones, de modo que tuvieran cierta certeza en la contratación de servicios que permitiera la sostenibilidad de las instituciones. Sin embargo desde autores como Ruiz y Uprimny (2012) se critica esta medida, pues al tener la demanda asegurada, estas instituciones se despreocuparían por la eficiencia y optimización del gasto que con tanta urgencia necesitaban.

Se hace patente que el mejoramiento de las condiciones de equidad en la calidad del servicio y su ampliación hacia los segmentos de la población que hasta el momento habían permanecido desprotegidos fue un obstáculo para el nuevo sistema de salud en sus primeros años, tanto por el diseño institucional, como por la forma en que el mismo se estaba concretando debido a fenómenos más amplios como las influencias políticas de las regiones para la asignación de recursos, y ineficiencia administrativa, la corrupción y el clientelismo.

Los múltiples inconvenientes en la implementación de la ley 100 de 1993 llevaron al no cumplimiento de la meta fijada sobre la igualación de los planes de beneficios POS para los dos regímenes existentes para el año 2001. Esta situación muestra el fracaso en tema de equidad en los beneficios, y en cierta medida una fijación de un esquema institucionalizado de exclusión social, en tanto que un sistema que tenía entre sus principios la universalización y la equidad, fijando una diferenciación de beneficios a los que podía acceder cada ciudadano según su condición.

Fracaso en la igualación de beneficios que está estrechamente ligado a su vez con la inequidad en las transferencias que realiza el gobierno nacional para la atención, el cual por medio de las leyes subsiguientes se ha intentado equiparar a la disponibilidad de recursos que se tienen para los usuarios del régimen contributivo.

En los años 2007 y 2011 se aprobaron las leyes 1122 y 1438 respectivamente. La primera de éstas establecía, entre otros asuntos, la creación de la Comisión de Regulación en Salud, la cual tendría entre sus funciones la definición y modificación del POS. Asimismo, en búsqueda de mejorar la disponibilidad de recursos para el régimen subsidiado se dispuso el aumento de la cotización en salud del régimen contributivo del 12% al 12.5%, destinando un 1.5% de estos recursos para el subsidiado. Esta ley también dispuso de medidas a nivel más general del sistema de salud, la creación del Plan Nacional Salud Pública, el cual estaría comprendido en el Plan Nacional de Desarrollo que se formula desde el ejecutivo cada 4 años, en un nuevo intento de tratar de integrar las disposiciones en este sentido que se desarrollaban a nivel nacional.

De otra parte la ley 1438 de 2011 se fija como objetivo el fortalecimiento del SGSSS con la disposición explícita de unificar el POS para los dos regímenes, alcanzar la universalidad y permitir la articulación a nivel nacional de información entre las EPS y entidades territoriales que permita a los usuarios la portabilidad y acceso a los servicios de salud en todo el territorio nacional, esto intentando responder a los requerimientos de justicia que se hacían desde la Corte. En complementariedad con lo dispuesto en la ley 1122 de 2007 se planteaba la construcción del Plan Decenal de Salud Pública, el cual tendría el propósito de fijar los objetivos y metas en este sentido que permitieran trascender los ciclos políticos y pudieran de este modo ser evaluados en una perspectiva de tiempo más amplia para la planificación de mayor efectividad.

Como se ha señalado en líneas anteriores la importancia que las medidas de salud pública tienen para el buen funcionamiento de un sistema de salud son radicales, en tanto que desde ellas se ataca los determinantes a nivel macro de la mala salud, al tiempo en que se contemplan desde esta perspectiva un mayor énfasis en las actividades preventivas, que en muchos casos pueden ser mucho más eficientes que la concentración sólo en actividades de tipo curativo que puede requerir más recursos para su ejecución.

Se ha podido ver que el sistema de salud colombiano actual fue producto de una reforma radical ocasionada, sin lugar a dudas, por los cambios y la evolución que le precedió durante ese periodo de profundos cambios en la concepción de la relación del Estado con la sociedad, el siglo XX corto. Lo que evidencia la tensiones que aún hoy se mantienen en cuanto a la definición de un sistema de salud en el marco de una Constitución fruto de una serie de reivindicaciones sociales que reclaman por una mayor equidad, mientras por otra parte la materialización de esa equidad aboga por la consolidación de una mayor eficiencia; tensión que se mantendrá, pero en la cual, tal y como se señala desde el marco teórico de esta investigación, se debe dar cabida a una idea de justicia que concilie ambas posiciones a través del escrutinio público y diálogo razonado entre los distintos grupos de la sociedad que reclaman tanto por la una como por la otra.

En el próximo capítulo se hará una revisión más detallada de las consecuencias concretas que ha tenido el sistema de salud en Colombia, evidenciando la necesidad de diálogo razonado sobre un tema como el de la salud, e indagando la manera en que las realizaciones concretas se relacionan con la justicia y la inclusión social como interés central de este trabajo.

### **3. POSICIONALIDAD, INSTITUCIONES Y REALIZACIONES SOCIALES.**

#### **3.1. LA ACCIÓN DE TUTELA COMO MECANISMO DE EXPRESIÓN SOCIAL.**

Las dificultades en la implementación del nuevo sistema de salud contemplado en la Ley 100 de 1993, han estado particularmente relacionadas con el subsistema de aseguramiento social. La principal causa de este desajuste se ha debido a la falta de claridad en las normas que lo reglamentan, así como en la definición de los procedimientos y medicamentos a que cada ciudadano tiene derecho de acuerdo con su régimen. Estas falencias en el flujo de información han dado lugar a la interacción del sistema de salud con las instituciones de justicia. El efecto de ello ha sido la consolidación del mecanismo de la tutela como vía para obtener la atención necesaria.

Esta sección tiene como objetivo analizar la evolución del instrumento de la tutela como mecanismo de los ciudadanos para el acceso a la justicia, y busca responder a la pregunta sobre cómo se transformó la salud en un importante componente de las reclamaciones. Asimismo se tienen en cuenta las reacciones que un fenómeno como este ha provocado en la institución llamada al resguardo de la Constitución Política de Colombia, la Corte Constitucional. Los pronunciamientos de esta institución en el resguardo del derecho a la salud han sido trascendentales, razón por la cual sus actuaciones no han escapado a la crítica por lo cual si se quiere entender un fenómeno como el de la justiciabilidad de la salud es necesario tenerlas en cuenta.

Desde el enfoque de justicia que dirige esta investigación se tendrán presentes dos perspectivas —la posicionalidad y el consecuencialismo- que permiten entender mejor los resultados del ejercicio de análisis que se desarrollará a lo largo de esta sección. Para Amartya Sen las dos perspectivas tienen una importancia central en tanto de éstas permiten entender las limitaciones y contrastes de la búsqueda de justicia en una sociedad, ajustándola a la realidad de las personas y el papel de las instituciones en la protección de los derechos.

En un primer momento se mostrará el surgimiento de la acción de tutela desde el ordenamiento jurídico de la Constitución de 1991, al tiempo que se expone la evolución de ésta durante los más de 20 años de vida constitucional. En un segundo momento se expondrá la relación que ésta ha establecido con la salud, con lo que se trata de encontrar si existen patrones de comportamiento que permitan relacionar la tutela con variables como la pobreza y la exclusión social. Finalmente, la última parte se dedica al análisis de la sentencia T-760 de 2008 como respuesta de la Corte ante el fenómeno de la justiciabilidad de la salud; centrando la atención en las consecuencias de tipo económico que tienen los pronunciamientos de la Corte, las cuales podrían suponer una limitación para el avance de la justicia en salud.

**3.1.1. Acción de tutela: alcances y evolución.** La acción de tutela nace con la Constitución de 1991. Contemplada en el artículo 86 como mecanismo al que todo ciudadano puede acceder ante un juez sin intermediación alguna para exigir la protección de los derechos constitucionales fundamentales, consagrados en el Título II, Capítulo I de la Carta Constitucional. Es considerada abiertamente como una de las principales innovaciones de la nueva carta política<sup>98</sup>, debido a que ésta brinda la posibilidad de acceder a la justicia sin la necesidad de contar con intermediarios por lo tanto crea un ambiente social de mayor disponibilidad del Estado frente a los requerimientos de justicia.

El establecimiento de plazos concretos para la emisión del fallo por parte del juez, 10 días; así como el cumplimiento del mismo, que se debe dar en un plazo máximo de 48 horas después del fallo, hacen de ella un instrumento eficaz para el acceso a la justicia. Al acercar la justicia al ciudadano este instrumento se constituye en un paso en la democratización del país, al eliminar la intervención de un abogado para interponer una tutela se reducen los costos de acceso a la

---

<sup>98</sup> Véase: GARCÍA, Mauricio, y UPRIMNY Rodrigo. La reforma a la tutela: ¿ajuste o desmonte? En : ¿Justicia para todos? Sistema judicial, derechos sociales y democracia en Colombia. Bogotá: Norma, 2006. Y UPRIMNY, Rodrigo, y DURÁN Juanita. Equidad y protección judicial del derecho a la salud en Colombia. En : Serie Políticas Sociales N° 197. Bogotá : CEPAL, 2014.

justicia, que en algunos casos se convierte en una barrera privativa. Con ello se proponía la Asamblea Constitucional la tarea de darle un carácter a la justicia de institución incluyente.

Durante los primeros años de vigencia el instrumento de la tutela no fue usado de forma masiva, sin embargo, como se observa en las gráficas 2 y 3, a partir del año 1999 el uso de ésta empezó a aumentar de forma exponencial, pasando 10 tutelas en 1998 a cerca de 22 por cada 10.000 habitantes en el año siguiente. Cinco años después, en el 2004, se instauraron más acciones de tutela que durante los siete primeros años de existencia de este instrumento, lo que mostraba un salto cuantitativo de considerables proporciones.

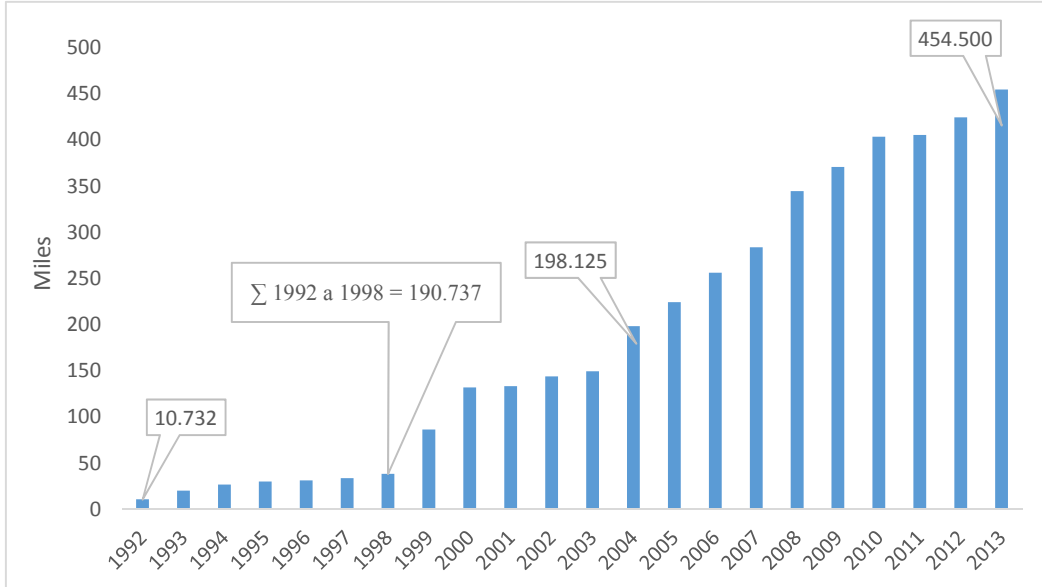
En un análisis de la justiciabilidad de la salud Uprimny y Durán<sup>99</sup> (2014) identifican tres etapas. Una primera etapa denominada fase inaugural, durante la cual el litigio por vía de la tutela fue escaso; luego en una segundo momento se da una explosión del uso de este instrumento con lo cual se concretó el crecimiento cuantitativo que se da después del año 1999; y al final una última etapa en la cual, dadas las consecuencias de la segunda fase, se intentó contener las reclamaciones por esta vía. En concordancia con lo anterior Ruiz & Uprimny<sup>100</sup> (2012) indican que el poco uso que se le dio a la acción de tutela durante los primeros años, por lo menos en salud, obedece al desconocimiento de los ciudadanos sobre las posibilidades de uso de la misma.

---

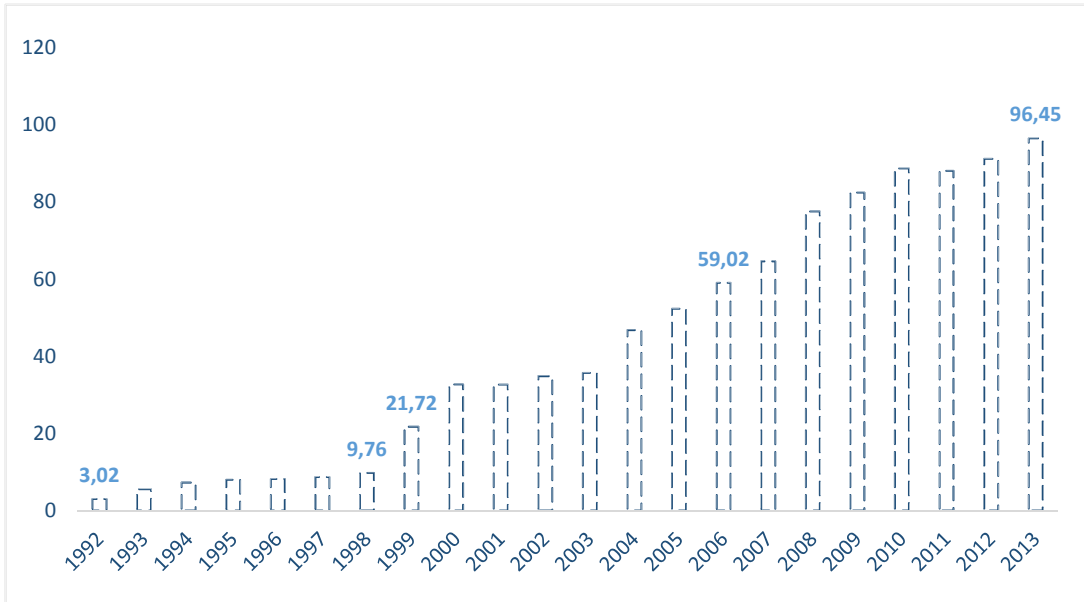
<sup>99</sup> *Ibíd.*

<sup>100</sup> RUIZ GÓMEZ, Fernando y UPRIMNY YEPES, Miguel. Op. Cit.

**Gráfica 2: Acciones de tutela 1992-2013**



**Gráfica 3: No de tutelas por cada 10.000 habitantes 1992-2013**



Datos tomados de: Defensoría del Pueblo. La tutela y el derecho a la salud 2013. Bogotá, 2014.

Frente a la naturaleza misma de la acción de tutela, creada para la protección de los derechos fundamentales contenidos en los artículos 11 al 41 de la Constitución de 1991, surge la siguiente inquietud: ¿cómo fue que la tutela se transformaría en el principal mecanismo por el que los ciudadanos accederían a un derecho no fundamental?

En la Constitución de 1991 se contempló la salud en los derechos sociales, económicos y culturales de que trata el Título II, Capítulo II, artículos 42 al 77. Allí se establece la seguridad social como un servicio público, al tiempo que le da el carácter de derecho irrenunciable (art. 48), luego en el artículo 49 se consagra la garantía a todas las personas en el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. No obstante este reconocimiento, la salud originalmente no fue considerada un derecho fundamental de los colombianos, razón por la cual su justiciabilidad fue posible gracias a la conexión que tiene ésta con el derecho a la vida y el derecho a la integridad personal. Fue así como los ciudadanos encontraron en ella una vía eficiente para poder acceder a los medicamentos y procedimientos que necesitaban, tal y como lo señala la Defensoría del Pueblo.

**Tabla 5:** Derechos invocados en las tutelas. % de participación anual.

Derechos invocados	2009	2010	2011	2012	2013
Petición	36.9	40.4	44.5	44.9	48.1
Salud	27.1	23.3	26.1	26.9	25.3
Otros derechos económicos, sociales y culturales	25.7	22.0	25.1	15.1	15.8
Vida digna y dignidad humana	14.5	16.1	14.6	13.9	13.6
Debido proceso y defensa	25.7	12.8	13.2	12.3	11.0
Vida	17.6	10.3	9.0	7.0	5.8
Igualdad	5.7	5.0	5.7	4.6	3.8
Trabajo	2.6	2.7	2.5	2.5	2.4
Libertad de enseñanza, educación e investigación	1.8	1.2	1.5	1.2	1.4

Datos tomados de: Defensoría del Pueblo. La tutela y el derecho a la salud 2013. Bogotá, 2014

En el informe<sup>101</sup> del año 2013 esta institución indica, en relación con la tutela por salud, que ésta se ha posicionado en los últimos años como una de las principales razones que invocan quienes hacen uso de este instrumento (Ver tabla 5). En principio las acciones de tutela se interpusieron para reclamar la protección de los derechos fundamentales, luego, a partir del año 1999, la cantidad de tutelas que reclamaban la protección del derecho a la salud creció de manera significativa (ver gráfica 4), tal vez como una advertencia de los problemas que ya empezaba a tener la red pública de hospitales en el país y el sistema de salud en general.

Ahora desde la perspectiva regional se observa que más de la mitad de las acciones de tutela interpuestas durante el 2013 se concentran en entidades territoriales (Antioquia, Bogotá D.C., Valle del Cauca, Atlántico y Santander). Esto muestra una concentración geográfica del litigio por esta vía. Entre ellas se destaca que el derecho a la salud es uno de los más invocados, y en el caso específico de Santander el más importante (ver tabla 6.).

**Tabla 6:** Los derechos más invocados en los cinco departamentos con mayor número de tutelas 2013. (Cifras en porcentaje)

	Antioquia	Bogotá D.C.	Valle del Cauca	Santander	Atlántico
Derecho de petición	61,6	49,0	42,3	34,8	45,7
Salud	19,6	15,6	29,4	35,0	25,4
Otros derechos económicos, sociales y culturales	20,3	11,7	14,1	15,6	13,4

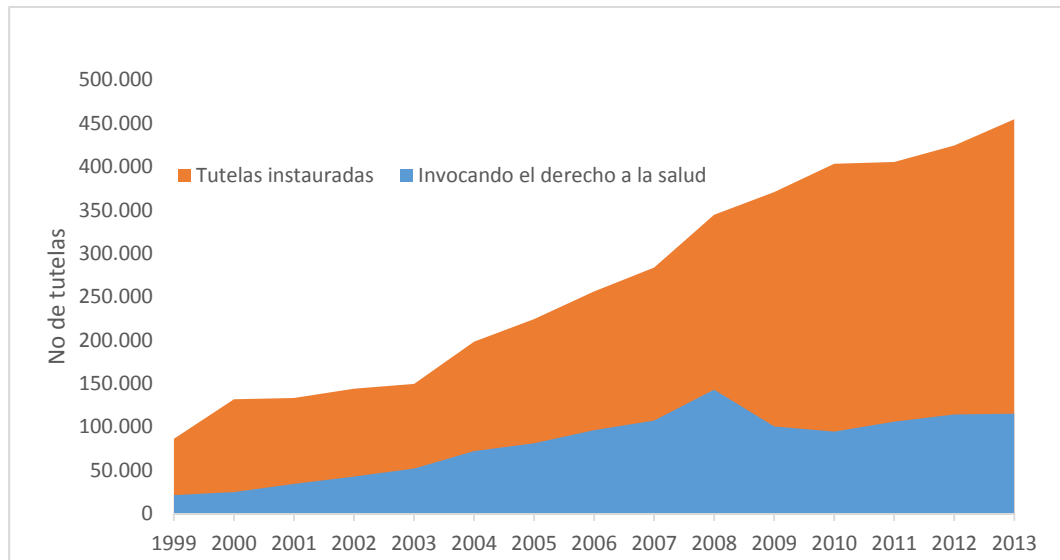
Datos tomados de: Defensoría del Pueblo. La tutela y el derecho a la salud 2013. Bogotá, 2014.

Esta situación ha provocado que, aun siendo la acción de tutela considerada desde muchas perspectivas como uno de los avances más importantes de la

<sup>101</sup> DEFENSORÍA DEL PUEBLO. La tutela y el derecho a la salud 2013. Bogotá, 2014.

Constitución de 1991, ésta haya sido objeto de críticas como se advirtió en la introducción de este apartado<sup>102</sup>. Uno de los argumentos sobre los que se fundamentan las críticas está relacionado con que, al declarar la conexidad del derecho a la salud con la del derecho a la vida y la integridad personal, se ha transformado ésta en un mecanismo para acceder a medicamentos y procedimientos que no estaban contemplados en los planes de beneficios diseñados inicialmente en cada uno de los regímenes. Señalan los críticos que por esta vía en el país existe un POS al que se accede porque se tiene derecho y otro por el camino de los tribunales, en pocas palabras, por la interacción con la tutela el sistema de salud, por una vía u otra, le da al ciudadano la posibilidad de acceder a todo según los críticos quienes critican este fenómeno.

**Gráfica 4:** Participación de la tutela por el derecho a la salud sobre el total de tutela interpuestas.



Datos tomados de: Defensoría del Pueblo. La tutela y el derecho a la salud 2013. Bogotá, 2014.

<sup>102</sup> Véase: LONDOÑO HOYOS, Fernando. La Economía de la Constitución. En : Revista Javeriana. Vol. 137 No. 678, 2001; RUBIO, Mauricio. Entre la informalidad y el formalismo. La acción de tutela en Colombia. En : *Documentos de trabajo -Facultad de Economía- Universidad Externado*, 2011; GAVIRIA, Alejandro. El país de la tutela. El Espectador. 6 de Noviembre de 2010; y más recientemente LONDOÑO HOYOS, Fernando. Maldita tutela. Las 2 orillas. 09 de Marzo de 2015.

Estas medidas judiciales, y esta es la otra parte del argumento de los críticos de la tutela, por lo general tienen unas repercusiones económicas que, en el caso de la salud, están relacionadas con la mayor inversión en compra de medicamentos y pago de procedimiento que se escapan al diseño presupuestal inicial del sistema. Cabe señalar que estas críticas hacia la acción de tutela no están sólo ceñidas de las consecuencias económicas en lo concerniente a la salud, pues en otros esferas como por ejemplo en la de los derechos laborales, tanto los jueces como de la Corte han sido fuertemente criticados.

Desde la perspectiva de Lamprea<sup>103</sup> (2011) la gran importancia que empezó a tener la tutela como mecanismo para exigir medicamentos y procedimientos médicos está relacionada con lo que este autor llama “comodificación” de los servicios de salud que llevaba a los prestadores a interponer barreras de acceso en busca de optimizar las ganancias, por lo cual los usuarios para contrarrestar esta “comodificación” reaccionaron exigiendo mayor justicia, pues veían amenazada su salud.

En efecto, cerca de la mitad de las tutelas que se instauran en el país obedecen a reclamos de bienes y servicios que están contemplados en el plan de beneficios, lo cual deja ver que existe un problema de fondo en la manera en que las empresas encargadas del aseguramiento de los ciudadanos no han cumplido su deber con el sistema, situación que ha llamado la atención de organismos como la Corte Constitucional y la Defensoría del Pueblo. El próximo apartado busca entender cómo se distribuyó ese fenómeno a lo largo de la geografía nacional, intentando encontrar si existen diferencias en la percepción de injusticia a nivel regional, o si por el contrario el fenómeno de la justiciabilidad de la salud tuvo un comportamiento homogéneo a lo largo y ancho de país.

---

<sup>103</sup> LAMPREA, Everaldo. La Constitución de 1991 y la crisis de la salud: Encrucijadas y salidas. Bogotá: Universidad de los Andes, 2011. p. 98.

**3.1.2. Acción de tutela: revelaciones y contrastes regionales.** Uprimny y Durán (2014) se preguntan hasta qué punto el litigio de la salud en el país puede generar más equidad en la protección de este derecho. Los autores advierten que los efectos de esta justiciabilidad de la salud han sido mixtos en términos de igualdad, es decir, por un lado el resultado de los mecanismos judiciales, si se mira desde los casos individuales, ha tendido a beneficiar a las clases media y alta, con el ahorro de gastos en medicamentos y procedimientos. Sin embargo ese no es el único resultado de dicho fenómeno, dado que los efectos agregados muestran un beneficio de orden más estructural que pudieran de forma indirecta provocar transformaciones positivas sobre los sectores más pobres y excluidos de la sociedad.

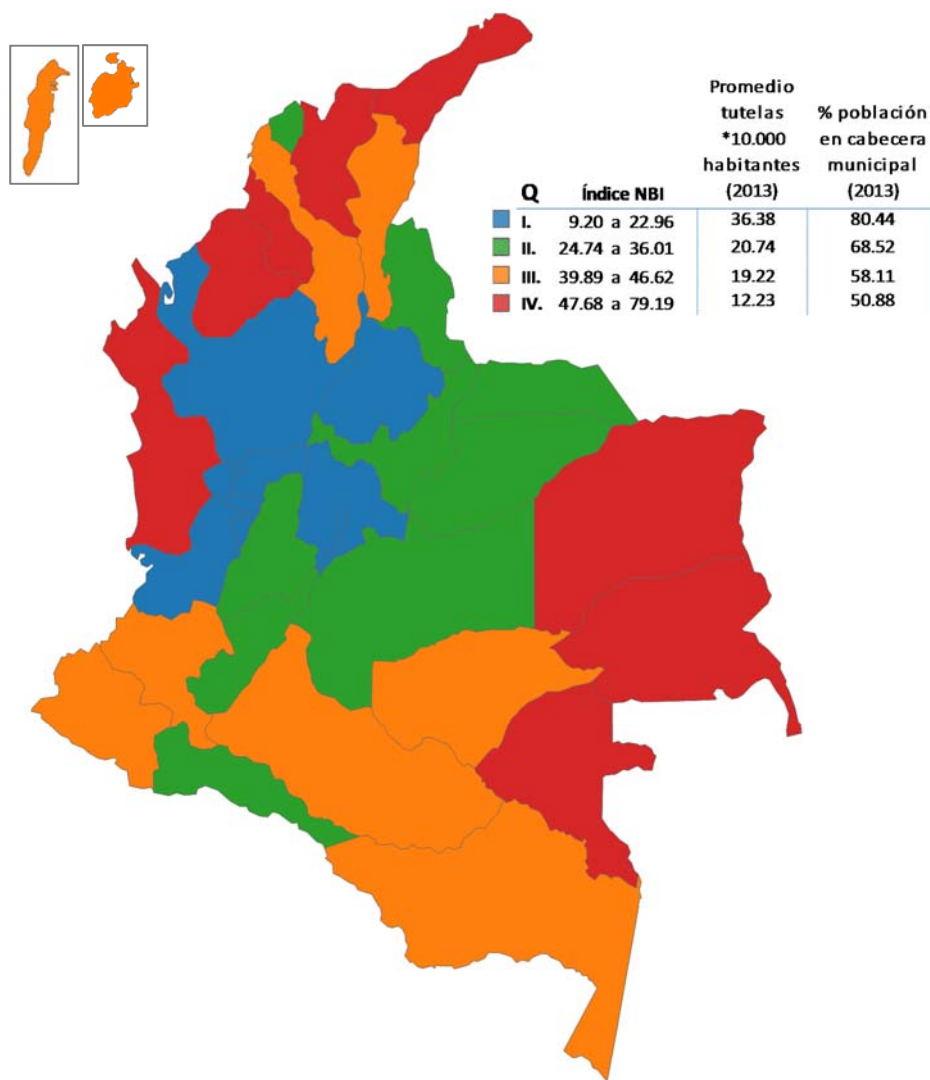
En un ejercicio de análisis de cómo se relaciona la justiciabilidad de la salud con variables como el acceso a servicios públicos, asistencia escolar y niveles de dependencia económica, agrupadas en el índice de necesidades básicas insatisfechas (NBI), se esperaría tuvieran una correlación positiva, es decir, a mayores necesidades, los ciudadanos deben reclamar mayor protección. En este apartado se busca establecer el carácter de esta relación para el caso específico del derecho a la salud.

Con el fin de observar si existe correlación entre variables socioeconómicas y la exigencia del derecho a la salud vía tutela se organizaron los 32 departamentos del país y el distrito capital por cuartiles siguiendo el Índice NBI, luego se calcularon para cada uno de los cuartiles los niveles promedio de tutelas instauradas por cada 10.000 habitantes invocando este derecho, esto con base a las cifras departamentales publicadas por la Defensoría del Pueblo para el año 2013. Asimismo se calculó el coeficiente de correlación para las dos variables — porcentaje de población con NBI y número de tutelas instauradas por cada 10.000 habitantes— sobre la base de datos con la información de cada departamento con el fin de establecer el tamaño de la correlación de las dos variables. Por otra parte se calculó para cada cuartil el porcentaje de población en las cabeceras municipales para observar las diferencias en este aspecto.

Los resultados muestran una relación contraria a la esperada, pues los departamentos pertenecientes al primer cuartil, es decir los que tienen menor porcentaje de población con necesidades insatisfechas, son los que más acuden a la tutela como mecanismo para reclamar la protección de este derecho, 36.38 tutelas por cada 10.000 habitantes, frente a las 12.23 tutelas en promedio que se instauran en los departamentos del cuartil opuesto, esto es, los que mayor población con necesidades básicas insatisfechas tienen (Ver mapa 2) El índice de correlación calculado fue asimismo negativo cercano al -0.55. ¿Cómo se explican estos resultados contradictorios?

Aunque la existencia de correlación no es sinónimo de causalidad, sólo el análisis permitirá decir de qué manera se explica la existencia de ésta. Entonces la respuesta a la pregunta antes formulada se relaciona con la percepción de justicia, y esta a su vez guarda dependencia con variables de orden social y económico, que pueden dar cuenta del resultado paradójico, y en cierta medida contradictorio, del ejercicio desarrollado en esta parte de la investigación.

**Mapa 2:** Departamentos ordenados en cuartiles según el Índice de Necesidades



Datos tomados de: Ministerio de Salud. Informe de Indicadores básicos de salud 2013. Y Defensoría del Pueblo. La tutela y el derecho a la salud 2013.

En efecto, la exigencia de justicia sobre cualquier derecho depende como primera instancia del conocimiento que sobre los mismos tengan los ciudadanos, esto último a su vez se relaciona con los niveles de participación efectiva en la democracia y los niveles de educación. Por ejemplo, las bajas cifras de uso de la acción de tutela durante los primeros años se debieron más al desconocimiento de los instrumentos y derechos contemplados en la nueva

Constitución, que a cualquier cambio radical respecto del cumplimiento, o incumplimiento, de los derechos fundamentales.

Toma en esta parte de la investigación gran importancia la comprensión del papel de la posicionalidad incorporado en el concepto de justicia adoptado. Señala Amartya Sen:

Esta cuestión [la posicionalidad] es muy importante para la formulación de una teoría de la justicia y, más específicamente, para la exploración de una teoría que dé un papel especial al razonamiento público en la comprensión de las exigencias de la justicia. El alcance del razonamiento público puede ser limitado en la práctica por la manera en que la gente lee el mundo en el que vive<sup>104</sup>.

En este sentido la posición del sujeto en la sociedad es importante en su relación con la justicia, debido a que de ella dependerá la percepción que éste tenga sobre la misma, pudiendo crear lo que denomina este autor como ilusiones posicionales. El papel de las ilusiones posicionales se hace visible en situaciones como el de la morbilidad subjetiva y objetiva. En los estados Bihar y Uttar Pradesh, en la India la tasa de morbilidad autopercebida es muy baja si se le compara con la de estados como Kerala; no obstante la esperanza de vida en este último es con mucho la mayor del país, y la evaluación médica objetiva indica una exitosa transición sanitaria. De la otra cara de la moneda Bihar y Uttar Pradesh tiene baja esperanza de vida y altas tasas de mortalidad infantil. Ante ello se pregunta Sen: ¿por qué existe un patrón tan sistemático de disonancia entre las tasas de mortalidad y las de morbilidad autopercebida?<sup>105</sup>

En respuesta a esta pregunta indica el autor la utilidad del concepto de ilusión objetiva, indicando que: “en la búsqueda de la justicia, las ilusiones posicionales pueden imponer serias barreras que tienen que superarse a través de la

---

<sup>104</sup> SEN, Amartya. La idea de la justicia. Bogotá: Taurus, 2009, p. 198.

<sup>105</sup> Un análisis más amplio de la posicionalidad y la morbilidad autopercebida en los estados de la India se puede encontrar en *Desarrollo y Libertad capítulo 4* y *La Idea de la justicia capítulo 7*.

ampliación de la base de información para las evaluaciones”<sup>106</sup>. En efecto, las mayores tasas de alfabetización y servicios públicos de salud más extendidos de Kerala hacen que haya una conciencia mayor sobre las enfermedades y la necesidad de buscar remedios; al tiempo que las condiciones sociales más adversas en educación y salud de Bihar y Uttar Pradesh permiten que la población tenga menor capacidad de discernimiento sobre la enfermedad; de allí la importancia de tener en cuenta la perspectiva posicional en el análisis de justicia.

Para el caso concreto de esta investigación los habitantes de los departamentos del último cuartil podrían tener una percepción distinta de las fallas en la prestación de los servicios de salud, por lo cual no asumen éstas como injusticia, y en consecuencia no acuden a la acción de tutela como mecanismo para acceder a ellos. Ilusión posicional que puede extenderse más allá, por ejemplo, Uprimny y Durán (2014) encuentran en el año 2003 el 73% de las tutelas fueron interpuestas por personas del régimen contributivo que acumulaba el 35% de los afiliados, mientras que del lado del régimen subsidiado con el 23% de los afiliados al sistema se interponía apenas el 3% de las tutelas, aun cuando los beneficios de este último eran sensiblemente menores.

En tal sentido resulta pertinente citar el informe de la Encuesta de Necesidades Jurídicas Insatisfechas el cual señala:

*La falta de conocimiento obstaculiza el acceso a la justicia, al menos de algunos grupos poblacionales. [...] Este factor afecta especialmente a la población en extrema pobreza, la cual, en un alto porcentaje, no se acuerda o no sabe qué sucedió con sus procesos, no acudieron a las autoridades porque no sabían que podían hacerlo<sup>107</sup>.*

---

<sup>106</sup>. *Ibíd.*, p. 199-200

<sup>107</sup> Encuesta Nacional de Necesidades Jurídicas Insatisfechas como se cita en: Defensoría del Pueblo. La tutela y el derecho a la salud 2013. Bogotá, 2014.

En La Rota & otros<sup>108</sup> (2014) se señala que el 34% de las personas en condición de pobreza extrema no conoce el mecanismo judicial de la tutela, mientras que esa tasa para la población en general del país es cercana al 16%. Es importante aceptar el llamado de Amartya Sen sobre la necesidad de ampliar la base de información de los ciudadanos con mayores niveles de pobreza, dando a conocer sus derechos y los mecanismos existentes para su protección. En un panorama en el que el 69.96% de las tutelas se interpusieron para la exigencia de procedimientos y medicamentos contemplados en el plan de beneficios<sup>109</sup>, es muy posible que con un poco más de información las personas puedan acceder a medicamentos y procedimientos médicos para mejorar su calidad de vida e integrarse de forma efectiva a la sociedad, evitando procesos de exclusión social relacionada con la pobreza y haciendo del sistema de salud una institución económicamente más incluyente.

Más allá del sesgo poblacional observado, el hecho de que la instauración de tutelas se haya dado de una manera sistemática y en proporciones tan altas ha convertido la justiciabilidad de la salud en un fenómeno. Esto, como no podía ser menos, ha atraído la atención del país, tanto de la opinión pública, el ámbito académico y por supuesto de las instituciones que de forma directa están relacionadas con la administración de justicia. El próximo apartado de esta sección busca presentar los más importantes argumentos que se ha establecido en el debate alrededor de la justiciabilidad de la salud y cuál debería ser el papel de la justicia como institución desde la comprensión que de ésta hace Amartya Sen.

---

<sup>108</sup> LA ROTA, Miguel Emilio, y otros. Ante la justicia. Necesidades jurídicas y acceso a la justicia en Colombia. Bogotá: Centro de Estudios del Derecho, Justicia y Sociedad, Dejusticia., 2014, p. 146.

<sup>109</sup> Defensoría del Pueblo. La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2013. Bogotá: Defensoría de Pueblo, 2014.

**3.1.3. Consecuencialismo y justicia en el debate alrededor de la tutela.** La recurrencia de tutelas en salud, en las que se observa la vulneración sistemática de derechos, y la congestión del sistema judicial que el aumento en el uso de este mecanismo ha traído, llevó a que la Corte emitiera el 31 de julio de 2008 la Sentencia T-760. Con ella buscaba dar una respuesta más amplia al fenómeno de la justiciabilidad de la salud y los problemas en el sistema de salud que ya para ese año eran bastante visibles, entre otras por el colapso de la red pública hospitalaria que ya se había consumado, y las barreras de acceso impuestas de forma reiterada a los usuarios.

Esta sentencia es considerada un hito, en tanto la misma, según Uprimny y Durán (2014) reconoció el carácter de fundamental del derecho a la salud, con lo cual rompió con más de una década en el que éste sólo fue justiciable en la medida que guardaba conexidad con derechos fundamentales. Asimismo en la T-760 de 2008 se establecen ordenes concretas dirigidas a la entidades competentes y al gobierno nacional, con objetivo lograr la protección efectiva del derecho a la salud. Se planteaba con esta sentencia la necesidad de ajustar el sistema a lo planteado en la Constitución.

Las ordenes porferidas por la Corte en la T-760 estaban asimismo acompañada por unos plazos que el gobierno nacional y las entidades encargadas en calidad de responsables e integrantes del sistema debía cumplir, a continuación se presenta una muestra de cuatro medidas con efectos económicos que señalaba la Sentencia<sup>110</sup> se debían adoptar para lograr el cumplimiento efectivo del derecho a la salud:

- Actualización del plan de beneficios, y unificación de éste para los regímenes contributivo y subsidiado.
- Implementar un plan de contingencia para asegurar los pagos de los recobros atrasados en el FOSYGA

---

<sup>110</sup> COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia del 31 de julio de 2008. Magistrado Ponente: Manuel José Cepeda Espinosa. (Sentencia Número T-760), p. 2-3.

- Adoptar medidas para evitar que se rechace o se demore la prestación de los servicios médicos que sí se encuentran incluidos en el POS.
- Empezar acciones para que progresivamente se alcance la cobertura universal del Sistema.

En la medida que una sentencia de esta magnitud, y en general cualquier determinación de la Corte que implique la toma de medidas sobre agentes, tendrá consecuencias económicas. Esta situación reavivó los ánimos de los críticos sobre los límites de las competencias de la Corte, pues desde la consideración de sus críticos esta institución no estaba teniendo en cuenta las consecuencias de sus actos, con lo cual se veía amenazada la estabilidad macroeconómica del país.

Desde el ámbito académico a finales de la década de los noventa ya se lanzaban críticas sobre las actuaciones de la Corte. Salomón Kalmanovitz, uno de los economistas más destacados del país, y para entonces codirector del Banco de La República, institución más importante en el ámbito macroeconómico, señalaba:

Las decisiones que ha tomado la Corte Constitucional con relación al sistema de salud público, a la administración electoral y a otros entes estatales han repercutido una ampliación injustificada del gasto público. [...] No habrá Estado que sea viable financieramente bajo la égida de una Corte que lo obliga a gastar excesivamente y le impide coleccionar los tributos. [...] Cuando la Corte decide que un enfermo que ha presentado una tutela tiene derecho a un costoso tratamiento gratuito está socavando el sistema existente y favoreciendo el oportunismo. En vez de cotizar el paciente puede optar por tutelar<sup>111</sup>.

La lectura de Kalmanovitz mostraba las razones que desde las consecuencias económicas abogaban por un papel más reflexivo de los efectos de sus actos, en

---

<sup>111</sup> KALMANOVITZ, Salomón. Las instituciones y el desarrollo económico en Colombia. Bogotá: Norma, 2001, p. 155-156.

pos de asegurar un futuro más estable en el campo de lo económico. Desde otras perspectivas, y en un tono más altivo, el exministro de hacienda Rudolf Hommes<sup>112</sup> relacionaba el trabajo de la Corte con una dictadura; a su parecer, las medidas que estaba tomando excedían sus competencia sobre la interpretación de la ley, llegando al punto de modificarla, o en el peor de los casos haciendo las leyes, con lo cual sustituía el papel del Congreso de la República, institución encargada de esa tarea. De otra parte se advertía que el criterio de la Corte, expresado en los fallos, imposibilitaba el manejo ordenado del gasto público, en la medida en que a raíz de éstos surge la necesidades de egresos no previstos.<sup>113</sup>

Para el caso concreto de la T-760 en algunos análisis como el realizado por Mejía (2010) se señala que los efectos de la Sentencia de la Corte con relación a la orden de unificar los planes de beneficios entre el régimen contributivo y el subsidiado generará un aumento de la informalidad de los trabajadores de 17.01% y en las firmas de 11.90%, debido al deterioro de los incentivos a cotizar que una medida como estas generaría en los agentes económicos, debido a que preferirán mantenerse en el régimen subsidiado porque no les compromete a realizar ningún tipo de aporte económico, igualmente en este estudio se indica sobre las implicaciones en el déficit fiscal de esta medida al exigir un aumento desmesurado del gasto público, en sintensis, la T-760 incentivaría la informalidad e intensificaría el asistencialismo.

En Perry y otros<sup>114</sup> (2010) se señala que al declarar la salud como derecho fundamental por si mismo se abría la puerta a que se presentaran vulneraciones económicas contra el sistema salud, en tanto el plan de beneficios a partir de esa determinación quedaría abierto a cualquier procedimiento o beneficio. Indican

---

<sup>112</sup> HOMMES, Rudolf. Dictadura constitucional. El Tiempo. 07 de Julio de 1999.

<sup>113</sup> CUELLAR, María Mercedes. La prueba de razonabilidad y estabilidad de la reglas de juego. En: Revista de Economía Institucional. Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 2005, Vol. 7. No 12, p. 38.

<sup>114</sup> PERRY, Guillermo, STEINER, Roberto y SANTA MARÍA, Mauricio. Emergencia Social: Conclusiones de un debate. En: Economía y Política: análisis de la coyuntura legislativa. Bogotá: Fedesarrollo, 2010.

los autores que “El sistema de salud hace parte de una restricción presupuestal más amplia del gobierno que implica que la transferencia de recursos adicionales al sistema de salud debe hacerse a costa de otros gastos, o de mayores ingresos”<sup>115</sup>. Con lo cual se hace énfasis en las limitaciones y la capacidad real del gobierno nacional de poder llevar a la realidad los dictámenes de la Corte.

De otra parte en Uprimny (2006) se contrasta en defensa de una postura deontológica, es decir basada en el apego a la norma y el deber, en tanto que si los jueces decidieran exclusivamente tomando en cuenta las consecuencias eventuales de su determinación, entonces dejarían de ser jueces independientes para convertirse en órganos políticos, y el derecho perdería todo su sentido como instancia normativa de cohesión social<sup>116</sup>. El llamado desde una perspectiva deontológica, por ejemplo en el caso de la salud y las tutelas, es a que los jueces y magistrados actúen de acuerdo con lo establecido por las leyes, sin tener en cuenta las consecuencias que de los fallos pueden derivarse, pues en esa medida la justicia, llamada a ser neutral, estaría perdiendo su naturaleza.

Ante esta gama de argumentos que apelan a la moderación de la Corte Constitucional teniendo en cuenta las consecuencias a la hora de emitir fallos, es válido postular la siguiente cuestión: ¿debe la Corte, y la justicia en general, tener en consideración las consecuencias económicas de sus fallos a la hora de emitirlos? Y ¿de qué manera juega ello en la determinación de la justicia al interior del sistema de salud?

Una vez más, ante esta disyuntiva, el marco analítico adoptado en esta investigación sirve de herramienta para el discernimiento, pues el consecuencialismo es un tema de especial atención para la concepción de justicia de Amartya Sen. Para exponer esta idea el autor cita de la epopeya sánscrita *Mahabharata* el diálogo entre Arjuna y Krishna, en la que éstos

---

<sup>115</sup> *Ibíd.*, p. 4.

<sup>116</sup> UPRIMNY, Rodrigo. Legitimidad y conveniencia del control constitucional a la economía. *En*: UPRIMNY Rodrigo; RODRÍGUEZ GARAVITO César y GARCÍA VILLEGAS, Mauricio. ¿Justicia para todos? Sistema judicial, derechos sociales y democracia en Colombia. Bogotá: Norma, 2006, p. 165.

argumentan desde distinta perspectiva, la consecuencialista y la deontológica respectivamente, para mostrar que en la definición de la justicia las consecuencias juegan un papel de importancia. El argumento deontológico centrado en el deber ser, es decir, actuar sólo a partir de la norma para alcanzar la justicia (o sea de lo que se acusa a la Corte); mientras del lado del consecuencialismo se define la justicia a partir de los que arroje un determinado comportamiento (lo que le piden los economistas a la Corte).

Para Amartya Sen “el consecuencialismo es aquel conjunto de teorías para las cuales todas las opciones, incluyendo la selección de acciones, prácticas, instituciones, y demás, deben ser guiadas exclusivamente por la bondad del estado de cosas consecuente”<sup>117</sup>. En este orden la teoría utilitarista en economía se asumen como de corriente consecuencialista. El consecuencialismo se ha asumido en este sentido en su faceta negativa, al punto que difícilmente alguien aceptaría ser defensor del mismo, señala Sen “Admitir que uno es consecuencialista es como presentarse diciendo «soy un negro de Londres»”<sup>118</sup> difícilmente alguien se asumiría como tal, sin embargo señala éste que hay allí cuestiones que rescatar sin importar el desprestigio que cargue consigo el término.

La postura de Amartya Sen aboga no por una justicia puramente consecuencialista, más sí por la sensibilidad necesaria que debe tener ésta hacia las consecuencias. De modo que, al pronunciarse las instituciones encargadas de velar por ella es imperativo que sean sensibles a las consecuencias. Advierte que el razonamiento sensible a las consecuencias es necesario para un entendimiento adecuado de la idea de responsabilidad.

En el caso concreto del tema que ocupa esta sección de la investigación una visión integradora de las perspectivas consecuencialista y deontológica como la

---

<sup>117</sup> SEN, Amartya. Economía de bienestar y dos aproximaciones a los derechos. Como se cita en : LAMPREA, Everaldo. Derechos fundamentales y consecuencias económicas. En: Revista de Economía Institucional, Universidad Externado de Colombia. Vol. 8, N° 14, 2006, p. 80.

<sup>118</sup> SEN, Amartya. Idea de la justicia. Bogotá : Taurus, 2009, p. 248

de Sen propendería por tener presentes las consecuencias para determinar responsabilidades y acciones, por ejemplo del gobierno nacional frente al sistema de salud, sin llegar, como lo advierte Uprimny (2006) al extremo de disolverse en el cálculo pragmático de los eventuales efectos financieros y sociales de las sentencias.

En esta sección se estudió el papel que ha jugado la tutela durante su más dos décadas de vigencia, y la relación que ha establecido con el sistema de salud. Se advierte en esta parte de la investigación, para la comprensión de esta relación y la justicia, la existencia de dos elementos transversales en la evaluación de la justicia, Por el lado “micro” la importancia de la *posicionalidad* de quién está en relación con el sistema, la cual ejerce influencia en la percepción de justicia e injusticia, que está estrechamente ligada a la base de información con que cuenta el sujeto para el discernimiento, con lo cual el contexto social y de acceso a otros servicios como la educación son un elemento clave.

Por el lado “macro” de las relaciones institucionales para el logro de la justicia, se ha observado de la importancia de las perspectivas consecuencialista y deontológicas para la determinación de responsabilidades y acciones frente a las actuación de las instituciones. Con lo cual se deben conciliar el interés individual y general de la sociedad en el entendido de las limitaciones de recursos que pueden ser en algunas ocasiones<sup>119</sup> una barrera para la realización de derechos prestacionales como el de la salud con lo cual es necesario un ejercicio de razonamiento público frente a cuáles deben ser la prioridades en cada caso.

Continuando con el ejercicio analítico de la relación instituciones-personas, en la próxima sección se analiza la evolución del sistema frente a la descentralización, como elemento fundante de la búsqueda de eficiencia en el manejo de los

---

<sup>119</sup> Aquí hay que anotar que la limitación presupuestaria puede no llegar a ser la barrera más importante en la crisis del sistema de salud, debido a que suele suceder, como lo demuestra Sen para el caso de las hambrunas en la India, que muchas de las soluciones necesarias pasan más por la decisión política, que por la movilización de recursos.

recursos de la salud y su afectación en el acceso a servicios a lo largo y ancho de la geografía nacional.

### **3.2. DESCENTRALIZACIÓN Y ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD.**

El gasto público a partir de la implementación del nuevo modelo de organización de la salud en el país tuvo cambios considerables a partir de la Constitución de 1991. Como se vio en el capítulo anterior, durante la década de 1980 una proporción importante de la financiación en salud recaía en el gasto privado que hacían las familias para sufragarse los medicamentos y procedimientos requeridos. El aumento del gasto público en salud, que se dio con el nuevo sistema, estaba acompañado por el proceso descentralizador iniciado años antes, y que buscaba hacer un uso más eficiente del recurso público, al tiempo que se lograba un compromiso mayor de los gobiernos locales – gobernaciones y municipios- con los servicios sociales de salud y educación.

El interés central de la justicia desde el enfoque de Amartya Sen indaga por las realizaciones sociales, es decir, el resultado final, que en este caso sería en materia de salud; sin embargo Sen no desdeña los aspectos institucionales, en tanto que los mismos pueden llegar a ser determinantes de esos resultados, por ejemplo, en el caso de la salud el acceso a los servicios de atención primaria dependerá de forma importante de los recursos para financiar la infraestructura que a su vez determinan la disponibilidad de servicio, el acceso efectivo y el grado de protección financiera ante gastos catastróficos, como se vio en el capítulo 1. No obstante, la disponibilidad de esos recursos no es garantía de una efectiva prestación de los servicios de salud, en tanto que otros factores también juegan un papel importante, piénsese en la cultura por ejemplo<sup>120</sup>.

---

<sup>120</sup> Jeffrey Sachs encuentra que aspectos culturales como la confianza en la medicina tradicional y la propensión al uso de métodos tradicionales pueden generar una subutilización de la infraestructura, que se constituyen en barreras para que las políticas de salud pública lleguen a ser efectivas.

Esta sección de la investigación busca analizar las posibilidades institucionales para el mejoramiento de la salud a partir de la financiación, centrando la atención en las capacidades de los gobiernos locales incluidas en el ordenamiento del sistema de salud para aumentar la equidad. La sección se divide en tres partes, donde la primera hará una presentación de la evolución del gasto público en salud, mostrando la situación del país a nivel latinoamericano. En la segunda parte hará una presentación de la estructura interna de financiación del sistema de salud en Colombia, haciendo énfasis en las fuentes y usos de los recursos destinados a la atención de la población más pobre y la política de salud pública. Finalmente en la última parte se estudia la forma en que se ha dado la distribución de los recursos entre departamentos.

**3.2.1. Constitución: gasto público y gobiernos locales.** Este apartado se concentra en el análisis del comportamiento del gasto en salud. Con ello se busca contrastar respecto de las voces que llaman a la estabilidad en el gasto en salud como argumento para que la Corte reflexione respecto de las consecuencias de sus fallos. El establecimiento de Estado Social de Derecho, con un compromiso mayor frente al desarrollo económico y social hizo que una de las consecuencias inmediatas de la reforma constitucional fuera el incremento del gasto social.

En efecto, el aumento de gasto público en salud a partir de la Constitución de 1991 fue particularmente notable, de hecho José Antonio Ocampo señala que

*La nueva carta política tuvo, además, como propósito explícito ampliar el gasto público social para contribuir a resolver el conflicto interno [...] Este fue un experimento ambicioso, que respondía, además, al reto central que enfrentan todas las sociedades contemporáneas: cómo hacer compatible la modernización económica con equidad social y democracia<sup>121</sup>.*

---

<sup>121</sup> OCAMPO, José Antonio. Entre las reformas y el conflicto: economía y política en Colombia. Bogotá: Editorial Norma, 2004.

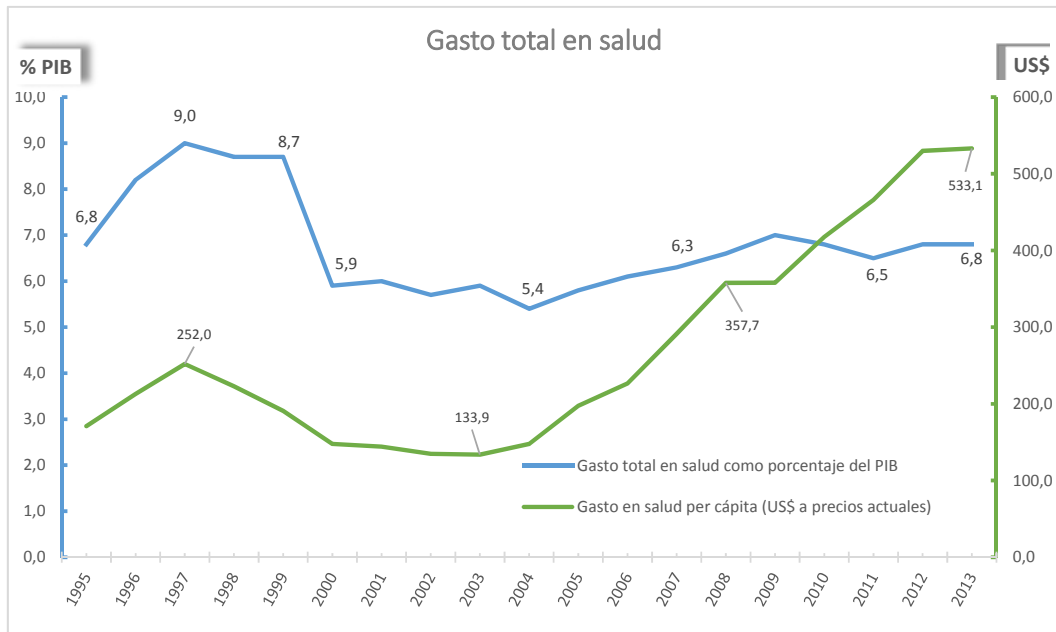
Las cifras muestran que inicialmente aumentó el gasto en salud como porcentaje del PIB. Estos aumentos estuvieron sustentados por los incrementos de las cotizaciones a salud, de los mayores impuestos y de la enajenación de empresas del Estado. Asimismo, el crecimiento de la economía 1993, 1994 y 1995 con tasas de 5.2%, 5.5% y 5.1% le permitían al gobierno nacional promover la expansión del gasto público<sup>122</sup>. La combinación de estas dos situaciones — mayores ingresos vía cotizaciones y crecimiento económico— evitó un aumento del déficit fiscal por encima de niveles controlables. Por esta razón, señala Ocampo (2004), las administraciones de Cesar Gaviria y Ernesto Samper se separaron de lo que denominan Dorbusch y Edwards como “populismo macroeconómico”, dada la relativa sostenibilidad del mayor gasto social producto de las reformas a la salud y la descentralización.

Esta situación hizo que la crisis de 1998 no tuviera un impacto más negativo del que puede observarse en el comportamiento del gasto en salud como porcentaje del PIB, el cual, si bien aumentó entre 1995 y 1997 de forma considerable, éste a partir de 1998 iniciaría un decrecimiento que lo llevaría en el año 2000 a una participación inferior a la del inicio (ver gráfica 5). De otra parte como se observa es importante destacar que la participación del gasto de los hogares dentro del gasto total empieza a reducirse de forma considerable, lo cual debe resaltarse como positivos en la medida que se reduce la carga de la regresividad del gasto en salud.

---

<sup>122</sup> LAMPREA, Everaldo. La Constitución de 1991 y la crisis de la salud: Encrucijadas y salidas. Bogotá : Universidad de los Andes, 2011. p. 100.

**Gráfica 5:** Gasto total en salud como % del PIB Vs Gasto en salud per cápita

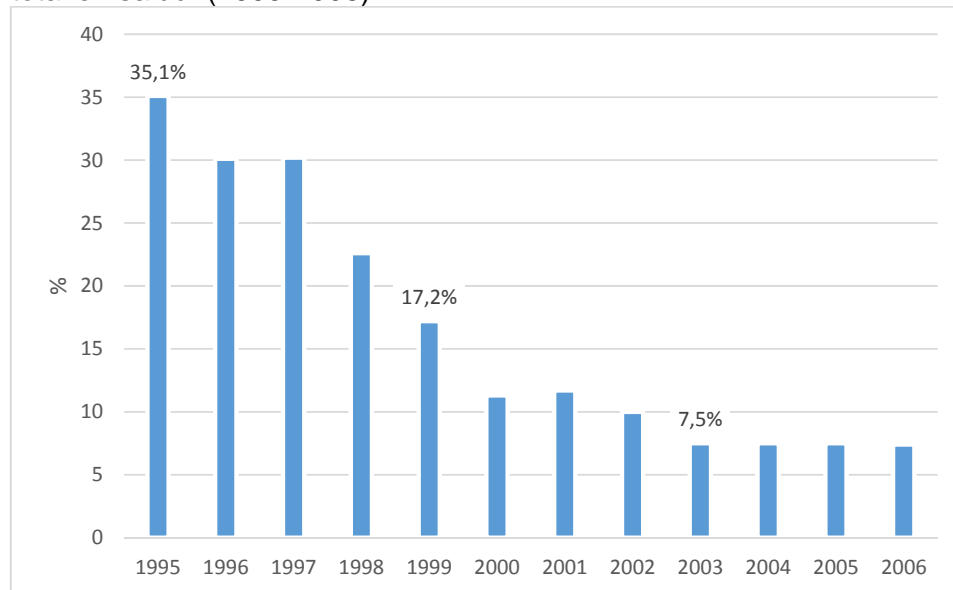


Datos tomados de: CEPALSTAT.

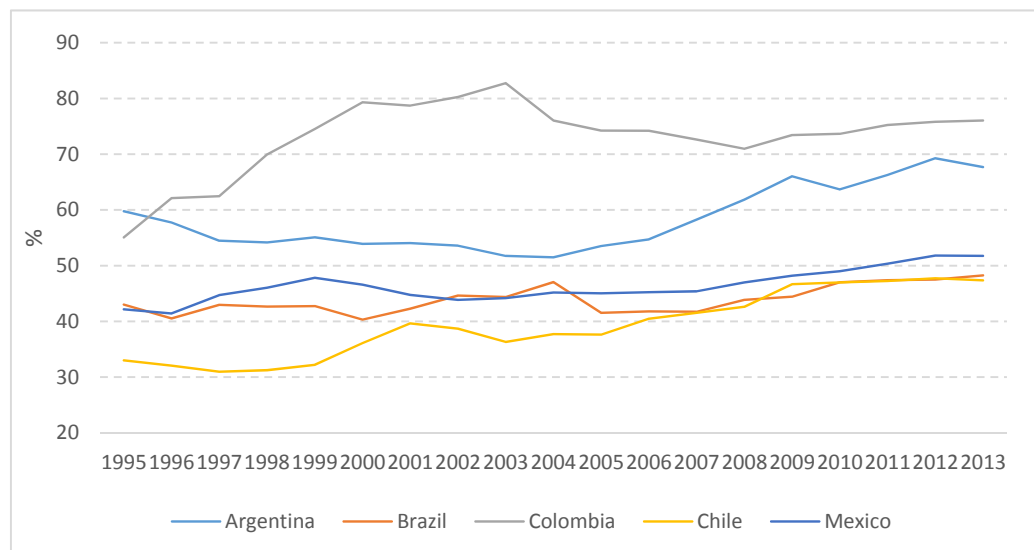
Como se observa en las gráficas 6 y 7 respecto de otros países latinoamericano el país avanzó en la destinación de mayores recursos para la salud, lo cual se explica por el compromiso implícito en la Constitución de contrarrestar los desequilibrios entre el gasto público y privado en salud, el cual se identificaba en la década del ochenta como uno de los principales obstáculos del SNS vigente hasta entonces.

Con ello se buscaba proteger a las familias en el nivel específico, y promover la democracia en el nivel general, como lo identifica Ocampo (2004), necesario en la medida que este mayor compromiso del Estado con el gasto social encajaba en un plan más ambicioso de modernización del país, para lo cual era necesaria una mayor inclusión social que eliminara de forma progresiva los rezagos que en materia de salud y educación enfrentaba el país.

**Gráfica 6:** Gasto directo de los hogares en salud como porcentaje del gasto total en salud. (1995-2006)



**Gráfica 7.** Gasto público en salud (% del gasto total en salud)



Datos tomados de: Banco Mundial. World Development Indicators. Datos de libre acceso. <http://datos.bancomundial.org/>

No obstante, lo anterior se matiza con los avances discretos en mayor equidad por medio de la protección frente al gasto catastrófico en salud a nivel individual a través del mecanismo de subsidio a la demanda; debido a que en los primeros 5 años la ampliación de la cobertura no se alcanzó el crecimiento esperado, al

menos en el régimen contributivo; lo que se explica entre otros factores por la alta tasa de desempleo superior al 18% para 1999, e informalidad; que no permitía una ampliación más rápida del régimen subsidiado, en tanto que este dependía de los aportes que por solidaridad se debían hacer desde el contributivo.

En efecto, los resultados en cobertura durante los primeros años no se comportaron de acuerdo a lo planeado. En 1997, dos años después de la entrada en vigencia del nuevo sistema de salud, el régimen subsidiado sólo cubría al 18.2% de la población y en el 2003 la cobertura era del 28.4%, y sólo el 61.3% de la población se encontraba cubierta. Si se mira desde la perspectiva de la década de los ochenta el avance era innegable, sin embargo a la luz de las metas que se propuso la ley 100 de 1993 dicha cobertura significaban fracaso, pues según el artículo 157<sup>123</sup> de la citada ley, en el año 2000 se debía alcanzar la cobertura universal en salud.

Fue después del año 2004 cuando la tasa de afiliación al SGSSS empezó a crecer significativamente con lo cual se llegaba en 2010 a cifras cercana a la cobertura universal; sin embargo, es importante notar la diferenciación señalada por, Ruiz y Uprimny<sup>124</sup> (2012) citando a Murray (2003) entre tasas de cobertura efectiva; es decir los servicios a los que la gente puede acceder en términos reales; y tasas de nominal la cuales dan cuenta de la afiliación al sistema.

La exclusión y las limitaciones de acceso a servicios a la población asegurada se presentan cuando las tasas de cobertura nominal son mayores que las efectivas. Ante la avalancha de reclamaciones se puede inferir que el mayor reclamo de los usuarios vía tutela es un indicio de la existencia de diferencias entre coberturas nominales y efectivas del sistema de aseguramiento.

---

<sup>123</sup> El artículo 157 de la ley 100 señala: "A partir del año 2000, todo colombiano deberá estar vinculado al sistema a través de los regímenes contributivo o subsidiado, en donde progresivamente se unificarán los planes de salud para que todos los habitantes del territorio nacional reciban el Plan Obligatorio de Salud de que habla el artículo 162".

<sup>124</sup> RUIZ, Fernando y UPRIMNY, Rodrigo. Op cit., p. 29.

Es importante fijar la atención en estas diferencias debido a que el factor descentralización hace que la capacidad de contar con atención efectiva en un municipio o departamento, específicamente en lo concerniente al régimen subsidiado que atiende a la población más pobre, depende de transferencias, pero no sólo de ellas, sino también de los que por la vía de impuestos locales estos puedan recaudar con destinación específica a la salud. De modo que en el próximo apartado se hará una presentación de los principales componentes de la financiación de los servicios de salud, principalmente del régimen subsidiado y los servicios locales dirigidos a la población no vinculada aún al sistema.

**3.2.2. Tensiones entre la financiación y la pobreza.** Enfocando la atención en el aspecto regional en el marco de la Constitución hay que señalar que una de las aspiraciones de ésta es la de asegurar a todos los ciudadanos el acceso a los servicios de atención en salud básicos de manera gratuita y obligatoria, tal y como quedó consagrado en el artículo 49 de la Constitución. Esta aspiración, como lo señala Rodríguez<sup>125</sup> (2014) implicaba la necesaria igualación de los servicios de atención de la salud, por lo menos en lo correspondiente a los niveles de atención básica.

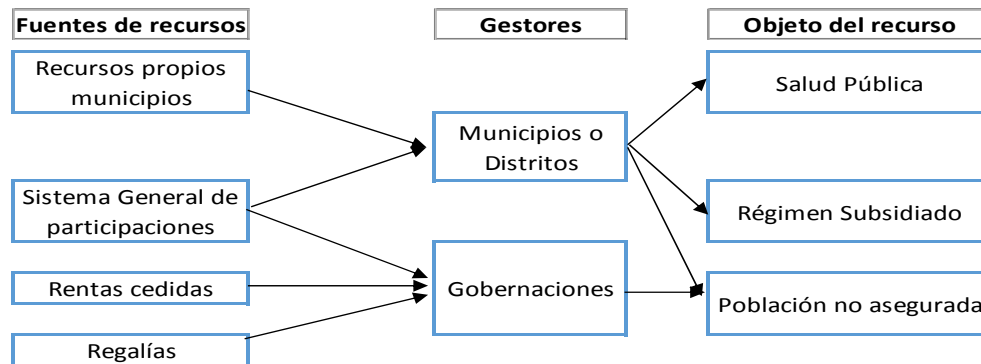
Así quedaría expresado en las leyes 100 de 1993 y en la 715 de 2001 donde se desarrollarían estas aspiraciones constitucionales asignando funciones del gobierno central y local en materia de salud, como se observó en el capítulo anterior. La administración del sector salud quedaría en manos de alcaldías y gobernaciones, mientras la vigilancia, planeación y distribución de los recursos estarían en manos del gobierno central.

El esquema de financiación que desde los municipios se puede realizar a la salud pública, el régimen subsidiado y los servicios para los no asegurados es el siguiente:

---

<sup>125</sup> RODRÍGUEZ, Jorge Armando. Constitución fiscal y disparidades regionales en el desarrollo económico. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2014, p. 51.

**Ilustración 1.** Flujo de recursos para salud de los municipios y departamentos.



Realizado con base en el esquema “Flujo de recursos en el sistema de seguridad social en salud” en el Informe: PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN. Financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, Bogotá, 2009.

La Ley 715 en su artículo 43 establece las competencias de los departamentos, señalando que éstos tiene entre sus posibilidades “Financiar con los recursos propios, si lo considera pertinente, con los recursos asignados por concepto de participaciones y demás recursos cedidos, la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y los servicios de salud mental”<sup>126</sup>.

Asimismo en los artículos 44 y 45 de la citada ley señalan que los municipios y distritos tiene entre sus funciones financiar y cofinanciar la afiliación al régimen subsidiado de la población pobre y vulnerable, y ejecutar eficientemente los recursos destinados para tal fin. En lo concerniente a salud pública esta misma ley compromete a los municipios con las tareas de promoción y prevención. Respecto de los municipios no certificados para la prestación de servicios de salud también permite el cofinanciamiento de las actividades de aseguramiento y salud pública siempre que estos tengan la capacidad de hacerlo.

<sup>126</sup> Ley 715 de 2001. Artículo 43 Numeral 43.2.2

Frente al nuevo esquema de organización en la que el gobierno local juega un papel más importante se pueden identificar al menos dos posiciones. Los que consideran que los municipios certificados al contar con un flujo importante de recursos perderán los incentivos para la consecución de fondos para las actividades de salud; razón por la cual se debe propender porque las transferencias de recursos hacia estas unidades de gobierno estén condicionadas al esfuerzo fiscal local, pues de lo contrario se generará lo que Wiesner<sup>127</sup> denomina como endogenidad del gasto público, en el cual los municipios y gobernaciones se vuelven dependientes de las transferencias del gobierno central.

No obstante el esfuerzo fiscal es más difícil para los municipios y departamentos con mayores niveles de pobreza, debido a las debilidades institucionales que se pueden ver traducidas en niveles más altos de actividad comercial informal, lo cual dificulta el recaudo de impuestos locales como el de industria y comercio, el recaudo de impuestos a las bebidas alcohólicas y juegos de azar, entre otros que componen las fuentes de donde los gobiernos locales pueden aumentar su capacidad para cofinanciar los servicios de salud dirigidos a la población en condiciones de pobreza.

La cuestión de fondo es que estos municipios con mayores niveles de pobreza e informalidad son a fin de cuentas los que necesitan de forma imperativa las transferencias para proteger a la población de los riesgos de la enfermedad, y con ello contribuir al cierre de las brechas en el desarrollo económico y social. Es precisamente esta situación en la que se sostienen quienes, como Rodríguez<sup>128</sup> (2014), señalan desde otra perspectiva que la distribución geográfica del gasto público en salud debe estar altamente correlacionada con la distribución en el territorio de los pobres. Es necesario revisar cuál ha sido el comportamiento de las transferencias y la respuesta que se ha dado desde las administraciones locales a través del esfuerzo fiscal.

---

<sup>127</sup> WIESNER, Eduardo. Transferencias, incentivos y la endogenidad del gasto territorial. En: Serie Archivos de Economía. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación, 2002.

<sup>128</sup> RODRÍGUEZ, Jorge Armando. Op. Cit., p. 54.

**3.2.3. Pereza fiscal o incapacidad institucional.** Como se ha visto los gobiernos locales han asumido un papel más importante en lo relacionado con los servicios sociales como la salud y la educación a partir de la Constitución de 1991. En este sentido éstas instituciones cumplen con un rol en la distribución de los servicios de aseguramiento y salud pública; que afectan de manera más sensible a los segmentos poblacionales de mayor vulnerabilidad económica, esta situación hace que sea importante revisar esos aspectos institucionales. Ahora, ¿las mayores obligaciones que arroja la Constitución sobre los hombros de alcaldes y gobernadores ha encontrado una respuesta positiva?.

En Guzmán<sup>129</sup> (2012) se hace un análisis de la situación de los municipios certificados en salud, es decir, aquellos que tienen la autonomía para la ejecución por cuenta propia de los recursos para la prestación de los servicios de salud, frente a los no certificados cuyo recursos de salud son manejados por la gobernación respectiva. Al estar certificados los municipios cuentan con lo que llama Guzmán un premio adicional al poder contar con la transferencia directa de los recursos desde el gobierno nacional.

En el citado estudio se halla que entre 1998 y 2010 para los municipios certificados los recursos transferidos financiaba el 51.3% de los gastos en salud, mientras que para los no certificados los recursos del gobierno nacional equivalían al 68.6%. Lo anterior sirve como contraargumento a la endogeneidad fiscal, los resultados muestran que los municipios con recepción directa de transferencias para el sector salud hacen un mayor esfuerzo fiscal, donde el aporte de los receptores correspondió para el período de estudio al 12.6% del gasto total en salud, mientras para los municipios no certificados éste sólo era de 3.2%<sup>130</sup>. Con lo cual se muestra que estos últimos son, la menos desde la perspectiva del estudio de Guzmán (2012), más dependientes de las transferencias que aquellos municipios que reciben los recursos directamente.

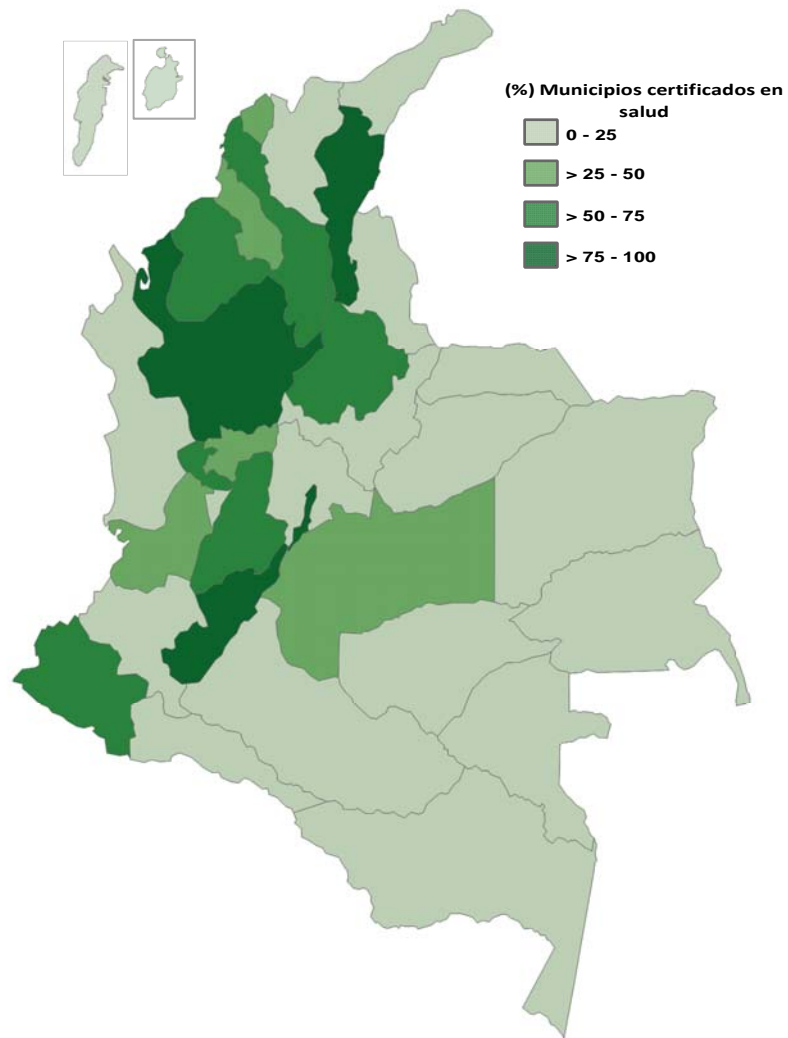
---

<sup>129</sup> GUZMÁN FINOL, Karelis. Los subsidios de oferta y el régimen subsidiado. En: *Documentos de trabajo sobre economía regional*, Bogotá : Banco de la República, 2012.

<sup>130</sup> *Ibíd.*, p. 13.

En este sentido el mecanismo de la certificación en salud puede ser entendido como una medida del grado de autonomía de los municipios en el manejo de los recursos de la salud, y de la capacidad de los mismos para la financiación con recursos propios la salud de los habitantes de sus respectivas regiones.

**Mapa 3:** Porcentaje de municipios certificados en salud en cada departamento.



Datos tomados de: MINISTERIO DE SALUD. Directorio de prestadores de servicios de salud (REPS)

Los resultados en certificación en salud en el país han sido más bien discretos, si se tiene en cuenta el tiempo que ha transcurrido desde la entrada en vigencia de este mecanismo, según la base de datos de entidades responsables del pago de servicios de salud del Ministerio en la actualidad 424 administraciones municipales y distritales que han logrado la certificación para el manejo de estos recursos de un total de 1124 posibles.

Ahora bien, la forma que adopta la descentralización y las mayores capacidades institucionales para la ejecución de los recursos en salud deben ser analizados a la luz de los resultados en la mejora de las condiciones de salud de la población, así lo exige el enfoque de la justicia basada en las capacidades que desarrolla Amartya Sen.

La próxima sección de este capítulo tiene como finalidad presentar las diferencias que existen a nivel regional respecto de variables de salud pública esperanza de vida y mortalidad materna y en la niñez como expresiones concretas del cumplimiento del fin último de un sistema de salud.

### **3.3. REALIZACIONES SOCIALES DEL SISTEMA DE SALUD.**

El enfoque analítico que sirve de sustento a esta investigación centra su atención en las realizaciones sociales para la evaluación de la justicia en determinada esfera de la sociedad. De modo que al realizar una evaluación de por ejemplo un sistema de salud se debe centrar la atención principal, pero no únicamente, en las realizaciones sociales del mismo, es decir, sus resultados. Como señala Amartya Sen: “no es posible realizar una valoración adecuada de la salud en términos de mera cuantificación de la asistencia sanitaria”<sup>131</sup>. Entoces, para valorar un sistema de salud es necesario antes responder a las siguientes

---

<sup>131</sup> SEN, Amartya. Equidad en la salud: perspectivas, mensurabilidad y criterios. En: Desafío a la falta de equidad en la salud, de Timothy Evans, Margaret Whitehead, Finn Diderichsen, Abbas Bhuiya y Meg Wirth, 74-81. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

preguntas, ¿cuál es el fin último de un sistema de salud? O ¿cómo se ven expresados los resultados del mismo?

Para la OMS la mejora de la salud es sin duda el principal objetivo de un sistema de salud, pero no el único<sup>132</sup>. Un sistema de salud debe tratar con dos cuestiones de manera simultánea, por una parte la exigencia de servicios de mayor calidad, es decir, mejor salud para sus usuarios; y por otra parte el llamado por la equidad, que propende por la reducción de las diferencias entre los distintos grupos de población. Conciliar estas dos exigencias es también su objetivo.

Entendiendo la necesaria conjunción de esas dos perspectivas de exigencia, esta sección busca realizar una evaluación del sistema de salud colombiano tomando como fuente de información tres variables que permiten dar cuenta del comportamiento del sistema como la compleja red de relaciones entre personas e instituciones que es. De modo que las variables elegidas, a saber: esperanza de vida al nacer, mortalidad en la niñez y mortalidad materna aportan información de la forma como afecta el sistema de salud de las personas; garantizando la capacidad más fundamental de todas, la vida.

Esta investigación explora el sistema de salud desde el punto coyuntural del cual enmana el sistema de salud actual, la Constitución política de 1991. En este entendido uno de los propósitos que quedó integrado a la Constitución fue la descentralización y autonomía<sup>133</sup>, cuestión que valga mencionar a nivel municipal no se ha dado a cabalidad como se observaba en la sección precedente. Por ello en el análisis que se desarrollará a continuación se busca principalmente establecer si la evolución del sistema de salud se ha dado de una forma equitativa geográficamente hablando; es decir, si la manera en que el sistema de salud se ha hecho patente a través de las variables de interés ha permitido dar un paso hacia una mayor justicia entre los distintos departamentos

---

<sup>132</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: OMS, 2000, 240.

<sup>133</sup> Así queda expresado en el artículo 1° que indica: “Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista...”

del país, cerrando las brechas y operando en pos de una mayor convergencia regional en los resultados sociales.

Esta sección estará dividida en dos apartados principales, en el primero se presenta la evolución de la esperanza de vida en el país como libertad fundamental en un análisis desde el enfoque de las capacidades de Amartya Sen. Posteriormente en la segunda parte se presenta las variables de mortalidad en la niñez y mortalidad materna en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, haciendo énfasis en el análisis de las diferencias entre las regiones del país respecto del cumplimiento de las metas concretas y el del sistema en su consecución. Al final habrá lugar a una discusión a cerca de las implicaciones que la evolución de estas variables tienen para el sistema de salud en específico y para el país en general.

**3.3.1. El sistema de salud a la luz de la mortalidad y la esperanza.** Amartya Sen señala que “La vida puede consirarse como un conjunto de «funcionamientos» interrelacionados, consistentes en estados y acciones”<sup>134</sup> El enfoque de las capacidades asume las realizaciones de las personas como el conjunto de funcionamientos que ésta efectivamente alcanza. Dentro de estos funcionamientos existen un grupo que Sen denomina “funcionamientos elementales” entre los que se encuentra: tener buena salud, evitar posibles enfermedades y mortalidad prematura. Desde la perspectiva de Sen estos funcionamientos constituyen el estado de la persona, por lo cual la evaluación de la situación de ésta dentro de una comunidad debe ser una estimación de dichos elementos.

Una persona debe contar con la libertad para alcanzar su bienestar, sin embargo la sola capacidad de poder elegir el camino para lograrlo no necesariamente dice acerca de la bondad del estado social resultante; no obstante señala Amartya Sen que es posible considerar «justa» esa libertad. Se observa el papel que ella juega en la comprensión de la justicia para este autor.

---

<sup>134</sup> SEN, Amartya. Nuevo examen de la desigualdad. Madrid: Alianza Editorial, 2004, p. 53

En este sentido una medida de la pobreza para una sociedad tiene relación con una serie de funcionamientos físicamente elementales, y no solamente se relaciona con el nivel de renta. Estos funcionamientos se expresan a través de la libertad de poder vivir una vida libre de enfermedades prevenibles, libre de desnutrición, libre de una muerte prematura, entre otras libertades que dan cuenta de la situación de una persona en la sociedad.

De modo que variables como la esperanza de vida, además de mostrar el avance que se ha tendido con relación al funcionamiento de las políticas públicas dirigidas a cuidar la vida, también da cuenta de la situación de las desigualdades al interior de una sociedad entre distintos grupos de población, que al ser evitable, además de tener el rechazo de la sociedad, deben ser consideradas injustas.

En este sentido muestra Amartya Sen las diferencias existentes en países como Estados Unidos, en lo relacionado con la expectativa de vida al nacer, entre blancos y negros; al igual que entre ciudadanos de distintos países, como muestra de una expresión de las desigualdades sociales y la disfuncionalidad de las instituciones encargadas de su corrección.

Señala Sen que las variables de este tipo pueden mostrar las desigualdades que quedan ocultas a las medidas tradicionales del bienestar como el PIB. Así lo muestra al señalar que ciudadanos de países con ingresos monetarios mucho menores a los recibidos por un ciudadano promedio estadounidense, logran tener expectativas de vida significativamente mayores a las de la población afroamericana de Estados Unidos. ¿A qué se debe esta situación?

La respuesta de Sen es:

*Entre los factores causales que influyen en estos contrastes se encuentran las instituciones sociales y las relaciones en el seno de la comunidad, como la*

*cobertura médica, la sanidad pública, la educación escolar, el orden público, el grado de violencia, etc*<sup>135</sup>.

De modo que la evaluación de variables como la morbilidad y la expectativa de vida entre distintos grupos de población puede servir como medida de las desigualdades, y una expresión de las realizaciones sociales finales que surgen de determinado tipo de organización de la sociedad. En la medida que éstas encuentren relación con otras variables se podrá determinar si dichas desigualdades podrán ser consideradas injustas o no.

#### ❖ **Esperanza de Vida.**

La esperanza de vida (EV) es ante todo una medida que permite conocer los patrones de mortalidad específicos de un determinado territorio. Su avance durante el siglo XX, como señala la OMS<sup>136</sup> (2000), se debe a los sistemas de salud. Esto implica el trabajo sobre una serie de factores sociales, especialmente relacionados con la salud pública, como la nutrición, la morbilidad, la disponibilidad de atención médica, entre otras. Así, la ampliación de la EV en una sociedad es muestra de la posibilidad que tiene sus ciudadanos para contar con una libertad elemental: la capacidad de sobrevivir y no sucumbir a una muerte prematura<sup>137</sup>.

Estudios respaldan que el aumento de la EV en una nación se debe a la expansión de las acciones de salud pública como vacunación, control de enfermedades infecciosas, servicios de agua potable, y la promoción de hábitos saludables de vida<sup>138</sup>. De modo que desde algunas perspectivas se defiende que esta variable guarda relación con medidas del crecimiento como el Producto Nacional Bruto (PNB), así lo señalan Sudhir Anand y Martin Ravallion<sup>139</sup>. Sin embargo, observa Sen que más allá una conexión entre el crecimiento

---

<sup>135</sup> SEN, Amartya. Desarrollo y libertad. Bogotá: Planeta. p. 41

<sup>136</sup> OMS., Op. Cit., p.3.

<sup>137</sup> SEN, Amartya. Op. Cit., p.41.

<sup>138</sup> CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Ten great public health achievements --United States, 1900-1999. En : MMWR. Morbidity and mortality weekly report 48 (12): 241.

<sup>139</sup> ANAND, Sudhir y RAVALLION, Martin. Como se cita en : Sen, Amartya. Op cit., p. 64.

económico y EV, la dependencia realmente significativa se establece entre los niveles de pobreza y el gasto público destinado a sanidad. De lo que sigue que lo esencial de la influencia del crecimiento económico sobre la EV depende de cómo se utilicen los frutos del crecimiento económico, más que del crecimiento por sí mismo<sup>140</sup>.

Es por ello importante observar de qué manera ha evolucionado esta variable en el país, fijando la atención especialmente en los aspectos geográficos, que como ya se ha señalado adquieren una relevancia significativa dado el proceso de descentralización y la nueva concepción de la organización del sistema de salud que se desprende de la Constitución de 1991.

Respecto de esta variable es notable el avance que el país ha tenido, especialmente en la segunda mitad del siglo XX, un incremento de cerca de 20 años de vida adicionales desde 1960 a 2013 respaldan esta apreciación. Como se observa en la gráfica 8. Ya en un período de tiempo recortado a partir de 1990 el crecimiento es más discreto, tal y como lo muestra el cambio de la pendiente en la curva de expectativa de vida, sin embargo el cambio positivo fue superior a los 5 años. Se hace visible una tendencia a la estabilización de este indicador en los últimos años.

Ante esta evolución es natural preguntarse si este aumento de EV en el país se ha dado de manera más o menos uniforme, a partir de la década de 1990, desde el cual se implementó el nuevo modelo de sistema de salud, que resulta especialmente interesante en lo concerniente a los servicios de salud pública que en el nuevo sistema le dan un juego importante a los gobiernos subnacionales.

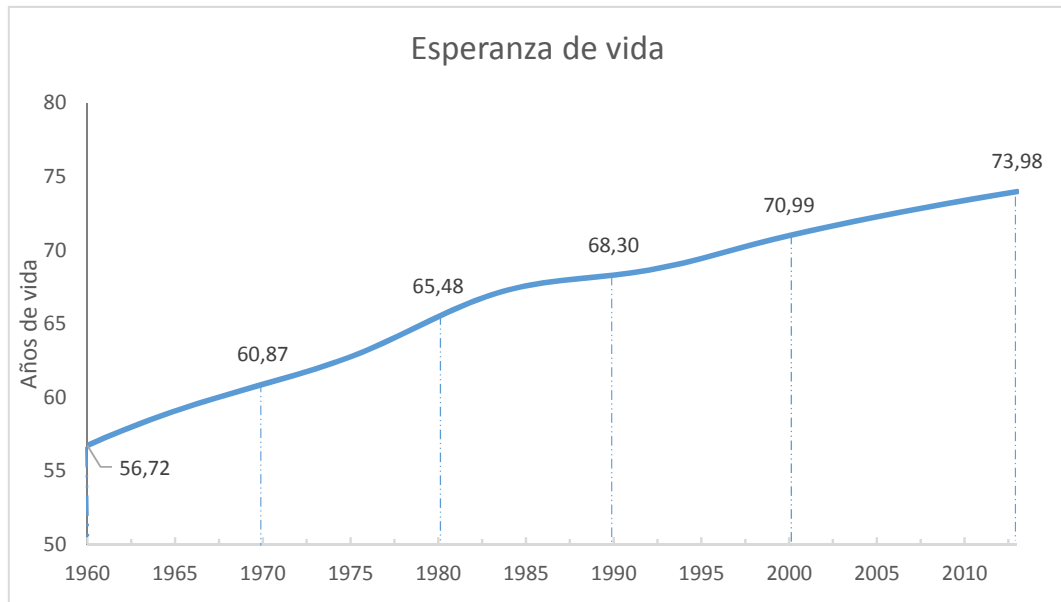
Los mapas 4 y 5 muestran la evolución del indicador de EV departamental en los períodos 1995-2000 y 2010-2015 respectivamente. En el primer momento se observa que la región Caribe presenta los mejores resultados. A nivel general se

---

<sup>140</sup> *Ibíd.*, p. 64

encuentra que existen diferencias notables en los indicadores respecto de las distintas unidades administrativas, existiendo una diferencia entre Bolívar y Amazonas superior a 7 años, al igual que con departamentos como el Chocó que también se muestran rezagados al respecto.

**Gráfico 8:** Esperanza de vida al nacer 1960-2013 (años).



Datos tomados de: Banco Mundial. [www.bancomundial.org](http://www.bancomundial.org)

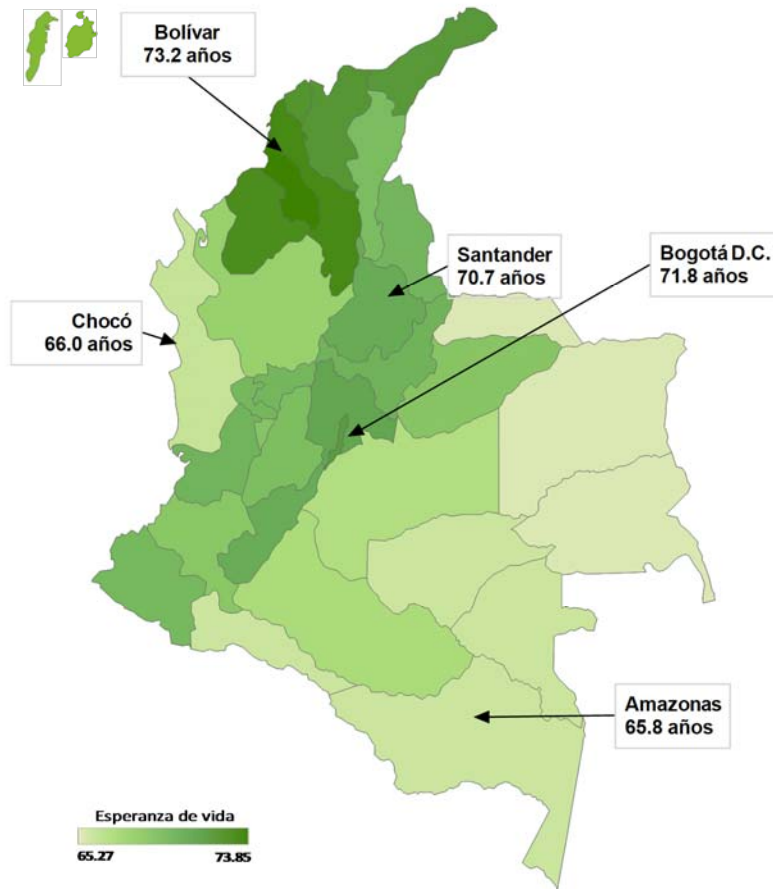
Las diferencias en la esperanza de vida al nacer entre regiones se pueden deber a las diferencias en la provisión de bienes públicos como los servicios sanitarios, educación, entre otras. Para el período de 2010-2015 el centro del país concentra el mayor crecimiento del indicador, por ejemplo en Bogotá el salto es de cerca de 7 años de un período al otro. Hay que señalar asimismo que a nivel epidemiológico el aumento de la EV viene acompañado de cambios en la carga de enfermedad, trasladándose hacia enfermedades crónicas que afectan más a las poblaciones de edad avanzada.

Es posible observar en razón a las diferencias existentes a lo largo de la geografía nacional que hay en la actualidad departamentos, por ejemplo Amazonas y Chocó, que presentan cifras similares a las del promedio nacional de finales de la década de 1980, con lo cual deja en cuestión la consecución de

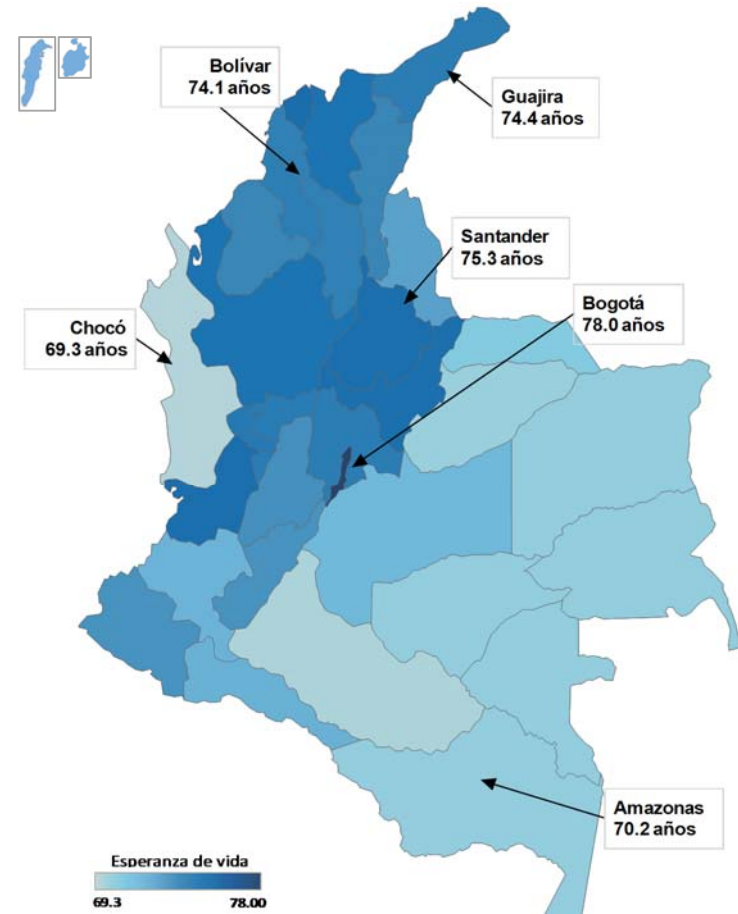
la convergencia regional en las cifras de desarrollo preveídas con el proceso de descentralización, la extensión de las garantías sociales al que aspiraba la Asamblea Nacional Constituyente de 1991 y la articulación institucional que en materia de salud pública y servicios sociales debe desarrollar un país.

De modo que el desarrollo en Colombia a la luz de las realizaciones sociales, como la libertad de no morir prematuramente, están concentradas en determinadas regiones y el sistema de salud no ha revertido esa tendencia al desequilibrio. Esto guarda relación como se había mencionado antes con un fenómeno de mayor complejidad que mantiene rezagadas aún regiones que no han encontrado en el ideal de eficiencia y equidad de la descentralización una salida a la pobreza.

**Mapa 4:** Esperanza de vida al nacer período 1995-2000. (años)

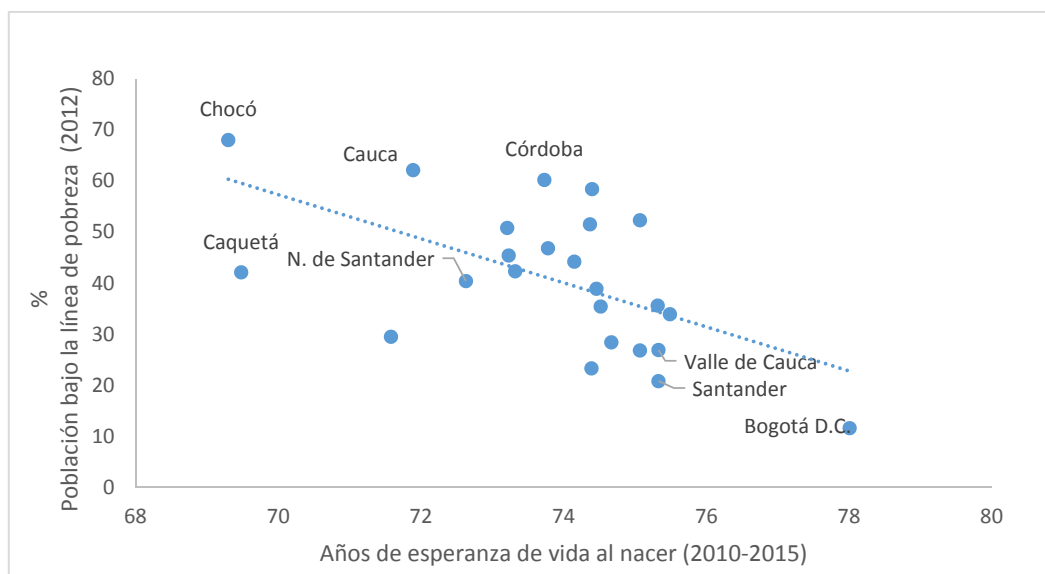


**Mapa 5:** Esperanza de vida al nacer período 2010-2015.



Datos tomados de MINISTERIO DE SALUD. Situación de la salud en Colombia, Informes de indicadores Básicos en salud 2000 y 2013.

**Gráfico 9.** Relación entre porcentaje de la población bajo la línea de pobreza (2012) y la esperanza de vida al nacer (2010-2015).



Datos tomados de MINISTERIO DE SALUD. Situación de la salud en Colombia, Informes de indicadores Básicos en salud 2000 y 2013

En la gráfica de dispersión (gráfica 9) indica que existe una relación entre EV y los niveles de incidencia de la pobreza. Existe una relación negativa entre estas dos variables, tal como lo indica Amartya Sen, esto quiere decir que a mayor pobreza menor EV. Situación ésta que plantea retos en política pública debido a que las regiones ubicadas en la esquina superior izquierda de la gráfica son sensibles a caer en la trampa de la pobreza en salud, en cuyo caso la política pública debe estar dirigida a romper este espiral negativo de mala salud y deterioro de la condiciones económicas. Es allí donde deben entrar a jugar un papel importante criterios de justicia que comprendan el verdadero papel del crecimiento económico como desencadenante de mayor distribución de la riqueza a través de servicios sociales básicos para todas la regiones, en lugar de promover una mayor concentración de la riqueza.

Es así que para evitar estos fenómenos indeseados de la concentración del bienestar en regiones predominantes, se deben atender unos requerimiento básicos a cerca de la provisión de servicios sociales como salud y educación,

que sirvan de elemento de ruptura de las espirales de pobreza y empobrecimiento de las condiciones de vida.

**3.3.2. Los ODM una medida del avance del sistema de salud.** Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) son una iniciativa de la Organización de Naciones Unidas (ONU) para avanzar en el desarrollo de los países reunidos en la Cumbre del Milenio que tuvo lugar en New York en septiembre del año 2000. La forma en que se concretan los ODM es a través de una serie de metas concretas que buscan implicar a los gobiernos en la mejora de las condiciones de cada uno de sus ciudadanos, promoviendo el cierre de las brechas sociales y la mejoría de la calidad de vida de los más pobres.

La salud es un componente central de los ODM; específicamente tres de los ocho objetivos y ocho de las dieciocho metas concretas<sup>141</sup> comprometen directamente a los sistemas de salud de cada país. Asimismo otros ODM también se relacionan estrechamente con la realizaciones sociales en salud, es el caso de la meta 7 que plantea a los gobiernos el compromiso de reducir la proporción de la población que no tiene acceso a agua potable; en el mismo sentido la meta 8 busca el mejoramiento del acceso de la población a los medicamentos esenciales como paso fundamental para proteger la salud de las personas y promover la equidad que permita el desarrollo económico de los países.

Esta parte de la investigación centrará la atención en dos objetivos que se relacionan con los sistemas de salud, a saber los objetivos 4 y 5. Primero se abordará el objetivo No 4 que se plantea como meta reducir la mortalidad de los menores de 5 años entre los años 1990 a 2015. En segundo lugar se estudia el avance del objetivo No 5 el cual está dividido en dos metas. La primera señala la necesidad de reducir en un 75% la mortalidad materna; y la segunda apela por

---

<sup>141</sup> TORRES, Cristina, y OSCAR Mújica. Salud, equidad y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En: Panam Salud Pública 15, nº 6 (2004): 430-439.

lograr el acceso universal a la salud sexual y reproductiva<sup>142</sup>. En esta investigación se le dará especial atención a la primera meta.

Evaluar el sistema de salud a partir de metas concretas como las contenidas en los ODM es particularmente relevante en tanto que un acuerdo como este ha estado en el centro del debate, por ende, los compromisos que de él se desprendieron no son desconocidos tanto para el gobierno central como para los gobiernos subnacionales, por lo cual sistema de salud puede demostrar a través de éstos su funcionamiento sobre metas que el país se ha definido como de máxima importancia.

Otra razón, tal vez la principal, para que se haga una evaluación del sistema de salud a través de estos indicadores es que sus causas, es decir, los determinantes de la mortalidad tanto en la niñez como en las madres son eventualidades particularmente evitables, y que sin duda su presencia es objeto de contundente rechazo por la totalidad de la comunidad por lo cual su permanencia o eliminación son una medida para la justicia, de acuerdo con la perspectiva que de ella se ha adoptado en este trabajo.

#### ❖ **Mortalidad en la niñez.**

La tasa de mortalidad infantil y en la niñez (MN) suele considerarse uno de los indicadores más fieles de la eficacia de los sistemas de salud<sup>143</sup>. Aunque las determinantes de esta variable son múltiples, la mayoría de ellas se encuentran en el campo de acción de las medidas de salud pública y aseguramiento social. Esto es tanto así que la OMS reconoce que de los 6.3 millones de niños que murieron antes de cumplir los 5 años durante el 2013 en planeta, más de la mitad de esas muertes se hubieran podido evitar o tratar con acceso de las poblaciones afectadas a intervenciones simples y asequibles<sup>144</sup>. Su persistencia, como en el

---

<sup>142</sup> ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS. Podemos erradicar la pobreza: Objetivos de Desarrollo del Milenio y más allá de 2015. 31 de 01 de 2015. <http://www.un.org/es/millenniumgoals/> (último acceso: 24 de 02 de 2015).

<sup>143</sup> KATZMAN, Rubén, y GERSTENFELD, Pascual. Áreas duras y áreas blandas en el desarrollo social. En : Revista de la CEPAL . Vol. 41. (1990); p. 168.

<sup>144</sup> OMS. Reducción de la mortalidad en la niñez. www.who.int. 01 de Septiembre. (2014)

caso de las hambrunas en India<sup>145</sup>, depende en gran medida de factores como la voluntad política y la coordinación institucional.

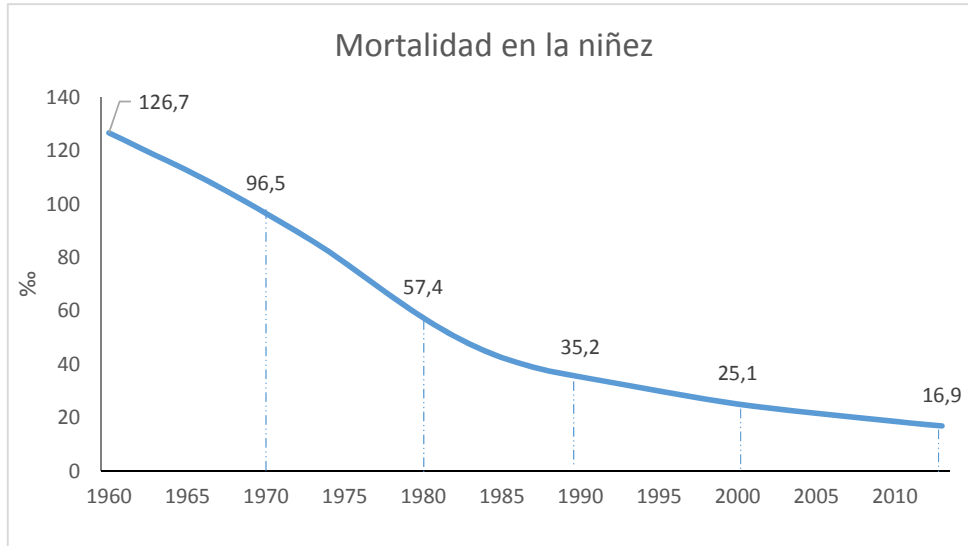
En una sociedad indicadores como la MN ofrece información de la situación real de los más vulnerables, en la medida que su cuidado está a cargo de otras personas. Las intervenciones en la salud que se hagan en los primeros años marcarán su situación en adelante, por lo tanto la MN aporta información que puede ser útil para evaluar las condiciones de protección frente a la muerte de estos segmentos de población en país. Por eso ésta es en especial una medida de la justicia y el avance en una sociedad.

En el artículo 44 en la Constitución de 1991, se reconoce la prioridad que el Estado debe dar a la protección de los derechos de esta parte importante de la población. Es a esa prioridad que la Corte Constitucional apela en la Sentencia T-760 de 2008 cuando señala que la igualación del plan de beneficios de los niños debe aplicarse de forma inmediata, en razón de ser sujetos de especial protección constitucional. Dejando así reservado el criterio de progresividad para los demás segmentos de población.

---

<sup>145</sup> Para un desarrollo más amplio del tema de las hambrunas en la India y el diagnóstico de justicia véase SEN, A. La idea de la justicia, capítulo 1; y SEN. A. Desarrollo y libertad. Capítulo 7.

**Gráfica 10 :** Mortalidad en la niñez Colombia por 1000 nacidos vivos.



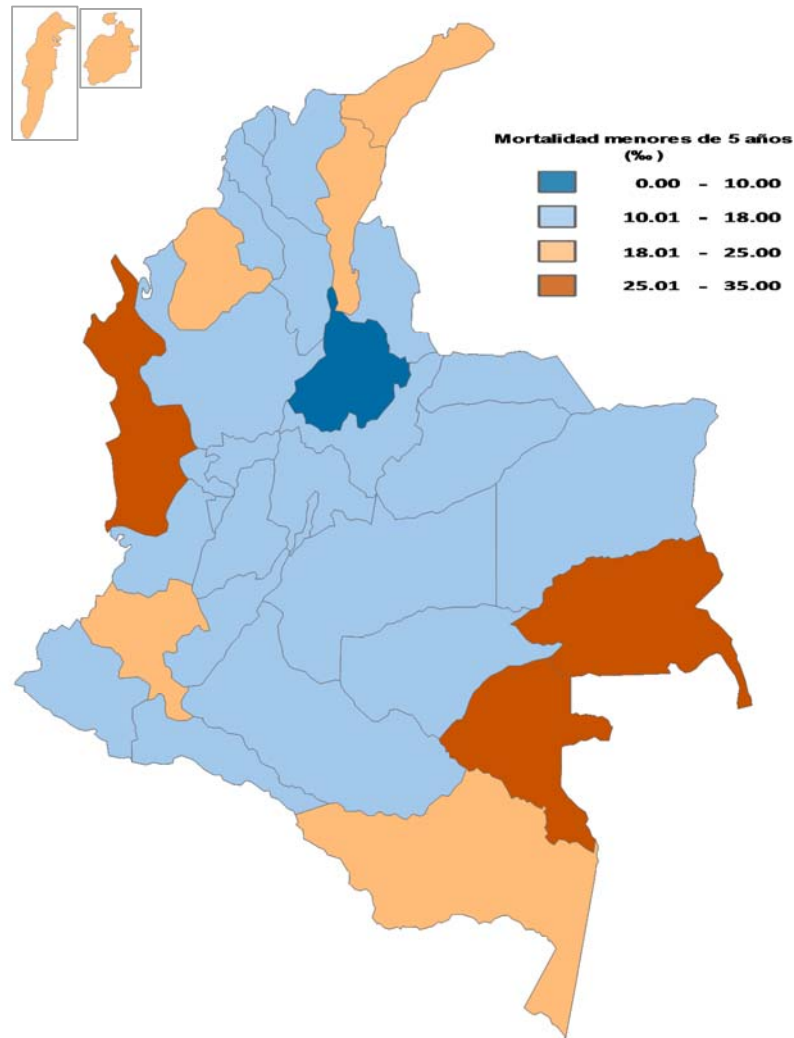
Datos tomados de: Banco Mundial. [www.bancomundial.org](http://www.bancomundial.org)

La disminución de este indicador en el siglo XX fue importante, especialmente en la década de 1970, proceso que estuvo ligado a las medidas de salud pública, como la extensión de los planes de vacunación, la promoción de los buenos hábitos de salud, entre otros. La reducción de la MN, como lo señalan Katzman y Gerstenfeld (1990), tiende a mejorar principalmente la expectativa de vida de los más pobres, en cuanto que son estos quienes carecen de los recursos para proveerse los servicios de salud de quienes están a su cargo.

Los descensos en la mortalidad infantil durante la segunda mitad del siglo XX estuvieron asociados principalmente a la transferencia de tecnología en medicina y salud provenientes de los países desarrollados<sup>146</sup>. No obstante las disminuciones en esta tasa que se han dado en el país se señala en Díaz (2003) que el período de 1995 a 2000 estuvo marcado por un aumento de la inequidad entre grupos sociales respecto de la misma, es decir, la disminución de estas tasas no fue equilibrada en el territorio y entre grupos sociales.

<sup>146</sup> DÍAZ, Yadira. ¿Es necesario sacrificar equidad para alcanzar desarrollo?: El caso de las inequidades en mortalidad infantil en Colombia." Documento CEDE. (2003); p. 2.

**Mapa 6:** Mortalidad en menores de 5 años. (2012)



Datos tomados de: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Estadística vitales, (2014). Y MINISTERIO DE SALUD. Sistema de información de protección social.

De esta manera se puede observar en el mapa 6 que departamentos como Santander cuentan con tasa de MN inferior a 10 por cada 1000 nacidos vivos, siendo el departamento con mejor desempeño en el país; mientras del otro lado del espectro se hallan Guainía, Chocó y la Guajira con tasas que pueden inclusive duplicar los resultados registrados en departamentos como Santander. El reto para el país, y en específico para el sistema de salud es lograr que estos departamentos con tasas de mortalidad por encima de la metas de los ODM puedan ser capaces de reducir sus indicadores en este sentido para que en la

medida que ello se dé, pueda existir una mayor equiparación interregional. Se pudiera señalar, aunque sólo a manera de hipótesis, que las regiones del país con mayores niveles de participación del régimen subsidiado frente al contributivo tienden a tener comportamientos más discretos en los indicadores de MN y EV.

Esta situación se pudiera deber a las diferencias socioeconómicas subyacentes, como acceso a la educación, niveles de urbanización, condiciones de salud sexual y reproductiva, entre otros; que son muestra de la existencia de una dotación institucional disimil que provoca un gradiente como el observado en las tasas de MN y EV.

#### ❖ **Mortalidad materna**

La variable mortalidad materna (MM) permite conocer el funcionamiento del sistema de salud en cuanto a su capacidad para brindar cuidados de forma oportuna, en la medida que la atención requerida por esta situación tiene la característica de no poderse postergar en el tiempo. Así mismo, como en el caso de la MN, los determinantes de la MM son en la gran mayoría de los casos evitables, así lo señala Carrillo (2007): “hay consenso en que casi la totalidad de las causas de mortalidad materna en el país podrían evitarse con adecuados programas de control prenatal, servicios oportunos y calificados en el proceso de parto, buen seguimiento posparto y servicios de planificación familiar”<sup>147</sup>. Lo que permite que esta variable refleje de una manera más nítida las diferencias relacionadas con el acceso a servicios y su calidad.

Las cifras de MM en Latinoamérica muestran un importante desafío en el corto plazo, sobre todo si se piensa en el cumplimiento de los ODM y el mejoramiento de las condiciones de vida de las mujeres, enfocados en alcanzar una mayor equidad de género. Los resultados de Colombia a la luz de los indicadores dejan entrever, al igual que en el caso de la MN y EV, una amplia disparidad entre

---

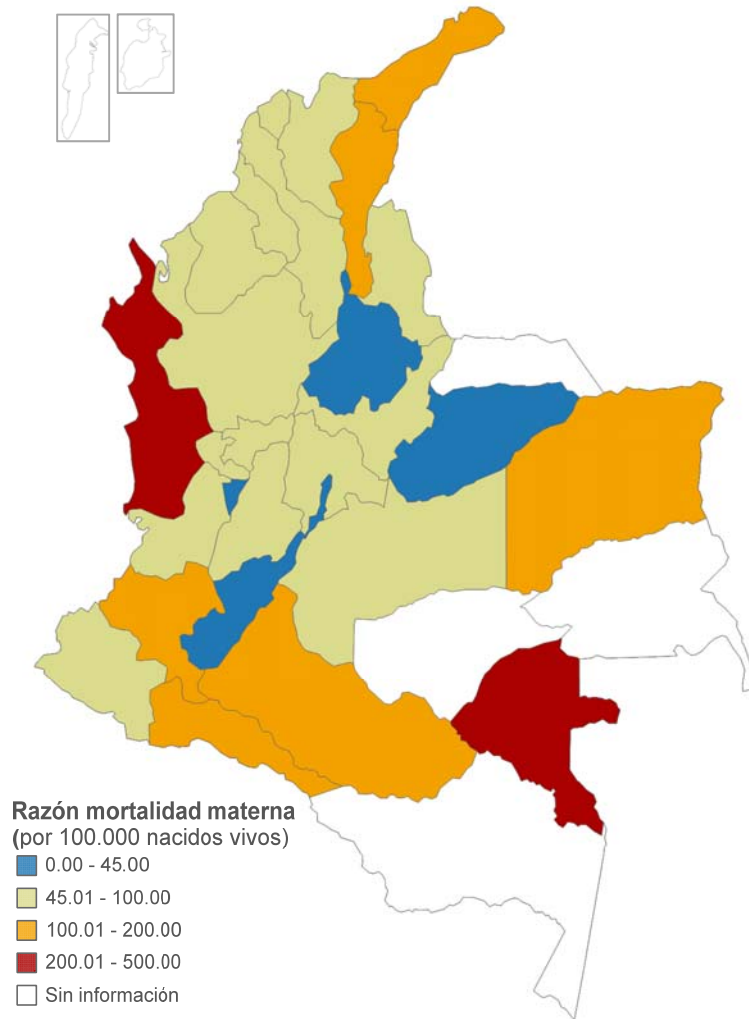
<sup>147</sup> CARRILLO, Abelardo. Mortalidad Materna en Colombia: Reflexiones en torno a la situación y la política pública durante la última década. En : Revista Ciencias de la Salud Colombia Vol. 5 No. 2. (2007), p. 75.

determinadas regiones del país. Estas disparidades alcanzan tal magnitud que mientras ciudades como Bogotá y departamentos como Santander se precian de tener cifras de MM que por anticipado cumplieron con los ODM, en departamentos como Chocó las cifras de MM son equiparables a la de países con un grado de mayor de pobreza que Colombia, como Ruanda, Etiopia y Ghana en África y Haití en América, país este que sustenta las más altas cifras de MM del hemisferio<sup>148</sup>.

---

<sup>148</sup> CÁRDENAS, Luz Mery; y otros. Maternal Mortality in Colombia in 2011: A Two Ecological Study. PLoS One 10 (3): 1-14.

**Mapa 7:** Razón de mortalidad materna (dentro de los 42 días después del parto) por cada 100.000 nacidos vivos



Datos tomados de: Ministerio de salud Colombia.

Estos resultados evidencian fallas del Estado en la provisión de servicios básicos de forma oportuna. El estudio realizado por Cárdenas y otros (2015) se encuentra que la relación entre la variable MM y los niveles de pobreza multidimensional son significativos. Siendo ésta mayor en los municipios y departamentos con más alto nivel de pobreza; sin embargo no se encontró una relación significativa entre MM y el nivel de aseguramiento a salud. Este resultado podría ser un poco contradictorio, no obstante se debe hacer la

distinción entre cobertura nominal y efectiva<sup>149</sup> de la que se habló en el capítulo anterior, para entender el porqué de este resultado<sup>150</sup>.

Señala Carrillo (2007) que los altos niveles de MM en algunas regiones del país están relacionados con la no garantía por parte del Estado del derecho a la salud de las colombianas; donde los programas de salud sexual dejan marginadas especialmente a las mujeres adolescentes, cuya tasa de fecundidad ha venido aumentando significativamente a partir de 1990<sup>151</sup>.

Un estudio de la Academia Colombiana de Salud Pública y Seguridad Social se señala que la MM se puede explicar en un país como Colombia por medio del modelo de las tres demoras. La primera se originan en el hogar, por que las mujeres o no son conscientes de tener un problema o eventualmente por factores culturales, oposición de la pareja o dificultades económicas. La segunda demora se hace patente cuando las mujeres han tomado la decisión de acudir a la institución de salud y se presenta la dificultad en conseguir un medio de transporte, situación que es especialmente sensible en áreas rurales y zonas ruralmente dispersas que sufren por la falta vías de comunicación en buen estado.

Finalmente la tercera demora se relaciona directamente con las instituciones de salud, las cuales debido a problemas de congestión, ausencia de instalaciones adecuadas o trámites administrativos innecesarios retrasan la prestación de servicios de forma oportuna lo que deriva en la muerte de la madre. Este modelo deja ver la necesaria combinación de acciones, tanto educativas para crear conciencia de la enfermedad y la importancia de solicitar ayuda a tiempo, como

---

<sup>149</sup> RUIZ GÓMEZ, Fernando; y UPRIMNY, Miguel. Op. Cit.

<sup>150</sup> En investigación desarrollada por Guzmán (2013) muestran que de 1124 municipios en el país 504 de ellos sólo cuentan con IPS de carácter público, es decir la oferta de servicios se reduce a una sola entidad, (aunque en algunos de ello pueda tener más de una sede), eso muestra que en este tipo de poblaciones los ciudadanos son atendidos por una misma institución sin importar el régimen al cual se encuentren afiliados, y crea una dependencia a la red pública hospitalaria local. Véase: GUZMÁN, Karellis. Radiografía de la oferta de servicios de salud en Colombia. En: Documentos de trabajo sobre economía regional. Cartagena: Banco de La República, 2013. p 25.

<sup>151</sup> CARRILLO, Abelardo. Op cit.

curativas a través de la dotación adecuada de las instituciones para atender este tipo de requerimientos. La presencia de estos fenómenos afecta al núcleo familiar en su conjunto. Debido a que no sólo niega a la mujer afectada la capacidad elemental de la vida, sino también a los hijos le quita la oportunidad de contar con su madre en el proceso de desarrollo.

Las variables EV, MN y MM han permitido observar la existencia de profundas desigualdades entre regiones del país, desigualdades que muestran un claro patrón de relación con las condiciones económicas de las mismas, lo cual plantea que existe todavía para el sistema de salud en Colombia la tarea de cumplir con su función principal de cerrar las brechas sociales y que la salud no sea un factor fuertemente dependiente de las condiciones económicas del individuo.

#### 4. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN FINAL.

Una de las primeras conclusiones que se derivan del trabajo desarrollado está relacionada con la pertinencia del concepto de justicia al momento de abordar las desigualdades en salud. La primera razón es que esta perspectiva para la aproximación a problemas concretos de la sociedad como el que trata este trabajo requiere de un esquema que permita la comparación de alternativas factibles y no la identificación de una situación de justicia perfecta. En la medida que lo que más interesa a una sociedad real es conocer si se ha avanzado a una situación menos injusta en lugar de plantearse si la situación actual cumple con las características de un esquema de organización social perfectamente justo.

Para ilustrar esto de mejor manera es pertinente citar Carlos Gaviria<sup>152</sup>, uno de los más importantes constitucionalistas colombianos, quien valoraba la propuesta de justicia de Sen porque en contraposición de las utopías comprensivas (como por ejemplo la utopía marxista de la sociedad sin clases), la propuesta de evaluación de justicia desde un esquema comparativo se concentra en lo que Gaviria denomina “las utopías parciales” que buscan hacer un balance y escrutinio de las mayores vergüenzas de una sociedad como son la desigual distribución de la riqueza, los privilegios de determinados grupos, las desigualdades en salud consecuencia de factores económicos, y paso seguido pensar cómo superarlos a sabiendas que otros países ya han logrado eliminar estas desigualdades.

Esto conlleva a cuestiones sobre por qué una sociedad como la colombiana no lo puede hacer también. Para ello se requiere del ejercicio constante de la discusión pública, así lo entiende Sen cuando define la democracia como el gobierno por discusión en el que siempre debe haber un uso claro del razonamiento público. La segunda razón que es posible concluir justifica la elección de un concepto de justicia comparativo tiene que ver con la forma en

---

<sup>152</sup> Veáse: (Gaviria Díaz, 2013) (Gaviria Díaz, Cómo educar para la democracia, 2015)

que éste permite reunir bajo una mismo techo los problemas de equidad y eficiencia, sin centrar la atención en uno en detrimento del otro.

Para la reducción de las injusticias en salud es necesario integrar estas dos visiones. La justicia desde una perspectiva comparativa permite iluminar mejor el problema, tratando de equilibrar las exigencias de equidad con los requerimientos ineludibles de eficiencia. Así el debate no se pierde en lo meramente discursivo, sino que tiene que ser sensible a las consecuencias de las decisiones que se tomen.

Ahora, al centrar la evaluación de justicia respecto de otro concepto igualmente importante, el cual en este trabajo operó como restricción, al enfocar la atención en los problemas de justicia relacionados con la pobreza como pérdida de capacidades, se pudo centrar mejor el ejercicio de comparación, en el cual se hizo énfasis en las diferencias de resultados en salud determinados por las condiciones de pobreza en las unidades de análisis comparativo.

Ante ello la pregunta que surge naturalmente es ¿cómo se puede calificar la situación del sistema de salud en Colombia desde esta perspectiva? La respuesta debe darse a partir de la Constitución que en este trabajo sirvió de base para el razonamiento, en la medida que de ella surge el actual sistema de salud. En este sentido si se observa la situación actual desde las aspiraciones constitucionales, es posible sentenciar que es mucho lo que falta por hacer aún. La Constitución asume una serie de compromisos que por momento en esta corta historia adquieren un carácter contradictorio en la realidad.

Tal es el caso de la justiciabilidad de la salud la cual muestra de la manera más clara los choques entre dos elementos que surgen de la Constitución. Sin embargo la tutela ha operado como mecanismo de expresión de un fenómeno mucho más arraigado en la forma que adopta el Estado colombiano. La tutela ha puesto en evidencia la existencia de una cultura de incumplimiento de los derechos por parte de Estado hacia sus ciudadanos, cuestión que en el sistema

de salud se ha hecho más clara de en cualquier otro ámbito de la realidad colombiana.

Así que restringir la tutela como vía para ajustar el sistema de salud sería atacar el efecto del problema y no la causa. Este mecanismo antes que ser censurados debe ser promovido entre los ciudadanos para que hagan uso de él ante cualquier vulneración de los derechos, esto sólo será posible en la medida que se amplíe la base de información de quienes se encuentran en las zonas más apartadas del país para romper los desequilibrio que se evidencia a favor de cierta regiones del país en el uso de la tutela. Ahora respecto del sentido de los fallos que estas tomen es necesario que el criterio de las instituciones de la justicia encargadas de tomar las decisiones sobre ellas sea siempre sensibles a las consecuencias, sin perder la independencia necesaria.

Por otra parte la descentralización como criterio de organización del Estado colombiano, que impreso en la Constitución desde su primer artículo se justifica en la búsqueda de una mayor eficiencia que permita la convergencia regional del país. Sin embargo los resultados no han sido coherentes del todo, y por el contrario en un tema como el de la salud a pesar que de forma general el país ha tenido avances en estas dos décadas, cuando se mira el detalle de las regiones se observa una ampliación de las brechas regionales.

Uno de los determinantes para que ello se esté dando tiene que ver con las diferencias en la capacidad institucional, que permite que en algunas regiones se caiga en una espiral negativa cuyos resultados son harto visibles, y sobre los que el Estado debe centrar su atención en los próximos años para detener la desigualdad regional en términos de salud, que por depender de determinantes evitables constituyen una injusticia.

Una solución a estas injusticias pasa por eliminar una de las características lamentables del sistema de salud en el país, a saber, la fragmentación de los distintos subsistemas. Que como señalan Fernando Ruiz, Rodrigo Uprimny, el

BID, la OMS, resulta costoso para un país en la medida que se abandonan en su mayoría los planes de salud pública por dar prelación a las actividades de aseguramiento, en pocas palabras, se le da prioridad a la atención de enfermedades dejando de lado los programas de educación y promoción de la salud, que como indican Banerjee y Duflo (2011) intercambian alternativas de bajo costo por intervenciones mucho más exigentes desde el punto de vista presupuestal, por lo cual se debe avanzar en la promoción de acciones colectivas que permitan mejorar la calidad de vida de grandes grupos de población que hasta el momento lo han hecho.

La reducción de desigualdades tan inadmisibles en salud que constituyen una clara injusticia, como es el caso de las diferencias en las tasas de mortalidad, pasa por un ejercicio permanente de escrutinio público y debate razonado que permita establecer prioridades que den lugar a la necesaria reducción de la injusticias en salud.

## BIBLIOGRAFÍA

ACEMOGLU, Daron y ROBINSON, James. *Por qué fracasan los países*. Bogotá: Planeta, 2012.

ÁLVAREZ CASTAÑO, Luz S. Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Gerenc. Polít. Salud* 8.17 (2009): 69-79.

ARCOS, Oscar., et. al. *Inserción precaria, desigualdad y elección social*. Ed. Jorge Iván González. Bogotá: CINEP, 2000.

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO. *América Latina frente a la desigualdad. Informe 1998-1999*. Washington: BID, 1999.

—. *Progreso Social y Económico en América Latina. Informe 1996*. Washington: BID., 1996.

—. *Progreso Social y Económico en América Latina Informe 1994*. Washington: BID, 1994.

—. *Tema especial: Recursos Humanos. Informe 1993*. Washington: BID, 1993.

—. *Progreso económico y social en América Latina. Informe 1991*. Banco Interamericano de Desarrollo. Washington D.C.: BID, 1991.

BANERJEE, Abhijit V. y DUFLO Esther. *Repensar la pobreza*. Bogotá: Taurus, 2011.

BONILLA-CASTRO, Elssy y RODRÍGUEZ SEHK, Penélope. *Más allá del dilema de los métodos*. Bogotá: Ediciones Uniandes, 2000.

BORRERO, Yadira E. Derecho a la salud, justicia sanitaria y globalización: un debate pendiente. *Revista Facultas Nacional de Salud Pública* 29.3 (2011): 299-307. 16 de Enero de 2015. <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12021452010>>.

CÁRDENAS, Luz M., et al. Maternal Mortality in Colombia in 2011: A Two Ecological Study. *PLoS One* 10.3 (2015): 1-14.

CARRILLO, Abelardo. Mortalidad Materna en Colombia: Reflexiones en torno a la situación y la política pública durante la última década. *Revista Ciencias de la Salud Colombia* 5.2 (2007): 72-85.

<[http://www.urosario.edu.co/urosario\\_files/fc/fcab9ecc-d06e-4bbc-87e9-9908b05f384a.pdf](http://www.urosario.edu.co/urosario_files/fc/fcab9ecc-d06e-4bbc-87e9-9908b05f384a.pdf)>.

CASTELLANOS GARCÍA, Daniel. *¿Qué es la justicia? : Una defensa de bien común desde la teoría económica de la justicia distributiva*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 2012.

CLARAMUNT ABBATE, Adela. *Participación en política sociales descentralizadas, el impacto en los actores sociales*. Buenos Aires: Espacio, 2006.

CORPORACIÓN CENTRO REGIONAL DE POBLACIÓN. *Tercera Encuesta Nacional de prevalencia del uso de anticonceptivos y Primera de Demografía y Salud 1986*. Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia, 1986.

CORTÉS GONZÁLEZ, Juan C. *Reforma al sistema de salud. Comentarios a la Ley 1122 de 2007*. Bogotá: Legis, 2007.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2013*. Bogotá: Defensoría de Pueblo, 2014.

DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN. Unidad de Desarrollo Territorial. *Orientaciones para la programación de recursos. Ley 60 de 1993*. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación., 1997.

DÍAZ, Yadira. *¿Es necesario sacrificar equidad para alcanzar desarrollo?: El caso de las inequidades en mortalidad infantil en Colombia. Documento CEDE (2003)*. <<http://core.ac.uk/download/pdf/6517029.pdf>>.

ESTIVILL, Jordi. *Lucha Contra la Exclusión Social. Conceptos y Estrategias*. Ginebra: Organización Internacional de Trabajo , 2003.

ESTRADA, Fernando. Por qué fracasan los países: breves notas sobre Colombia. . 12 de Septiembre de 2014. <http://mpr.ub.uni-muenchen.de>. 17 de Enero de 2015. <[http://mpr.ub.uni-muenchen.de/58476/1/MPRA\\_paper\\_58476.pdf](http://mpr.ub.uni-muenchen.de/58476/1/MPRA_paper_58476.pdf)>.

EVANS, Timothy., et al. *Desafío a la Falta de Equidad en la Salud*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 2002.

GARCÍA, Mauricio y UPRIMNY Rodrigo. La reforma a la tutela: ¿ajuste o desmonte? Uprimny Yepes, Rodrigo, César Rodríguez Garavito y Mauricio García Villegas. *¿Justicia para todos? Sistema judicial, derechos sociales y democracia en Colombia*. Bogotá: Norma, 2006.

GAVIRIA, Alejandro. El país de la tutela. *El Espectador* 6 de Noviembre de 2010.  
GOETZ, Judith y LECOMPTE Margaret. *Ethnography and Qualitative Design. Educational Research* (1984).

GÓMEZ ARIAS, Rubén D. Mortalidad evitable como indicador de desempeño de la política pública sanitaria Colombia 1985-2011. *Revista Facultad Nacional de Salud* (2008): 1-330.  
<<http://guajiros.udea.edu.co/fnsp/cvsp/investigaciones/tesis%20RDGomez.pdf>>

GONZÁLES ROSSETTI, Alejandra y MOGOLLÓN Olivia. La reforma de salud y su componente político: un análisis de factibilidad. *Gaceta Sanitaria* 16.1 (2000): 39-47. <<http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v16n1/original4.pdf>>.

GONZÁLEZ PÉREZ, Guillermo., et al. Exclusión Social e Inequidad en Salud en México: Un Análisis Socio-espacial. *Salud Pública* 10.1 (2008): 15-28.

GUTIÉRREZ, María T. "pobre los pobres": debates políticos alrededor de la beneficencia en Cundinamarca 1910 y 1920. Una aproximación desde el Estado colombiano. *Historia y Sociedad* 26 (2014): 121-148.  
<<http://www.scielo.org.co/pdf/hiso/n26/n26a06.pdf>>.

HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, Mario. El concepto de equidad y debate sobre lo justo en salud. *Salud pública* 10.1 (2008): 72-82.

HOBBSAWN, Eric. *Historia del Siglo XX*. Barcelona: Crítica, 2003.

HSIAO, William C y LIU Yuanli. Financiación de la asistencia sanitaria: valoración de sus relaciones con la equidad en salud. *Desafío a la falta de equidad en salud*. Ed. Timothy Evans, y otros. Washington: The Rockefeller Foundation, 2002.

JARAMILLO PÉREZ, Iván. El Sistema Nacional de financiamiento de la entidades territoriales. Cifuentes Noyes, Ariel. *Diez años de descentralización : resultados y perspectivas*. Bogotá: FESCOL, 1994. <<http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/geografia/descentr/indice.htm>>.

JERVIS, Scott D; OROZCO Julio y OLIVARES Fánika. *Estudio de factibilidad técnica y viabilidad financiera para la toma en operación de una ESE en el Departamento de Bolívar, Colombia*. Cartagena, 2011.

KATZMAN, Rubén y GERSTENFELD Pascual. Áreas duras y áreas blandas en el desarrollo social. *Revista de la CEPAL* 41 (1990): 159-181. <<http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/11783/041159182.pdf?sequence=1>>.

LA ROTA, Miguel E., et al. *Ante la justicia. Necesidades jurídicas y acceso a la justicia en Colombia*. Bogotá: Centro de Estudios del Derecho, Justicia y Sociedad, Dejusticia., 2014.

LAMPREA, Everaldo. *La Constitución de 1991 y la crisis de la salud*. Bogotá D.C: Uniandes, 2011.

LAVADOS MONTES, Claudio y GAJARDO UGÁS Alejandra. El principio de justicia y la salud en Chile. *Acta Bioethica* 14.2 (2008): 206-211.

LEÓN, Rafael. Cambios y reformas que afectan la salud. *El Tiempo* 28 de Noviembre de 1998. <<http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-852981>>.

LONDOÑO HOYOS, Fernando. La economía de la constitución. *Revista Javeriana* 137.678 (2001).

LONDOÑO HOYOS, Fernando. Maldita Tutela. *Las 2 orillas* 09 de Marzo de 2015.

MANRIQUE REYES, Alfredo. *Fundamento de la Organización y Funcionamiento del Estado Colombiano*. Bogotá : Universidad del Rosario, 2010.

MARMOT, Michael. Determinantes de la salud para la inclusión social. *Foro de la Sociedad Civil en Salud*. Lima, 23 de Septiembre de 2011.

<<https://www.youtube.com/watch?v=lwb3BgaUzyk&index=7&list=PLOCSnMaG4tu7LNCIsepv87ja056BwnTvu>>.

MEJÍA QUINTANA, Oscar. *Justicia y democracia consensual: la teoría neocontractualista en John Rawls*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores, Ediciones Uniandes, 1996.

MILL, John S. *Sobre la igualdad sexual*. Madrid: Ediciones Cátedra Universitat de Valencia, 2001.

MINISTERIO DE SALUD. *Informe de Indicadores Básicos de salud 2013*. Bogotá: Ministerio de Salud, 2013.

—. *La Reforma a la Seguridad Social en Salud*. Bogotá: Editorial Carrera Séptima Ltda., 1994.

MINISTERIO DE SALUD Y CCRP. *Encuesta nacional de Prevalencia, Demografía y Salud*. Bogotá: Ministerio de Salud, 1986.

MIRES, Fernando. *El discurso de la miseria o la crisis de la sociología en América Latina*. Caracas: Nueva Sociedad, 1993.

MONCADA SANTOS, Margarita. Contextualizando la relación pobreza, salud e inclusión social desde una mirada a la atención primara de salud como espacio social. (s.f.).

MURILLO TORRECILLA, Francisco J. y HERNÁNDEZ CASTILLA Reyes. Hacia un concepto de justicia social. *REICE: Revista Electrónica Iberoamericana Sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, IX.4 (2011): 7-23.

NUSSBAUM, Martha. *Las fronteras de la justicia, consideraciones sobre la exclusión*. Barcelona: Paidós, 2007.

OCAMPO, José A. *Entre la reformas y el conflicto: economía y política en Colombia*. Bogotá: Norma, 2004.

—. Crisis mundial y cambio estructural (1929-1945). Ocampo, José Antonio (compilador). *Historia económica de Colombia*. Bogotá: Tercer Mundo Editores, 1994

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Reducción de la mortalidad en la niñez. 01 de Septiembre de 2014. [www.who.int](http://www.who.int). <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/>>.

PATIÑO, Gonzalo y HERRÁN Óscar. Las reformas colombianas a la Seguridad Social en Salud y su impacto sobre la equidad. *Reflexión Política* 11.21 (2010): 126-138. <<http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=reflexion&page=article&op=view&path%5B%5D=495&path%5B%5D=482>>.

PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. *Informe al Congreso 2001-2002*. Bogotá: Presidencia de la República de Colombia, 2002.

PUYOL, Ángel. Salud y justicia global. *Revista de filosofía y moral* 43 (2010): 479-502.

QUINTERO MOSQUERA, Diana P. *La salud como derecho. Estudio comparado de grupos vulnerables*. Bogotá: Siglo del Hombre, 2011.

RAWLS, John. *Teoría de la Justicia*. México: Fondo de Cultura Económica, 1979.

RUBIO, Mauricio. Entre la informalidad y el formalismo. La acción de tutela en Colombia. *Documentos de trabajo- Facultad de Economía-* (2011).

RUIZ GÓMEZ, Fernando y Miguel Uprimny Yepes. *Sistema de salud y aseguramiento social : entre la reforma estructural y el ajuste regulatorio*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, 2012.

RUÍZ GÓMEZ, Fernando y UPRIMNY YEPES Miguel. *Sistema de salud y aseguramiento social : entre la reforma estructural y el ajuste regulatorio*. Bogotá: Ecoe Ediciones : Universidad Javeriana : Asocajas, 2012.

SANTA MARÍA, Mauricio., et al. Un diagnóstico general del sector salud en Colombia: Evolución, contexto y principales retos de un sistema en transformación. Acosta, Paula, y otros. *Efectos de la ley 100 en salud, propuestas de reforma*. Ed. Mauricio Santa María. Bogotá: Fedesarrollo, 2011. 1-82.

SCHUMPETER, Joseph A. *Historia de Análisis Económico*. Barcelona: Ariel, 1994.

SEN, Amartya. Social exclusion: Concept, Application, and Scrutiny. *Office of Environment and Social Development* (2000). <[http://housingforall.org/Social\\_exclusion.pdf](http://housingforall.org/Social_exclusion.pdf)>.

—. ¿Por qué la equidad en salud? *Panam Salud Pública* 11.5/6 (2002): 302-309.

—. *Desarrollo y libertad*. Bogotá: Planeta, 2000.

—. *La Idea de la Justicia*. Bogotá: Taurus, 2009.

—. *Nuevo examen de la desigualdad*. Madrid: Alianza Editorial, 2004.

SMITH, Adam. *Teoría de los sentimientos morales*. México: Fondo de Cultura Económica, 1978 [1759].

SUBIRATS, Joan (director), y otros. *La exclusión social: debates y concepto*. Barcelona: Fundación "la Caixa", 2004.

UPRIMNY, Rodrigo. Legitimidad y conveniencia del control constitucional a la economía. Uprimny Yepes, Rodrigo, César Rodríguez Garavito y Mauricio García Villegas. *¿Justicia para todos? Sistema judicial, derechos sociales y democracia en Colombia*. Bogotá, 2006.

UPRIMNY, Rodrigo y DURÁN Juanita. *Equidad y Protección Judicial de Derecho a la Salud en Colombia*. Santiago de Chile: CEPAL, 2014.

VEGA ROMERO, Román. Evaluación de Políticas de Salud en Relación con Justicia Social. *Salud Pública* 3.2 (2001): 97-126.

WAGSTAFF, Adam. Pobreza y desigualdades en el sector salud. *Panam Salud Pública* 11.5 (2002): 316-326.

WIESNER, Eduardo. Transferencias, incentivos y la endogenidad del gasto territorial. *Archivos de Economía* (2002).

WILKINSON, Richard. What health tells us about society. *IDS bulletin* 29.1 (1998): 77-84.