

La Equidad y los Determinantes Socioeconómicos de la Salud en Colombia (2000 - 2016)

Laura Angarita Zapata, Nixa Mariana Macías Rueda

Trabajo de Grado para Optar el título De Economista

Director

Gonzalo Alberto Patiño Benavides

Doctor en Economía

Universidad Industrial De Santander

Facultad de Ciencias Humanas

Escuela de Economía y Administración

Bucaramanga, Santander.

2019

Dedicatoria

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y la oportunidad de haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mi padre Hugo, a quien admiro por su honradez y fuerte trabajo diario para dar lo mejor a nuestra familia, además por inculcarme los valores esenciales de la vida. A mi madre Claudia, por ser el pilar más importante y darme las fuerzas necesarias para cumplir mis sueños. A mi hermano Juan Sebastián a quien respeto, admiro y amo profundamente. Finalmente, a mi novio Andrés, por brindarme su incondicional apoyo y cariño constante.

L.A.

A mi abuelo, por protegerme antes y después del mundo terrenal. A Julieta, quien, con su llegada y mirada cándida, logró enseñarme que las preocupaciones de la vida diaria son nimiedades al lado de la vida misma.

M.M.

Agradecimientos

Quiero expresar mi enorme agradecimiento al Dr. Juan Sebastián Angarita, por el trabajo mancomunado efectuado, por la dedicación, la orientación y el apoyo que brindo a esta investigación. Gracias por tanta paciencia, por facilitarme sus tesis, su valioso tiempo y sus maravillosas ideas.

Finalmente, gracias a mi familia, a mis padres, a mi hermano y a mi pareja sentimental por el gran apoyo moral, sentimental y humano que me brindaron en los momentos más difíciles a lo largo de mi carrera universitaria, principalmente en la ejecución de este trabajo. Infinitas gracias por creer en mí, por impulsarme a alcanzar mis metas y por ser la razón primordial de mi vida.

L.A.

A mis padres, quienes han sido amigos y consejeros de la vida, que con su paciencia y dedicación me han dado pautas para forjar el camino. A los hombres de mi familia (mis hermanos), por sacrificar una parte de ellos y permitirme lograr este objetivo. Finalmente, a mis seres queridos, a los que se han ido y a los que están, porque son ellos quienes ilustran mi andar.

M.M.

Tabla de Contenido

	Pág.
Introducción	14
1. Descripción del problema.....	16
2. Justificación.....	17
3. Objetivos	19
3.1 Objetivo General	19
3.2 Objetivos Específicos.....	19
4. 1 Determinantes sociales en el sector salud	20
4.2 Equidad y desigualdad en salud	22
5. Marco Teórico	25
5.1 La disyuntiva entre la igualdad y la equidad.....	25
5.2 La equidad en la teoría de la justicia de Rawls	26
5.3 La equidad en la teoría de Amartya Sen	28
5.4 Equidad en salud	31
5.5 Determinantes de la equidad en salud	32
6. Determinantes socioeconómicos de la salud en Colombia y Santander	39
6.1 Contexto Étnico.....	47
6.2 Personas en Situación de Desplazamiento Forzado	49
6.3 Pobreza.....	52
6.4 Índice de Pobreza Multidimensional.....	56
6.6 Desigualdad de ingresos.....	61
6.7 Nivel Educativo.....	64
6.8 Producción (PIB).....	67

7. Determinantes de Salud para Colombia y Santander	71
7.1 Acceso	71
7.2 Inversión en salud.....	76
7.2.1 Financiación.	76
7.2.2 Gasto en Salud como porcentaje del PIB e Índice de Gini	77
7.3 Morbilidad.....	78
7.3.1 Discapacitados.....	81
7.3.2 Situación de desplazamiento forzado.	
7.4 Mortalidad	87
7.4.1 Mortalidad general.	87
7.4.2 Mortalidad materna	94
7.4.3 Mortalidad infantil.....	100
7.4.4 Mortalidad infantil por desnutrición	105
8. Conclusiones	108
Referencias Bibliográficas	112

Lista de Tablas

	Pág.
Tabla 1. Comunidades de pertenencia étnica – Nacional y Santander.....	49
Tabla 2. Mortalidad por núcleo de desarrollo provincial Santander 2005	91

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1. Población Nacional 1995 – 2016.....	42
Figura 3. Tasa bruta de mortalidad vs tasa bruta de natalidad (Nacional).....	44
Figura 4. Tasa bruta mortalidad vs tasa bruta natalidad (Santander).....	44
Figura 5. Esperanza de vida, por sexo, Nacional, 1985 - 2015.....	45
Figura 6. Esperanza de vida, por sexo, Santander, 1985 - 2015.....	46
Figura 7. Desplazamiento forzado en Colombia 1998-2013.....	51
Figura 8. Población desplazada anual (expulsada y recibida) Santander 1998-2011.....	51
Figura 9. Índice de pobreza - Nacional y Santander 2002 - 2016.....	53
Figura 10. Índice de pobreza extrema - nacional y Santander 2002 – 2016.....	54
Figura 11. Índice de pobreza multidimensional nacional.....	57
Figura 12. Componente de necesidades básicas insatisfechas nacional.....	58
Figura 13. Componente de necesidades básicas insatisfechas en Santander.....	59
Figura 14. Coeficiente de Gini. Nacional y Santander (2002-2016).....	63
Figura 15. Variación porcentual anual de alumnos matriculados total nacional (2001-2016).....	65
Figura 16. Total matriculados por zona y año (2000-2016).....	66
Figura 17. PIB Nacional (2000 - 2016).....	69
Figura 18. PIB Santander (2000-2016).....	69
Figura 19. Variación anual (%) PIB, Colombia y Santander.....	70
Figura 20. Cobertura SGSS (1990-2017).....	72
Figura 21. Cobertura del SGSSS por régimen para Santander (2002-2016).....	73
Figura 22. Cobertura DEL SGSS por zona (1995-2015).....	74

Figura 23. Cobertura DEL SGSS por régimen (2000-2015).....	75
Figura 24. Gasto en salud como porcentaje del PIB e índice de Gini.....	77
Figura 25. Mortalidad general nacional (2000-2016)	88
Figura 26. Mortalidad general en Santander (2000-2016)	93
Figura 27. Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos en Colombia y Santander (2005-2016).....	99
Figura 28. Esperanza de vida al nacer y mortalidad infantil en Colombia	102
Figura 29. Tasa de mortalidad infantil en Colombia y Santander (2005-2015).....	104
Figura 30. Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años en Colombia y Santander (2005-2015).....	107

Resumen

TITULO: LA EQUIDAD Y LOS DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS DE LA SALUD EN COLOMBIA (2000 - 2016)*

AUTORAS: LAURA ANGARITA ZARATE Y NIXA MARIANA MACÍAS RUEDA**

PALABRAS CLAVE: EQUIDAD, DETERMINANTES SOCIOECONOMICOS, SISTEMA DE SALUD, POBREZA, INGRESO, PIB.

DESCRIPCION:

Los determinantes socioeconómicos definen las condiciones en que las personas viven, crecen y mueren, por consiguiente, son factores que inciden directamente en la salud de las personas, presentando uno de los principales puntos que tienen notorio impacto en la economía y el desarrollo de los países. Por tal razón, resulta pertinente un estudio concienzudo junto con un análisis de los grandes problemas en el sistema de salud en Colombia desde la perspectiva de sus determinantes socioeconómicos y su equidad. De allí que los propósitos del presente trabajo investigativo sean en primer lugar, analizar estos determinantes desde el sector de la salud, abarcando un lapso de análisis de 16 años, que va desde el año 2000 al año 2016, periodo en el que se inscriben los planes de desarrollo de los últimos tres gobiernos en Colombia y pretender esclarecer de qué forma la política pública del país está trabajando por mejorar la equidad en el sector de la salud de su población. Concluyendo que al ser la equidad en salud un concepto multidimensional, abarca muchos factores que están en función de la imparcialidad y transparencia de los procesos, y que a su vez son parte integral de la justicia e inclusión social, donde los recursos y el alcance de los diferentes acuerdos sociales deben ser observados y manejados cuidadosamente.

* Trabajo de Grado

** Facultad Ciencias Humanas. Escuela de Economía y Administración. Director: Gonzalo Alberto Patiño Benavides, Doctor en filosofía.

Abstract

TITLE: EQUITY AND THE SOCIOECONOMIC DETERMINANTS OF HEALTH IN COLOMBIA (2000 - 2016)*

AUTHORS: LAURA ANGARITA ZARATE Y NIXA MARIANA MACÍAS RUEDA**

KEYS WORDS: EQUITY, SOCIOECONOMIC DETERMINANTS, HEALTH SYSTEM, POVERTY, INCOME, GDP

DESCRIPTION:

The socioeconomic determinants define the conditions in which people live, grow and die, therefore, they are factors that directly affect the health of people, presenting one of the main points that have notorious impact on the economy and development of the countries. For this reason, a conscientious study along with an analysis of the major problems in the health system in Colombia from the perspective of its socioeconomic determinants and its equity is pertinent. Hence, the purposes of this research work are first, to analyze these determinants from the health sector, covering a period of analysis of 16 years, which runs from the year 2000 to the year 2016, period in which the development plans of the last three governments in Colombia and seek to clarify how the public policy of the country is working to improve equity in the health sector of its population. Concluding that since equity in health is a multidimensional concept, it encompasses many factors that are in function of the impartiality and transparency of the processes, and that in turn are an integral part of justice and social inclusion, where the resources and the scope of the different social agreements must be observed and handled carefully.

* Bachelor Thesis

** Faculty of Humanities. Economics and Management School. Director: Gonzalo Alberto Patiño Benavides, PhD in philosophy.

Introducción

Este trabajo tiene por propósito analizar los determinantes sociales y económicos desde la salud, abarcando un periodo de análisis de 16 años en el que se inscriben los planes de desarrollo de los últimos tres gobiernos en Colombia; en ese sentido, se pretende arrojar luz sobre cómo la política pública en Colombia está apuntando a mejorar o no en la equidad en la salud de su población.

La seguridad social en salud en Colombia es concebida como un componente del sistema general al cual se le ha encomendado la función de regular el servicio público esencial de la salud. Además de ello, se encarga de crear las condiciones de acceso de toda la población al servicio mediante dos regímenes: el contributivo y el subsidiado; el primero, protege a las personas con capacidad de pago, los cuales cotizan bajo el sistema de pago anticipado, por otra parte el segundo protege a las personas pobres de bajos recursos (Hernández, 2001)

Desde 1945 con la ley 6 (Congreso de Colombia, 1945) y la ley 90 de 1946 (Congreso de Colombia, 1946), nace el sistema de seguridad social en Colombia, creándose consigo la Caja de Previsión Social de los Empleados y Obreros Nacionales y el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales. Este sistema estuvo altamente centralizado hasta los noventa, cuando se aprobó la Ley 100 de 1993 (Congreso de la Republica) que descentralizó el sector mediante una amplia transferencia de competencias y recursos a los entes municipales. Aunque el Estado ha mantenido su participación, como ente regulador, el sistema presenta una configuración mixta: presencia de instituciones prestadoras de salud oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias.

Esta reforma a la salud colombiana promueve los principios de universalidad y solidaridad, y por ello se adopta el aseguramiento obligatorio como estrategia para garantizar la cobertura de toda la población. En este contexto, se han adoptado medidas conforme a las

directrices de la Organización de las Naciones Unidas, que se proponen cumplir los Objetivos de Desarrollo Sostenible y además destacan la cobertura universal de salud (UHC por sus siglas en inglés), incluyendo la protección del riesgo financiero, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad, y el acceso a métodos seguros, eficaces, de calidad, y asequibles de medicamentos esenciales y vacunas para todos. Si bien el sistema de salud en Colombia presenta una mejor cobertura, sin embargo, es necesario contemplar este fenómeno desde la financiación hasta la organización jerárquica del sistema. Razón por la cual, esta investigación se enfoca en analizar la equidad en el sector salud en Colombia, a partir de un conjunto de indicadores socioeconómicos, la estructura organizacional de dicho sistema, las características de la calidad y acceso, y la falta de recursos que impiden la eficiencia.

El análisis de los determinantes en la salud considera interacciones entre condiciones sociales, políticas, culturales y ambientales, las cuales determinan los efectos de la salud en las personas. Este análisis indaga cómo estos determinantes desencadenan brechas de desigualdad socioeconómica sobre las poblaciones y a su vez cómo los contextos sociales que generan estratificación distorsionan las condiciones óptimas de la salud, vulnerando a los grupos de personas con mayor desventaja social. Por un lado, los determinantes intermedios de la salud están relacionados a situaciones prevenibles y modificables, que en últimas influyen directamente sobre las condiciones de salud de la población, los que en función de: la calidad de vida, el trabajo, el sistema sanitario, la vivienda, entre otros; y por último los determinantes sociales de las inequidades en salud, conformados por factores estructurales y contextuales son quienes constituyen los órdenes sociales, como la discriminación por etnia, educación, género o discapacidad, la distribución de los ingresos y los sistemas de gobernanza, siendo los responsables de las causas más profundas de las desigualdades en las condiciones de vida.

Para realizar el presente estudio se tuvo en cuenta un conjunto de elementos económicos, sociales y culturales influyentes en la salud de los colombianos; de manera que fuese posible entender la relación que existe entre las estructuras socioeconómicas y la salud en función del bienestar individual y colectivo. Además de ello, se analizó el comportamiento de algunos indicadores de salud que reflejan las condiciones sanitarias y la calidad del sistema en términos de atención y acceso de la población más vulnerable.

En ese sentido, el documento está conformado por tres capítulos. El primer capítulo abarca la teoría de equidad e inclusión social fundamentada en las perspectivas de los autores Amartya Sen y John Rawls. Seguidamente, en el segundo capítulo se exponen y analizan los principales determinantes constituidos por factores demográficos (variación poblacional, natalidad, fecundidad y esperanza de vida al nacer), culturales (raza o grupo étnico) y socioeconómicos (ingreso, pobreza y nivel educativo) a nivel nacional y de Santander. Por último, el tercer capítulo trabaja los indicadores de salubridad más preponderantes y disidentes del estado de salud de las personas (morbilidad y mortalidad) y su connotación dentro de sistema de salud en Colombia y el departamento de Santander.

1. Descripción del problema

La salud es un estado de completo “bienestar físico, mental y social”, según la Organización Mundial de la Salud ([OMS], 1946), por consiguiente, no solo repercute a nivel físico sino conlleva otras situaciones de trasfondo como las socioeconómicas. Debido a ello, el estado de la salud debe considerarse de manera integral, asociado al desarrollo económico y social de un país, así como al

bienestar individual, además de constituirse en un elemento directamente relacionado a derechos humanos de la población.

Por consiguiente, es necesario analizar el sistema de salud en Colombia, el cual resulta envuelto en una complejidad absoluta. Desde que se implementó la ley 100 en 1993, el sector de la salud logró ejecutar diversos cambios que fueron reflejados en mejoras respecto a la cobertura, inclusión social, acceso a los centros y servicios de salud, etc. Sin embargo, este acceso no garantiza la calidad de la prestación del servicio ni su cubrimiento satisface plenamente las necesidades de las personas, derivando en un conjunto de inequidades.

Por ello, es necesario tener en cuenta qué, el aumento de la cobertura en salud, la disminución de la pobreza y el incremento del ingreso medio per cápita reflejado durante los últimos años en Colombia, podría ser un buen indicio de que el país transita a una escala de mayor desarrollo. Sin embargo, aún siguen existiendo enormes brechas de desigualdad, por ejemplo: el Coeficiente de Gini no ha registrado mayor variación desde el años 2012 (0,52.9) (World Bank Group, 2016), valor que cataloga a Colombia como el tercer país más desigual de Latinoamérica, mostrando elementos estructurales que en su conjunto señalan o apuntan a que el país todavía tiene una tarea pendiente en términos de lograr mejor calidad de vida.

2. Justificación

Según los objetivos de desarrollo sostenible, Wartenberg afirma que “la salud es importante como un fin en sí mismo y como parte integrante del bienestar humano” (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD], 2015, pág. 55) Debido a ello, esta debe tener un lugar destacado en

cualquier discusión sobre la equidad y la justicia, y más aún si la salud, en este caso, no es universal. Hay que tener en cuenta que, si la salud de las personas mejora, esta contribuye y beneficia al país en aspectos como la reducción de la pobreza que generarían una mejora en la calidad de vida y equidad. Denotando consigo, aspectos tales como los derechos humanos, la justicia social distributiva y el desarrollo humano que son consecuencia de esta.

Por ello, es necesario abordar sistemáticamente las políticas de estado en relación con el tema de la equidad en salud y definir el alcance de los logros del mismo sistema para analizar si las personas más vulnerables en Colombia se les está garantizando un conjunto de derechos sociales, económicos y culturales, que establecen las cartas y acuerdos firmados por el estado colombiano. Aunque se han promulgado un sin número de leyes (ley 122 de 2007, Ley 1438 de 2011, ley 1608 de enero de 2013, etc.), y propuestas con el fin de mejorar la eficiencia y la cobertura del sistema de salud en Colombia, todavía queda mucho por recorrer, en asuntos que van desde la financiación hasta la organización jerárquica del sistema.

Este trabajo se justifica, entre otras razones, por la necesidad de abordar de manera sistemática las transformaciones en el sector de la salud en los últimos tres planes de desarrollo; igualmente, es necesario profundizar sobre el alcance y logros en salud en directa relación con los ODS. Finalmente, es necesario investigar el desarrollo paralelo del sector (nacional y del Departamento de Santander), en relación con la agenda descrita y el conjunto de indicadores socio económicos que dan cuenta de ello.

3. Objetivos

3.1 Objetivo General

Analizar los determinantes sociales y económicos de la salud en Colombia y el departamento de Santander, sus elementos estructurantes, como factores de inequidad en un periodo comprendido 2000-2016.

3.2 Objetivos Específicos

Realizar un análisis cuantitativo y cualitativo de los determinantes socioeconómicos para Colombia y el departamento de Santander, teniendo en cuenta el entorno institucional y la efectividad de las políticas públicas en el sector de la salud.

Realizar un análisis cuantitativo y cualitativo de los determinantes de la salud para Colombia y el departamento de Santander, teniendo en cuenta el entorno institucional y la efectividad de las políticas públicas en el sector de la salud.

Detectar las principales fallas sobre la política pública que permitan posicionar al sector de salud, tanto a nivel nacional como departamental, de cara a los requerimientos de crecimiento económico del país.

4. Antecedentes

Dentro del debate acerca de la disyuntiva entre el concepto de desigualdad y equidad en el campo de la salud, así como sus determinantes sociales más influyentes, se han realizado diversas investigaciones con el propósito de ampliar el horizonte de diagnóstico y de acción. Estos antecedentes son descritos a continuación.

4.1 Determinantes sociales en el sector salud

En el entorno regional, Soto (2012) analiza la desigualdad social en salud a nivel intercomunal en Chile por medio de una caracterización y descripción de los determinantes sociales estructurales y los resultados de salud bajo un análisis multivariable de tipologías. Para ello, estudian doce (12) de variables tanto de resultados de salud como de determinantes estructurales de la salud relacionadas con el fenómeno de desigualdades más sustantivas entre las diversas configuraciones que se encuentran en las comunas. Durante el estudio se demuestra que existen mejoras sobre las variables de atención sanitaria, pero no ocurre lo mismo en la reducción de desigualdades. Cuando observan el comportamiento de los indicadores de mortalidad infantil, esperanza de vida al nacer y años de vida potencialmente perdidos, se evidencia que los niveles de desigualdad se incrementan según el determinante social (ingreso, educación, afiliación en salud) o el grupo social (madres cabeza de familia, según comuna y pertenencia étnica). Respecto a los indicadores que determinan estructuralmente la salud como: ocupación, nivel educativo, ingreso, etc; son en definitiva los más influyentes en los resultados encontrados sobre los altos niveles de desigualdades en salud. En los

casos y grupos extremos el indicador de ingreso es el que más porcentajes desiguales registra, imposibilitando así que ciertos grupos logren alcanzar resultados positivos.

En Colombia, Carmona y Parra (2015) realizaron un análisis de los resultados y logros alcanzados por el sistema de salud, teniendo en cuenta las funciones y objetivos que se supone deben lograr a través de los cimientos conceptuales preexistentes con los que se creó, tales como: el financiamiento en función de la equidad, la promoción y prevención. Desde esta perspectiva, los indicadores demográficos son, en su mayoría, el resultado del estado de salud y bienestar de una población.

Es evidente que el comportamiento tanto de la tasa bruta de natalidad como la tasa bruta de mortalidad caracteriza el desarrollo demográfico de un país. Del mismo modo resulta imperativo mencionar la importancia que adquiere la esperanza de vida al nacer, la cual se ve condicionada por la mortalidad infantil. Los efectos positivos sobre las tasas brutas de estas han sido notorios gracias a que se han logrado mejoras en la esperanza de vida al nacer para Carmona y Parra (2015, pág. 615).

En cuanto al acceso a los servicios de salud de mejor calidad y con mayor cobertura, los autores se enfatizan en los resultados positivos alcanzados por ciertas políticas en función de desempeñar programas enfocados a la atención médica. Lo cual es sinónimo de que se está progresando al obtener mejor calidad y mayor cobertura en salud según estos autores (pág. 617).

Sin embargo, estos autores afirman que la síntesis de la investigación suscita que el sistema de salud colombiano envuelve problemas constitutivos bastante acentuados. La situación social, económica y demográfica hacen parte de los principales desafíos que sector de la salud debe asumir. A pesar de que se han logrado alcances significativos en términos de mayor cobertura, aún queda arduo camino por recorrer donde el fin último por alcanzar sea la reducción universal de las inequidades en la salud entre la población estratificada.

A nivel local, Vélez y Vidarte (2014) establecen los determinantes sociales de la salud estructurales e intermedios y su relación con la discapacidad en la ciudad de Barranquilla a partir del análisis de las diferencias por género. El representativo estudio de correlación descubre una mutualidad estadísticamente reveladora en lo que concierne a la raza y el género como determinante estructural. Con respecto a los determinantes intermedios y el sexo, sólo el ingreso, la ocupación y el tipo de afiliación registraron una relación estadísticamente significativa.

En el mencionado estudio no hay pruebas de que exista mutualidad alguna entre los componentes de la discapacidad y el género. Asimismo, la discapacidad como tal, es concebida en aquellas situaciones donde los individuos se ven imposibilitados al intervenir satisfactoriamente dentro de una sociedad académica y laboralmente, siendo privados también de acceder a los servicios públicos y auxilios de salud. Desde esta perspectiva de acuerdo con Vélez y Vidarte (2014, pág. 68), la discapacidad se encuentra en las condiciones psicosociales que delimitan a los individuos y no únicamente en ellos mismos.

4.2 Equidad y desigualdad en salud

Barranza & Panopoulou (2013) desarrollaron una investigación para la Revista Panamericana de Salud Pública en México, donde miden los niveles de las desigualdades y las inequidades en la salud y en la utilización de la atención sanitaria relacionadas con los ingresos a través de un estudio estandarizado. Las variantes pertenecientes al estado de salud estudiadas fueron: las limitaciones físicas, la enfermedad crónica y la salud autoevaluada. Con respecto al uso de atención sanitaria fueron incorporadas: la atención odontológica, preventiva, hospitalaria y las visitas curativas. Demás variantes independientes correspondieron a: nivel educativo, ubicación geográfica, pertenencia étnica, seguro de salud, condición laboral y área de residencia.

Dicha investigación encontró que la situación económica y el nivel de salud autoevaluada estaban proporcionalmente relacionadas, donde aquellos que se encontraban con pésimas condiciones económicas reflejaban tener el nivel más bajo en salud autoevaluada, mientras que en aquellos que gozaban de mejores condiciones económicas registraron porcentajes más altos en enfermedades crónicas y tuvieron mayor acceso a hospitalizaciones. Estudios e investigaciones en equidad y salud, demuestran que la cobertura en salud, las condiciones de vida y el nivel educativo son determinantes fuertes sobre la inequidad que existe en la atención sanitaria. Barranza y Panopoulou (2013, págs. 51-52) afirman que, a pesar de los esfuerzos por mejorar la política pública en salud, aún existen demasiadas inequidades en el sistema de sanidad con respecto a los ingresos; lo que para México continúa siendo un completo desafío.

A nivel nacional, Rincon, y otros (2017) desarrollaron un estudio en el cual, con información proveniente de municipios y departamentos, ratificaron la existencia de inequidades en el sistema de salud sobre un indicador de mortalidad clasificado por grupos de causas. Analizando dentro de los principales componentes la presencia de inequidades para el género femenino y masculino. Revelando que en la mayoría de los municipios y departamentos fueron registrados mayores niveles de inequidad en salud para el género femenino. También hallaron una relación positiva de inequidad sobre los municipios y departamentos que presentaban el Índice de Desarrollo Humano (IDH) más alto, expectativas de vida superiores y con mejores horizontes de pobreza.

Por otra parte, Martínez (2006) realiza un estudio de caso de la ciudad de Bogotá en el cual logra evaluar en términos de equidad en el acceso, la calidad y utilización de los servicios ofrecidos, los efectos que consigo trae modificar el Sistema Nacional de Salud sobre el Sistema de Seguridad Social en Salud. Los resultados obtenidos fueron focalizados en el uso y el acceso a los servicios de la salud, lo que manifestó que la problemática social de la equidad es más

común de lo que se piensa y cada vez sea hace más presente. Así mismo se comprobó que el aseguramiento al sistema de seguridad social está relacionado directamente con variantes estructurales, sociales y demográficas. Las variables como el estrato, el ingreso y la edad presentaron una correlación positiva con la afiliación, señalando que entre más alto sea el estrato, mayores sean los ingresos y más años se tenga, el porcentaje de afiliación a la seguridad es superior.

Del mismo modo, el tipo de afiliación guarda una relación positiva con el género de la persona: existen más posibilidades de estar afiliado al régimen contributivo sí es hombre y más años tiene; lo contrario sucede con la educación que guarda una relación negativa. Otras variantes como recibir atención, percibirse enfermo y consultar por el cuidado, registraron una relación importante con las sociodemográficas. Siguiendo la línea, el sentirse enfermo y la edad guardan una relación positiva; respecto al género, las mujeres por su parte tienden a sentirse más enfermas; las variables de educación, estrato, consulta por atención y la sensación de enfermedad se correlacionan negativamente no sólo con el género sino también con la ocupación y el nivel educativo de acuerdo a Martínez (2006, pág. 53).

En las conclusiones del estudio Martínez (2006, pág. 54) encontró que, dentro de la población estratificada se muestran enormes inequidades en el acceso, la atención recibida y el uso de los servicios ofrecidos, lo que ha desembocado en un problema social que a su vez ha suscitado más conflictos de equidad y de mayor envergadura. Coexistiendo repercusiones negativas no sólo en el deterioro continuo al derecho básico de la salud sino también al deformar la debida implementación de la política pública.

5. Marco Teórico

5.1 La disyuntiva entre la igualdad y la equidad

La equidad es un pilar fundamental dentro de la noción de desarrollo humano ya que es uno de los factores de distinción en contraste con las teorías tradicionales de crecimiento económico y desarrollo. A diferencia de la igualdad y la justicia social, el concepto de equidad se enfoca en la igualdad de oportunidades, recursos e insumos, en lugar de los productos y resultados. Por su parte, la igualdad defiende unas condiciones de vidas iguales para todos los individuos a partir de políticas de intervención, laborales, económicas y sociales. De igual forma, la justicia se centra en la existencia de una igualdad de derechos que tienen en cuenta las condiciones reales del ser humano.

La equidad, en el contexto de una decisión social, significa que el resultado es imparcial y justo, y ésta ha sido una preocupación central del pensamiento social y político a través de los tiempos. La equidad nos obliga a plantearnos los objetivos que debemos conseguir para avanzar hacia una sociedad más justa. A partir de diferentes tradiciones filosóficas y políticas, es posible construir un concepto multidimensional de equidad que, aplicado al campo de la salud, ilumine los problemas que estamos analizando (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 1990).

De acuerdo con un artículo elaborado por el Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID) de la Universidad Nacional de Colombia titulado “Los indicadores de equidad en el sistema educativo: una aproximación teórica” (2006), pretenden desprender tres significados al multidimensional concepto de equidad. El primer significado, designado en función de los parámetros de la pobreza. Donde se garantizaría la equidad dentro de una sociedad, sí y sólo sí,

no hay ningún tipo de exclusión y los gobiernos se comprometen en entregar a la población cierto tipo de beneficios que les permita disfrutar de una dignidad básica. La segunda definición se le podría atribuir al principio de equidad, estaría ligada bajo los parámetros de la desigualdad. Dicho de otra manera, sí fueran admitidos ciertos niveles de desigualdad dentro de una sociedad respecto al acceso de beneficios, la propia equidad demandaría regular las dimensiones de esa desigualdad. Un caso referente sería el estudio al nivel de ingreso que se le hace a una población cada cinco años. Finalmente, un tercer significado estaría relacionado con la sucesión de genes. Bajo este supuesto, la equidad se cumple cuando no existe la repartición de beneficios entre la etnia y el género, proporcionando igualdad de oportunidades para toda la población sin importar su descendencia.

5.2 La equidad en la teoría de la justicia de Rawls

Aunque el presente documento abarca el enfoque contemporáneo de primer orden propuesto por Sen, es necesario exponer las ideas de contraste como la teoría de Rawls en cuanto al tema de equidad y desigualdad. John Rawls considera la equidad como objetivo de la justicia, relacionada con la forma y contenido de las libertades básicas y su prioridad; considera la justicia como equidad donde se incluye el principio de igualdad que la sociedad debe considerar para ponerse de acuerdo y decidir imparcialmente (Rawls, 1979).

Para garantizar las libertades básicas es indispensable la institucionalización de las libertades políticas. La libertad de conciencia y libertad de asociación son los principios de la libertad política. Es decir, institucionalizar los tres primeros bienes primarios es el paso necesario para institucionalizar la libertad política. Esta libertad debe basarse en el principio de la diferencia. La libertad de asociación da paso a la libertad de conciencia. En ese sentido las

libertades básicas se convierten bienes primarios y la justicia es el medio de conseguirlos. Dicho autor agrega al debate el término de “sociedad bien ordenada”, la cual promueve el bien de sus individuos y es controlada por un sistema ideal de justicia de acuerdo a Rawls (pág. 24).

Sin embargo, esta hipótesis, es medianamente inalcanzable en la realidad por lo que aproximando la visión se trata de anteponer el derecho de las personas para obtener libertades básicas tales como postura política, pensamiento crítico, reconocimiento social, etc. En cuanto a elementos básicos y materiales, Rawls prioriza el ingreso y la riqueza, pero no tiene en cuenta otros aspectos como salud, educación, etc.

Respecto al principio de diferencia, Rawls (pág. 484) afirma que la sociedad tiene la obligación de compensar a los menos favorecidos, no para que exista una competencia justa en igualdad de condiciones, sino para mejorar las expectativas de los menos favorecidos. En este sentido, Sen asevera que dicha compensación de recursos es imperfecta porque no tiene en cuenta la diferencia de capacidades como elementos básicos para combatir la desigualdad.

Rawls en su libro “Sobre las libertades” (1990) afirma que cuando en una sociedad sólo unas pocas personas son las que monopolizan la riqueza y la responsabilidad de cargos, existe la posibilidad de que ejercer el control sea en función del propio beneficio, por lo que no se está encaminando a priorizar los medios equitativos para alcanzar la libertad básica. Factores determinantes como la pobreza, el desconocimiento y los escasos recursos no permiten que las personas puedan desempeñar plenamente sus derechos y capacidades, sin poder beneficiarse de sus propias oportunidades.

En el contexto de justicia social y política, donde el cimiento está constituido por el principio de la diferencia (unas personas tienen mayores ingresos y riquezas) debería ser prioridad la maximización de bienes primarios a fin de que todos puedan disfrutar

equitativamente las libertades básicas. Y para lograrlo es necesario disponer de una libertad política que garantice la equidad.

Esta libertad confiere la oportunidad equitativa de influir en el resultado de las decisiones políticas. En este punto, la garantía significaría que independientemente de la posición social o económica de cada uno de los ciudadanos su libertad política debe ser suficientemente equitativa para que todos tengan la misma oportunidad para la toma de decisiones. Si no hay instituciones sociales que preserven el valor equitativo de esta libertad es improbable mantener un resto de instituciones básicas justas. (Rawls, 1979).

5.3 La equidad en la teoría de Amartya Sen

Las posturas respecto al fenómeno de la igualdad son diversas y muchas veces contrapuestas dentro de la teoría económica. Por una parte, la igualdad se define en función del utilitarismo al considerar la maximización del bienestar colectivo como objetivo último de erradicación de desigualdad. No obstante, dicho pragmatismo es refutado por Amartya Sen al incorporar al debate el concepto de equidad por encima de la igualdad, por cuanto para Sen la equidad es un fenómeno que abarca cuestiones más complejas como la libertad del individuo, el reconocimiento de derechos y la distribución misma de la felicidad.

Para Sen (1995, pág. 33), la igualdad se observa en términos agregados y no se presta atención a las alternaciones individuales de dicha asignación. La base crítica de su obra gira en torno al factor ingreso como clave dentro de los estudios de desigualdad, haciendo caso omiso “al hecho fundamental de la diversidad humana y la importancia fundacional de la libertad humana” (pág. 18).

Al plantear el concepto de igualdad, se enfrenta a dos cuestiones: el hecho de que los seres humanos difieren en características personales como circunstancias exteriores y la multiplicidad de campos en los cuales se puede juzgar la igualdad, por lo cual existe un abanico de variables de indicación de desigualdad. “Las exigencias de la igualdad en los diferentes espacios no coinciden las unas con las otras precisamente porque los humanos son tan diferentes. La igualdad en un espacio es acompañada por grandes desigualdades en otros” (pág. 147).

En el análisis Sen agrega a la discusión no solo la desigualdad a nivel individual sino también agregado, al definir la libertad como fin último de desarrollo, es decir, Sen asemeja su concepción de desarrollo económico bajo teorías alternas que priorizan el bienestar de la población por encima del aumento del producto.

Para determinar el nivel de equidad, Sen propone un conjunto de “capacidades básicas” con el único objetivo de hacer a un lado la capacidad y así poder suplir hasta cierto límite otro tipo de funciones relevantes (Rivero). Ahora bien, la identificación de mínimos de ingreso para sopesar las capacidades básicas es variable puesto que depende de las características personales y sociales (Sen, 1998, pág. 54).

Siguiendo la línea, Sen es influenciado por la evaluación de desigualdad que cobra vida en la mitad del siglo XX. El enfoque sueco (Erikson, 1974) expone la medición de bienestar por medio de la noción de los expertos de las Naciones Unidas (1954): las medidas de bienestar no solo deben estar en función monetarista sino fundamentarse en varios componentes que conforman el nivel de vida.

Para ello, se realizaron una serie de encuestas y estudios con base al nivel de bienestar de las personas definido como “el dominio del individuo sobre los recursos en forma de dinero, posesiones, reconocimiento, energía mental y física, relaciones sociales, seguridad y otros por

medio de los cuales el individuo puede controlar y dirigir conscientemente sus condiciones de vida” como afirma Sen (pág. 107)

Al momento de evaluar el nivel de vida en una persona o grupo es fundamental conocer no sólo los niveles de sus ingresos monetarios sino también disponer de información sobre la situación de salud, el nivel educativo, las condiciones laborales, capacidades, entre otros determinantes que influyen directamente en el nivel de vida. En ese sentido, se resaltan dos aspectos: por un lado, el nivel de satisfacción de las necesidades y por el otro, las posibilidades de las personas para poder suplir esas necesidades.

El progreso económico se debe considerar más allá de sólo utilidad y renta. Bajo este supuesto el ingreso debe ser un mecanismo para alcanzar objetivos más sustanciales. Sen define dicho fin como “la expansión de la libertad”, en la cual se consideran las oportunidades sociales, la seguridad, los servicios económicos y las libertades políticas como esenciales en el aumento de la capacidad integral del individuo. Según Sen, las oportunidades sociales se definen en función del sistema educativo y de la salud, los cuales determinan la calidad de vida, velando por el desarrollo de las personas dentro del entorno socioeconómico. Sí en una sociedad existe la equidad de capacidad en busca del bienestar, es porque cada individuo tiene las mismas posibilidades que los demás para elegir o rechazar opciones que en últimas, determinan la calidad de vida que deciden llevar. De modo que la libertad termina por estar relacionada con esa capacidad de elegir, es decir, sí hay ausencia de capacidad sobreviene la desigualdad y se estaría violando la libertad fundamental. Dentro de las capacidades básicas Sen incluye la participación política y social.

5.4 Equidad en salud

Más específicamente, Sen (2007) asegura que la salud debe tener un lugar primordial sobre la equidad y justicia social. En primera instancia, la equidad en salud “supone un factor trascendental de la imparcialidad y la justicia de los acuerdos sociales en general,” principalmente, en la distribución económica, la vida y las libertades. Ahora bien, la equidad en salud supone dentro de la teoría de la justicia valorar la igualdad en un ámbito específico, dado que, si no fuera por la presencia de esta, para Sen no tendría una verdadera credibilidad en la misma teoría.

Existen tres principios fundamentales en cuanto a la equidad social en la salud. Primero hay que realizar una distinción entre el logro de salud y la posibilidad de alcanzar una buena salud, y como complemento las facilidades sociales para dicho logro, como la asistencia sanitaria. Para obtener la equidad social no solo es necesario el derecho a la atención sanitaria sino conlleva otros factores influyentes: “predisposiciones genéticas, ingresos individuales, hábitos alimentarios, estilos de vida, entorno epidemiológico, condiciones de trabajo, entre otros” (pág. 67). En síntesis, la equidad de salud no solo se puede entender en términos de distribución de atención sanitaria.

En segunda instancia, dentro de la evaluación de la equidad en la salud es importante tener en cuenta los procesos dado el aspecto procesal de dicho fenómeno, por tanto, se presta atención a la ausencia de la discriminación en la prestación de la asistencia sanitaria. Por último, la salud es un factor que se correlaciona con otras variables y características de la sociedad como asignación de recursos y acuerdos sociales. En ese sentido, Sen afirma que se cae en el error de evaluar la equidad de salud como eliminación de la desigualdad.

El factor de la salud es de atención prioritaria dentro de la desigualdad, puesto que alcanzar un óptimo y satisfactorio estado de salud está en función de la decisión personal de no

tener que afligirse por la salud, y esto significaría un entorno pleno de verdadera equidad. Las fallas en la salud como justicia social se dan cuando la enfermedad de una persona es concebida dentro de los parámetros sociales y no en función de su propia elección, limitando la libertad básica de las personas. De manera que la salud debe ser considerada como un componente fundamental de la calidad de vida.

5.5 Determinantes de la equidad en salud

Debido a la incompetencia de la teoría clásica al abordar el tema de la equidad en salud y sus determinantes, se hace necesario traer a colación un nuevo paradigma acerca de la temática en cuestión. La comisión sobre los determinantes sociales de la salud (CDSS) (Organización Mundial de la Salud, 2005) toma como referencia la multidimensionalidad del tema de la equidad y justicia en la salud, es decir, la CDSS intenta indagar por las principales causas de la desigualdad por medio de los factores claves que determinan dicha problemática.

Uno de los determinantes que constituye el esquema de la CDSS es el sistema sanitario el cual es definido por el grado de accesibilidad y utilización que las personas demandan sobre los servicios sanitarios. Por lo tanto, factores estructurales, demográficos, sociales y económicos terminan influyendo sobre la atención en salud, donde ese determinante se visualice a partir de un enfoque intersectorial.

El informe final de la comisión de la OMS (2009) considera fundamental tener acceso y poder hacer uso de los servicios de atención en salud, los cuales son esenciales para garantizar una buena calidad de vida y equidad sanitaria. Teniendo en consideración los múltiples factores que recaen sobre la equidad en salud, resulta preeminente la intervención de la política pública ya que la deficiencia de atención sanitaria repercute en el nivel del desarrollo económico y social.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) formuló una Estrategia para el Acceso y Cobertura Universal de la Salud (2014) tomando como referencia el principio básico de la OMS (2017): “el goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica /o social” (parr. 1). A partir de ello, se hace necesario las políticas inclusivas que garanticen el alcance de dicho objetivo.

En un documento editado por Ferrelli y titulado “Equidad en salud desde un enfoque de determinantes sociales” (2015), se manifiesta la participación obligatoria por parte de los intermediarios involucrados a transversalizar los asuntos de equidad y sus determinantes sociales sobre los planes definidos por el sistema de salud, a fin de conseguir reducciones significativas en las inequidades. Es aquí donde la OMS se ve implicada para desarrollar esa labor y conseguir que el departamento de salud coopere más ampliamente en soluciones efectivas, de modo que se logre mejorar la equidad mediante el control sobre los diferentes determinantes sociales mencionados.

Ferrelli asegura la imprescindible necesidad de evaluar los resultados obtenidos sobre las inequidades en salud y así poder determinar las dimensiones de efectividad de las políticas públicas sobre el sector de la salud. Destacando a grosso modo que, aunque hallan progresos en la medición de desigualdades, es imperioso optimizar las habilidades para medir no sólo los resultados sino también aquello que en últimas termina determinando ese resultado. Del mismo modo, es de resaltar la importancia de monitorear las políticas a implementar para así poder supervisar a través de la rendición de cuentas el panorama real del asunto (pág. 15).

Por otro lado, dentro de la multiplicidad de indicadores explicativos, la esperanza de vida al nacer ha sido estudiada en diversos escenarios con el objetivo de calcular los logros alcanzados a manos de la política pública que recaen sobre el sistema de la salud. Además, la esperanza de

vida al nacer asume un rol sumamente importante al ser considerado un indicador básico de la salud que determina aspectos propios del entorno socioeconómico de una población, ayudando así a estimar los diversos efectos ocasionados por las políticas empleadas por el sector de la salud (Eslava, Rincón, & Guarnizo, 2013). Pongamos por caso los avances alcanzados en el sistema de saneamiento en función de la calidad de vida en donde una buena nutrición, el acceso a agua potable, la incorporación de cloacas y la implementación de materiales para la construcción de moradas de mejor calidad son factores dicentes que reflejan el incremento no sólo en la expectativa de vida sino también en la reducción de la mortalidad materna y la mortalidad infantil; mucho más de lo que los organismos y los servicios de la salud han logrado (Garriga, y otros, 2016).

Con respecto a las variables del sexo y grupo étnico son variables que, a pesar de ser opuestas, guardar una relación significativa con la salud. Aquí se hace presente la discriminación, donde determinado grupo de personas son tratadas generalmente de forma excluyente e injusta por pertenecer a un grupo social en particular diferente a los demás. También, es necesario recordar que pertenecer a determinado grupo étnico es una característica de índole social y no biológica; y que el surgimiento de diferencias entre estos grupos es el punto de partida para que coexista las divisiones sociales que terminan por converger en la discriminación (Lamus Canavate, 2012). Dentro de una comunidad étnica el alcance mínimo de equidad se hace vigente cuando cada integrante dispone de las mismas posibilidades de las que los demás integrantes poseen, tanto para acceder como para utilizar los beneficios y servicios ofrecidos. Se debe agregar que las instituciones de la salud están comprometidas a identificar las diferentes necesidades provenientes de los propios juicios de estos grupos para así poder optimizarlas (Hernandez & Ariza, 2007).

Hay que mencionar, además, que entre la población que inmigra normalmente se hallan factores sociales que terminan por estratificar a las personas como el género, edad, discapacidad y pertenencia étnica que incrementan y estimulan eventos de desigualdad en la salud (Velez & Vidarte, 2014).

La teoría psico-social demuestra que cuando una sociedad desigual se encuentra profundamente afectada por las consecuencias derivadas de las colisiones intrínsecas, la salud de los individuos comienza a ir en detrimento. En una estructura jerárquica aquellos que consideran estar en la posición más desfavorable, comienzan a presentar síntomas de ansiedad que al largo plazo los hace ser más propensos a contraer enfermedades. Por esto, convivir en un entorno social conflictivo donde los individuos están en permanente competencia entre quienes tienen más y quienes tienen menos, termina por desencadenar una serie de sentimientos frustrantes y depresivos que afectan directamente los sistemas neuroendocrinos de las personas. Mientras tanto, donde todo esto transcurre también se socavan las relaciones sociales, perjudicando aún más el ámbito de la salud (Álvarez, 2009). Un ejemplo diciente que soporta esta teoría lo aporta Garriga y otros (2016) en Estados Unidos, donde sus habitantes afrodescendientes tienen ingresos prominentes y pueden suplir fácilmente sus necesidades básicas, son sociedades que registran niveles de desigualdad bastante altos con una baja expectativa de vida y con tasas de mortalidad exorbitantes.

Álvarez (pág. 9) plantea que es inconcebible una realidad en la que no haya un profundo vínculo entre el estado de salud de la población y la inclusión social, la participación política y la asistencia de servicios de auxilio. Las comunidades de los indígenas y de otras razas se enfrentan a enormes desafíos frente al desplazamiento forzado, la discriminación social, la falta de recursos, la desigualdad y los prejuicios que conllevan a la creación de estereotipos. Es una

realidad innegable que lleva a cuestionarnos la eficiencia de las políticas sociales y culturales de los gobiernos implementadas sobre las poblaciones más vulnerables.

En síntesis, aquellos que abogan por la llamada “*teoría pisco-social*” sostienen que las principales dificultades por alcanzar una distribución equitativa sobre las personas más pobres están justificadas en que no existen suficientes programas de apoyo social que solvente las necesidades psicosociales de quienes han atravesado por situaciones de vida traumáticas. Consolidando su juicio en que, por ejemplo, aquellos grupos sociales aglomerados, indistintamente de los ingresos por persona, que cuentan con suficiencia en redes de apoyo, donde hay una participación política e inclusión social activa y con estructuras gubernamentales fortificadas, normalmente registran mejores niveles en la calidad de vida (Garriga, y otros, 2016) .

Según Wagstaff (2002, pág. 318) se les denomina “determinantes inmediatos” a aquellos factores caseros que influyen negativamente con más frecuencia sobre el sistema de saneamiento de personas con menos recursos y con hogares más pobres que sobre las viviendas opulentas; y esto es evidencia clara en parte de que hay profundas brechas de desigualdad en el entorno socioeconómico de la salud, afligiendo a las personas más necesitadas. El hecho de que en la actualidad la población más enferma (los pobres) y que los centros y servicios ofrecidos por los sistemas de salud no den la talla en eficiencia, no es una situación para atribuir sólo a los países en vía de desarrollo; porque realmente es una problemática social presente en cada rincón del mundo. Los ricos tienen más posibilidades de comprar mejores servicios en salud, pero los más pobres no sólo no tienen como pagar por una mejor asistencia, sino que además sus ingresos son mucho más bajos con respecto a las contribuciones que el gobierno da al sector de la salud.

Dicho lo anterior, de acuerdo con el autor “además del deseo de asegurar que mejore la salud [...] también hay un deseo de asegurar que la consecución de este objetivo no se haga a costa de una reducción excesiva del nivel de vida de las familias implicadas” (pág. 321). En

consideración, es posible entender estos aspectos de tres formas: primeramente, está la llamada “regresividad de pagos” donde se obtienen mayores proporciones de dinero de los que menos tienen que de los que más tienen, es decir, las personas pobres suelen hacer uso de los servicios ofrecidos por la salud, sin embargo terminan pagando más de lo que ganan por la obtención de los mismos, mientras que aquellas personas con ingresos más altos no sólo hacen uso en su totalidad de los servicios sino que además disponen de suficientes recursos para solventar dicho servicio. Violando el principio de que la repartición de costos del sistema sanitario no debe ser motivo para que se incrementen los niveles de desigualdad en los ingresos. Una segunda forma de entender el asunto refiere a la inversión en salud que las familias deben asumir, acordando aportar sólo cierto porcentaje de sus ingresos destinados a salud y que cualquier costo que supere este umbral será concebido como desastroso. Y una tercera y última forma de entendimiento, tiene que ver con las precarias circunstancias en que las personas recaen por invertir su dinero en servicios de salud, lo que significa que los gastos sanitarios no debería ser sinónimo de más desigualdad, más pobreza y menos el incremento paulatino de las mismas. Wagstaff asegura que los niveles de pobreza pueden ser calculados por medio de los pagos efectuados en auxilio de salud.

Es necesario considerar además que, sí la desigualdad en el acceso y uso de los sistemas de sanidad está relacionada con el nivel de ingreso y la posición jerárquica de las personas, en donde son requeridas acciones intersectoriales dentro del sistema; la presencia de inequidades en atención de la salud está condicionada también en cierto modo por la falta de compromiso y negligencia personificada en manos de los involucrados, de modo que resulta imperativo generar cambios en la actitud y reevaluar las capacidades de los profesionales con el fin de potencializar el acceso a los servicios de salud (Otero & Zinzunegui, 2016).

Siguiendo la línea, las necesidades sociales y necesidades de salud no son sinónimos. El concepto de necesidad de salud corresponde a una noción instrumental que indica que determinado individuo precisa recibir (consumir) cuidados para mejorar su estado de salud. Sin embargo, se puede distinguir tres tipos de necesidades: las necesidades sentidas identificadas por el individuo, las necesidades expresas aquellas registradas como demanda poblacional desde los servicios de salud y las necesidades normativas definidas por los profesionales de salud. Ante ello, existe una relación entre dichas necesidades y los indicadores de pobreza.

Para analizar ese fenómeno se toman en cuenta indicadores como Necesidades Básicas Insatisfechas el cual mide las condiciones básicas que están directamente relacionadas con la calidad de vida. Aunque se centra en condiciones estructurales con un fuerte sesgo hacia la infraestructura, connota también aspectos culturales. Los pobres estructuralmente tienen una menor percepción de sus riesgos sanitarios. En otros términos, sus necesidades sentidas son inferiores a las no pobres.

En cuanto a la relación de la salud con la educación, el concepto de analfabetismo sanitario funcional, que se viene empleando en las publicaciones científicas para referirse a las dificultades que el bajo nivel de instrucción de los pacientes puede provocar en la capacidad de comprensión de la información, especialmente escrita, que le dan los profesionales sanitarios referida a su enfermedad. La trascendencia de este fenómeno de «analfabetismo sanitario» ha hecho que se le identifique como una «epidemia silente» (Solórzano, 2007). Este bajo nivel de alfabetización sanitaria influye directamente en el proceso de atención a la enfermedad y en el cumplimiento de las medidas prescritas, que requiere de un paciente informado. Los profesionales sanitarios han de prestar una especial atención a sus habilidades de comunicación y a las actividades de educación sanitaria con estos pacientes, sobre todo en el caso de las enfermedades crónicas, donde tan importantes son las medidas de autocuidado. La literatura

médica muestra que, en pacientes crónicos con un bajo nivel de instrucción, la prescripción farmacéutica es mayor que en enfermos con morbilidad similar, pero de un nivel de instrucción mayor, lo que se puede explicar tanto por dificultades en la comunicación profesional sanitario-paciente como por motivos relacionados con actitudes del paciente.

Empíricamente a través de diversos y sustanciales estudios se ha logrado demostrar qué dentro del conjunto de los determinantes socioeconómicos de la salud, es el ingreso el que mayor influencia registra sobre la calidad de vida de las personas en términos de salud. Por ello, es de destacar que el desarrollo y progreso económico de una nación es la base esencial para alcanzar mejoras significativas en la salud y la expectativa de vida de las personas. De acuerdo con Sen (2000, pág. 5), el Producto Nacional Bruto (PNB) por habitante está directamente relacionado con la expectativa de vida, una mutualidad derivada de la influencia que causa el PNB sobre el nivel de ingresos particularmente de las personas más pobres y el gasto público asumido para invertir en salud. Por eso, en algunos países hemos visto que se ha logrado aumentar la expectativa de vida vertiginosamente a través del crecimiento y desarrollo económico, pero también cómo en otros países, a pesar del buen crecimiento de la economía, no es un fenómeno que ha ido de la mano con el índice de longevidad.

6. Determinantes socioeconómicos de la salud en Colombia y Santander

A lo largo del tiempo, se han establecido y proclamado normativas en función del posicionamiento y fortificación del Análisis de la Salud en Colombia y sus departamentos. Dentro de las principales funciones a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social ([MinSalud], 2006) en ayuda del

sistema de vigilancia en salud pública, esta evaluar la situación de salud a nivel nacional y departamental, en base a censos poblacionales y datos generados por encuestas y vigilancia, con el objetivo de priorizar áreas que requieran de intervención en salud pública y así optimizar las acciones de control.

Teniendo en cuenta que los procesos demográficos están ligados a factores sociales y biológicos, la población es dinámica y presenta constantes cambios en su tamaño, estructura y distribución. Tales cambios son ocasionados por cierto tipo de circunstancias que determinan el crecimiento y transformación de una población.

Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística ([DANE], 2009) con los Datos de Proyecciones Poblacionales 1985-2020, la dinámica de la población nacional, en el periodo 1995-2016 pasó de un total de 37.472.184 habitantes en 1995 a 48.747.708 en 2016. La tasa de crecimiento de la población del país fue aumentando en el periodo de 1995-2005 para luego comenzar a descender. Mientras que la población creció en un 30% en el periodo 1995-2005, lo hizo en un 29% en el periodo 2005-2016. Este cambio en el crecimiento de la población resulta del efecto combinado de tasas de decrecimiento, como la tasa bruta de natalidad, mortalidad y fecundidad. Este proceso se puede evidenciar al comparar la dinámica de la población colombiana entre los años 1995 al 2016, observando que, desde los 40 años en adelante, el crecimiento de las generaciones aumenta hasta alcanzar los mayores niveles en los grupos con 50 y más años, conllevando a el envejecimiento de la población (MinSalud, 2013).

Para el departamento de Santander, el comportamiento anteriormente descrito ha sido similar. De acuerdo con un estudio postcensal realizado por el DANE (2009), sobre el censo del año 2005, en el año 1995 el total de la población en el área metropolitana (Girón, Floridablanca y Piedecuesta) era de 866.907 personas. Para el año 2005 la mitad de la población se ubicaba en Bucaramanga y el área metropolitana donde habitaban 1.012.331 personas, calculándose en 10

años un crecimiento total de la población del 16%. Con el paso de los años, la población ha tenido la tendencia de establecerse en el Área metropolitana de Bucaramanga y en algunos municipios como Puerto Wilches, Rionegro y Lebrija debido a la dinámica económica en estas localidades. Muchas necesidades básicas como la educación, la salud y la mano de obra pueden suplirse más fácilmente en las cabeceras municipales del departamento (Grupo de Investigación sobre Desarrollo Regional y Ordenamiento Territorial, [GIDROT], 2011).

Para el año 2010 la población femenina fue de 1.017.421 y la población masculina fue de 992.972, sumando un total de 2.010.293 personas y evidenciándose un aumento del 2,6% entre 2005 y 2010. Durante el año 2015, el total de la población para el departamento fue de 2.061.079 personas y para el año 2016 la población total en Santander fue de 2.071.016, presentando un incremento 0,47% entre el año 2015 y 2016. Las tendencias poblacionales denotan que el departamento, así como a nivel nacional, tiene un grado alto de urbanización y que también presenta un incremento relativo en la tasa de envejecimiento de la población. El departamento, pasó de tener 79 ancianos por cada 1.000 niños en 1995, a 283 en el año 2005. Así mismo, se observa un aumento de la población entre los 20 y 30 años mientras que la población entre los 30 y 40 años es menor (MinSalud, 2013).

En la siguiente figura se muestra la población total por sexos para Colombia como para el departamento de Santander por quinquenios y año de estudio 2016.

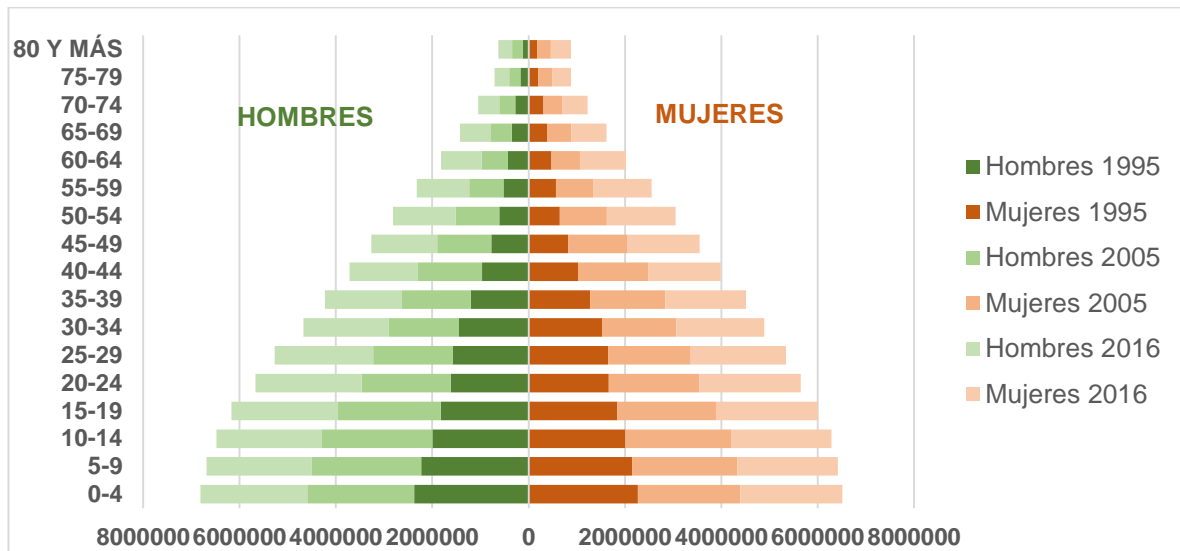


Figura 1. Población Nacional 1995 – 2016.

Adaptado de: DANE - Proyecciones Poblacionales 1985-2020.

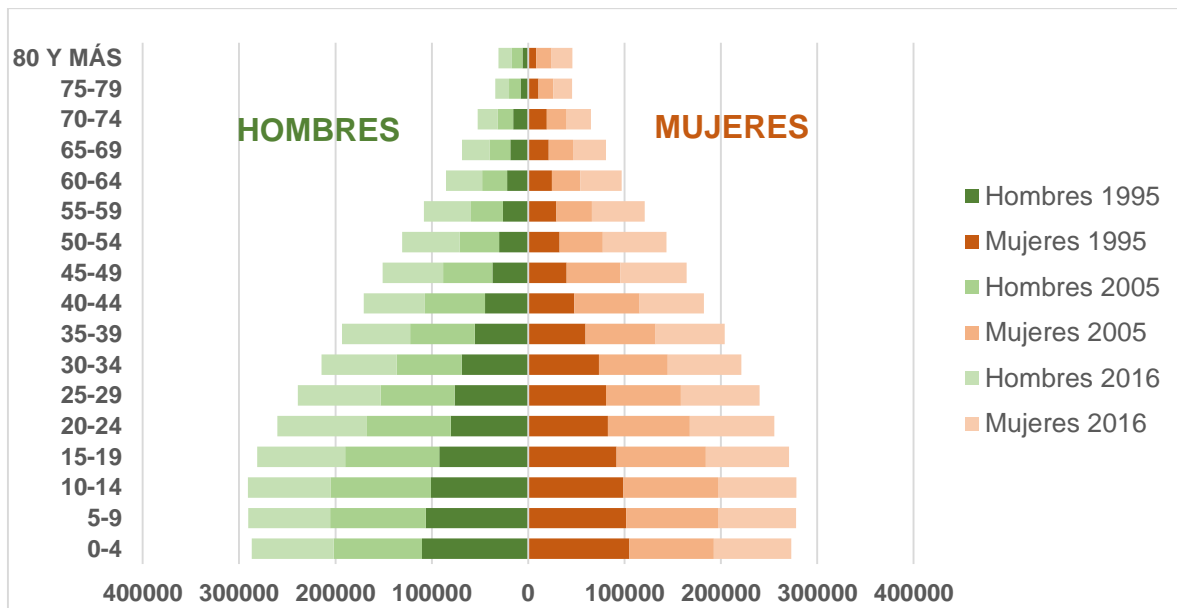


Figura 2. Población Santander 1995 – 2016.

Adaptado de: DANE - Proyecciones Poblacionales 1985-2020.

En la transición demográfica anteriormente descrita, este cambio se ve condicionado por los factores de mortalidad, la natalidad y la fecundidad, los cuales tienen un proceso preponderante para el análisis de esta (Observatorio de Salud Pública de Santander [OSPS], 2006). Se observa que, a comienzos del siglo XXI, a nivel nacional se tenía una tasa bruta de mortalidad del 6.5% que en los años 2010-2015 descendió al 5,8%, ya que se registraron niveles bajos de homicidios en hombres y mujeres y al mismo tiempo menores tasas por muerte natural en mujeres (Torres & Mayorga, 2016). En Santander, este proceso se ha comportado de manera opuesta, dado que esta tasa se ha incrementado pasando de 6,03% en el año 2000 a 6,43% en el 2015.

El comportamiento del factor global de fecundidad ha mantenido un proceso similar tanto a nivel nacional como departamental. Este presenta un descenso en el número de hijos por mujer a nivel nacional, al pasar en los años 2000-2005 de 2,63 a 2,12 en los años 2010-2015 y a nivel departamental de 2,70 a 2,11. Tal descenso está condicionado por factores como las difíciles condiciones de sobrevivencia, cambios generacionales, diversidad de situaciones sociales y económicas, como el incremento en el nivel educativo y en la participación económica activa de la mujer (CEPAL, 2018).

Otro factor social relevante es el comportamiento que adquiere la natalidad, o la reducción sostenida de la misma, la cual está relacionada con patrones biológicos, económicos, sociales y culturales. La tasa bruta de natalidad por mil habitantes pasó de 19,40% a 16,03% entre los años 2000 y 2015 en Santander. En el caso general de Colombia, también se presentó un comportamiento descendente con una tasa de 21,6% a 18,8% en el mismo periodo (OSPS, 2006).

Las siguientes figuras muestran una comparación entre las tasas brutas de mortalidad y natalidad entre los años 2005 y 2014, para el caso de Colombia y Santander, respectivamente. A partir de ella, es posible asegurar que el ritmo demográfico está presentando una desaceleración.

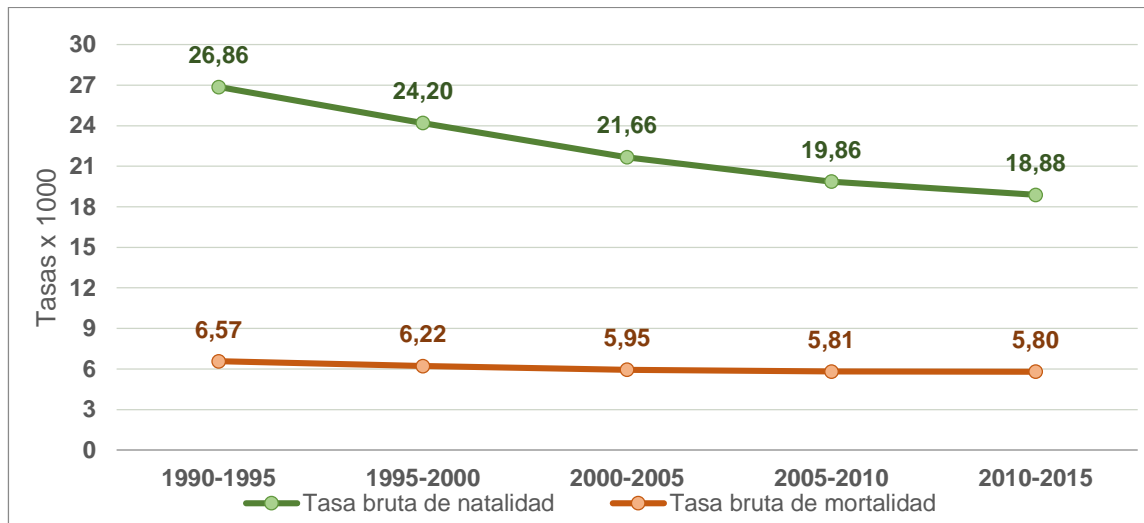


Figura 2. Tasa bruta de mortalidad vs tasa bruta de natalidad (Nacional)

Adaptado de: DANE - Indicadores Demográficos según Departamento 1985-2020.

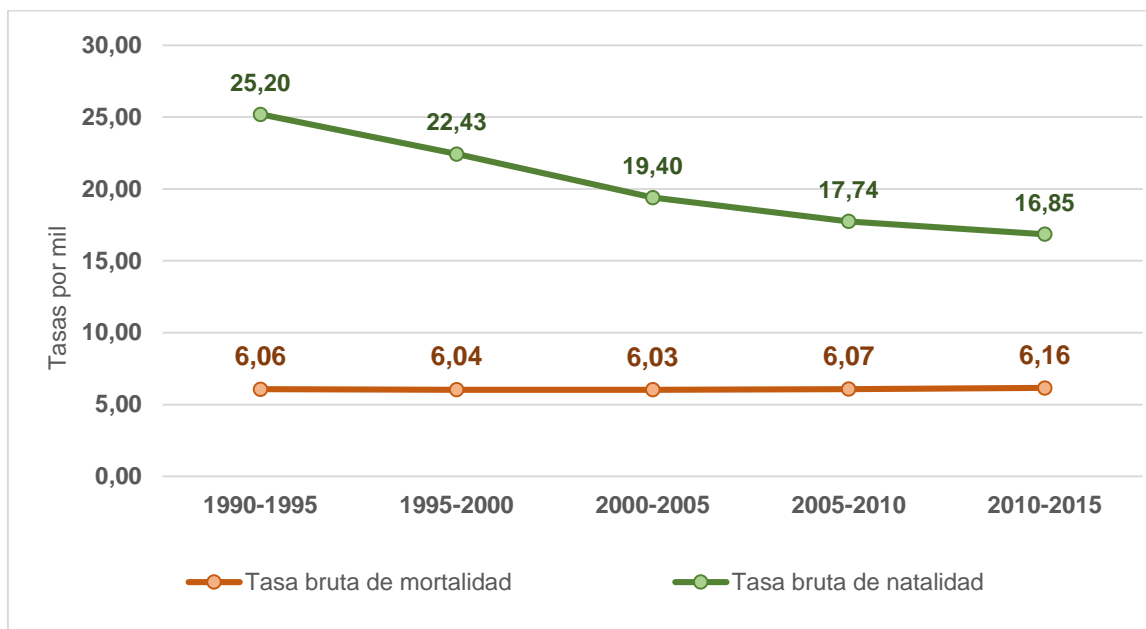


Figura 3. Tasa bruta mortalidad vs tasa bruta natalidad (Santander)

Adaptado de: Observatorio de Salud Pública de Santander. Dinámica Demográfica, 2017.

Por otro lado, uno de los indicadores con el que se mide el Índice de Desarrollo Humano, es la esperanza de vida al nacer también conocida como tasa de longevidad, la cual nos permite dar un pronóstico de los posibles años que vivirá un grupo de recién nacidos si las condiciones

de mortalidad en determinado tiempo de estudio continúan siendo las mismas a lo largo de sus vidas. En el contexto general, la esperanza de vida en Colombia aumentó en 7,3 desde comienzos del siglo XXI a 2015. Este mismo proceso transcurrió en Santander aumentando 6,4 en el mismo periodo. Entre su población, para los hombres en los años 2005 y 2015 fue de 69 y 72 años respectivamente y para las mujeres durante los mismos años, la esperanza de vida fue de 76 y 78 años respectivamente, evidenciando que las mujeres viven más que los hombres. Este aumento progresivo se ve condicionado por un incremento en el ingreso, lo que permite acceder a mejores oportunidades en términos de calidad de vida y con ello una nutrición más adecuada para la población (Acosta & Romero, 2014).

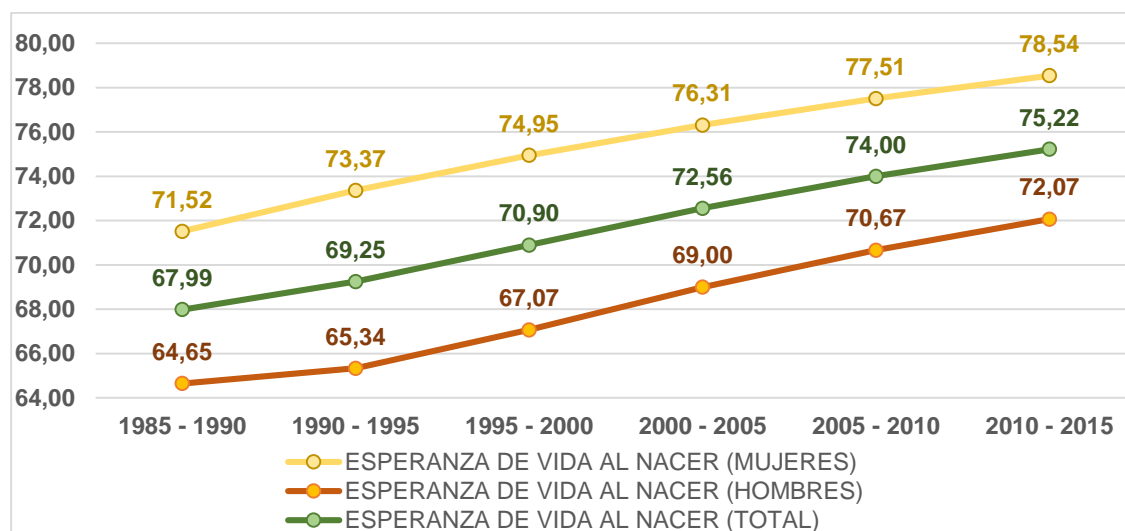


Figura 4. Esperanza de vida, por sexo, Nacional, 1985 - 2015

Adaptado de: DANE - Indicadores Demográficos según Departamento 1985-2020.

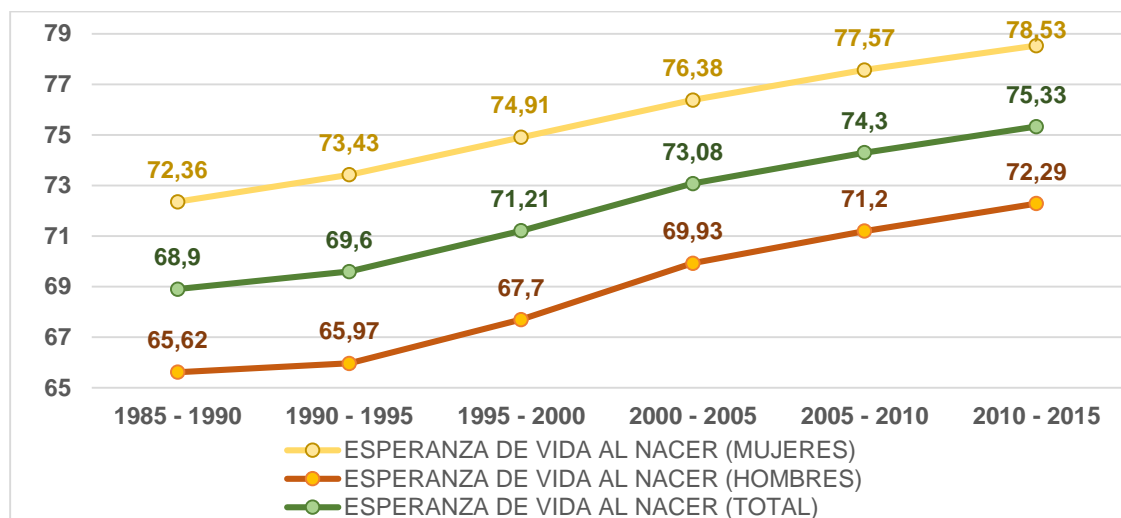


Figura 5. Esperanza de vida, por sexo, Santander, 1985 – 2015.

Adaptado de: Observatorio de Salud Pública de Santander - Esperanza de vida al nacer, 2016.

Estos indicadores poblacionales evidencian un aumento en el índice de envejecimiento y un descenso significativo en el índice de renovación de la población económicamente activa; además, de acuerdo con las estadísticas también hay un incremento del índice de dependencia económica (MinSalud, 2013). Por otra parte, estadísticas vitales como la tasa bruta de natalidad y la tasa global de fecundidad disminuyeron, mientras que la esperanza de vida en la población mostró un incremento significativo, lo que concuerda con el mejoramiento en las condiciones de calidad de vida.

De lo anteriormente discutido, es importante resaltar que el análisis en base a etapas transitorias de la población a lo largo de los años resulta imperativo para lograr identificar los diferentes cambios históricos que padecen los habitantes. Con ello, es posible observar las trayectorias evolutivas de las poblaciones y examinar de qué forma se relacionan con otras variables económicas y sociales (Mesa & Junca, 2011).

6.1 Contexto Étnico

Existen particularidades culturales y sociales propias que identifican a ciertos grupos de personas con filiaciones distintas que desencadenan diferencias en el acceso a los servicios de salud y a las condiciones de vida. En el año 2009, se emitió la ordenanza número 065 de afrodescendientes a través de la cual se formuló el establecimiento de políticas públicas para las comunidades negras, afrocolombianas, raizales, y palenqueras del departamento de Santander, con el objetivo único de progresar en el reconocimiento de los derechos sociopolíticos de estas comunidades (Asamblea Departamental de Santander, 2009). No obstante, existen ciertos prejuicios y estereotipos sociales reflejados en el racismo y la discriminación sobre estas culturas étnicas que las hace categorizarse como poblaciones segregadas (Ministerio de Cultura de Colombia [MinCultura], 2010).

Las culturas indígenas son los grupos sociales que más han tenido que soportar las consecuencias del conflicto armado interno en el país, quedando vulnerados sus principios, creencias y autonomía de sus pueblos. Al mismo tiempo han tenido que sobrellevar situaciones de intimidación hacía los sistemas de gobierno dentro de sus territorios y hacia el dinamismo en la construcción de su propia identidad cultural (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados [ACNUR]). La explotación de sus principales recursos (minería e hidrocarburos), el despojo de sus terrenos para incorporar cultivos ilícitos, el reclutamiento forzado de la población más joven, la violencia sexual y el asesinato de sus líderes culturales, son sólo algunas de las razones por las cuales la situación de estos grupos indígenas en el país es cada vez más alarmante y crítica. Hay que mencionar además que la mayoría de estas comunidades soportan drásticas limitaciones en términos de seguridad social, empleo, educación y vivienda (OPS, 2004).

El trabajo realizado por el DANE con el censo del 2005, logró avanzar en materia de investigación para la construcción de estadísticas étnicas. Para Colombia, se contaba con 1.392.623 indígenas que conformaban un total de 87 pueblos establecidos en 710 resguardos, en 32 de los 33 departamentos, representando el 3,4% de la población colombiana, por debajo de los afrocolombianos con un total de 10%. En Santander el 67,43% de la población indígena se encuentra ubicada la mayoría en la cabecera municipal de Bucaramanga, así mismo se registró que el 96,7% de la población no hacía parte de ningún grupo étnico. La población Afrocolombiana de 2005 en Santander fue de 3,2%, ubicados principalmente en Barrancabermeja y Puerto Wilches, y representando un porcentaje poblacional muy inferior al 10% de población indígena, situada en los municipios de Concepción y Cerrito, de la población gitana (ROM) cuyo 0,007% está localizada principalmente en el área metropolitana de Bucaramanga (Girón), y del 0,02% de la población raizal (0,02%) (MinCultura, 2010). Aunque, la población indígena es muy inferior al resto, esta ha tenido un cambio demográfico importante presentado por una mayoría en población joven al obtener cerca del 40% del total. Para el 2005, a nivel nacional se presenta que por cada mil mujeres del país en edad fértil hubo 75 nacimientos, mientras que en los indígenas hubo 124 nacimientos, 89 nacimientos en las afrocolombianas y 84 nacimientos en las ROM (MinSalud, 2016a). No obstante, son estas mismas quienes han tenido que migrar en los últimos años de la zona rural a la urbana, por amenazas contra la vida, por necesidades de educación o por la búsqueda de mejores condiciones de vida (MinSalud, 2016b). Como consecuencia de ello, se ha identificado una disminución de la población en el área rural, pasando de 92,58% a 78,58% entre 1993 y 2005.

En la siguiente tabla se muestra una categorización por pertenencia étnica, el total de personas conformadas por las cinco poblaciones y su respectivo porcentaje en base al censo de 2005.

Tabla 1.

Comunidades de pertenencia étnica – Nacional y Santander.

Grupo étnico	Total, por grupo étnico Santander	Total, por grupo étnico Nacional	% total de población étnica en Santander	% Total de población étnica Nacional
Indígena	2.390	1.392.623	0,1	3,36
Gitana (ROM)	140	4.858	0,007	0,01
Raizal	300	-	0,02	-
Afrocolombiano	60.707	4.311.757	3,2	10,40
Ningún grupo étnico	1'850.908	34.898.170	96,7	84,16
TOTAL	1'914.445	40.607.408	100	97,93

Nota: Datos adaptados del censo de 2005 – DANE.

6.2 Personas en Situación de Desplazamiento Forzado

Dentro de las principales causas de la movilidad forzada, se encuentra la problemática social del conflicto armado que se ha caracterizado por la continua lucha de poder y control territorial sobre ciertas zonas de la región en Colombia. Este fenómeno de los refugiados también ha estado influenciado por otros factores socioeconómicos, como el difícil acceso a bienes y servicios primarios, la violencia social y la discriminación racial. Según Soledad y Jiménez (2011) las consecuencias de este conflicto interno, que ha venido desembocándose en el desplazamiento forzado, se ven reflejadas en el deterioro del tejido social, lo que conlleva a mayores niveles de pobreza, mayor desempleo, detrimento en la calidad de vida y situaciones de discriminación, socavando la integridad de estas personas.

Según Rojas y Hurtado (2018) , Colombia ha sido denominado el segundo país en el mundo con mayor desplazamiento poblacional, presentando una cifra de 5.7 millones de víctimas, superado solo por Siria el cual presenta 6.5 millones de desplazados. La Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento (CODHES) (CODHES, 2014), muestra que

durante el año 2010 fueron desplazadas 129.883 personas en el territorio colombiano, de estos el 4.3% fueron indígenas. Y para el 2013 la cifra aumentaba a 203.976 personas. Las cifras son aún peor, según este, al menos 5.905.996 personas han sido desplazadas entre 1985 – 2013.

De acuerdo con el OSPS (2006), entre los años 1995 y 2006, el Registro Único Nacional de Población Desplazada de Acción Social presentó datos donde el departamento recibió a 74.455 personas y en el mismo periodo de tiempo emergieron 46.939 personas (población expulsada). Entre los años 2011 y 2013 en el departamento se registraron 146.763 víctimas de desplazamiento, de las cuales 75.253 eran mujeres y 71.510 eran hombres. En Santander los adultos mayores son quienes representan la mayor proporción de personas en estado de movilidad forzada, esto se evidencia en el periodo de 1998 a 2011, donde el 52% de la población desplazada fueron adultos mayores, seguidos de niños y adolescentes. Para el año 2015 se reconocieron 167.218 personas desplazadas en el departamento, en este registro los más afectados fue la población más vulnerable, niños entre 10 y 14 años quienes representaron la mayor proporción con 17.805 personas en situación de desplazamiento (Secretaría de Salud de Santander [SSDS], 2015).

Ahora hablando en términos de salud, según un estudio realizado por Arias y Gaviria (2005) publicado por la OPS, se afirma que el nivel de cobertura en aseguramiento de las personas en situación de desplazamiento es 6 veces menor que la cobertura de la población receptora. En Bucaramanga en el año 2003, la población receptora tenía la mitad de esa cobertura para sus ciudadanos. La afiliación al Sistema General de Seguridad Social de Salud (SGSSS) es insuficiente y no garantiza el pleno acceso a los servicios básicos de salud para este grupo de personas.

En la figura 3 se observa que para Santander en lo que concierne a los años 2001 y 2007 el comportamiento general del desplazamiento forzado tuvo picos significadamente altos y que la proporción de población expulsada es menor que la proporción de población recibida.



Figura 6. Desplazamiento forzado en Colombia 1998-2013

Adaptado de: CODHES, Situación de desplazamiento 2014.

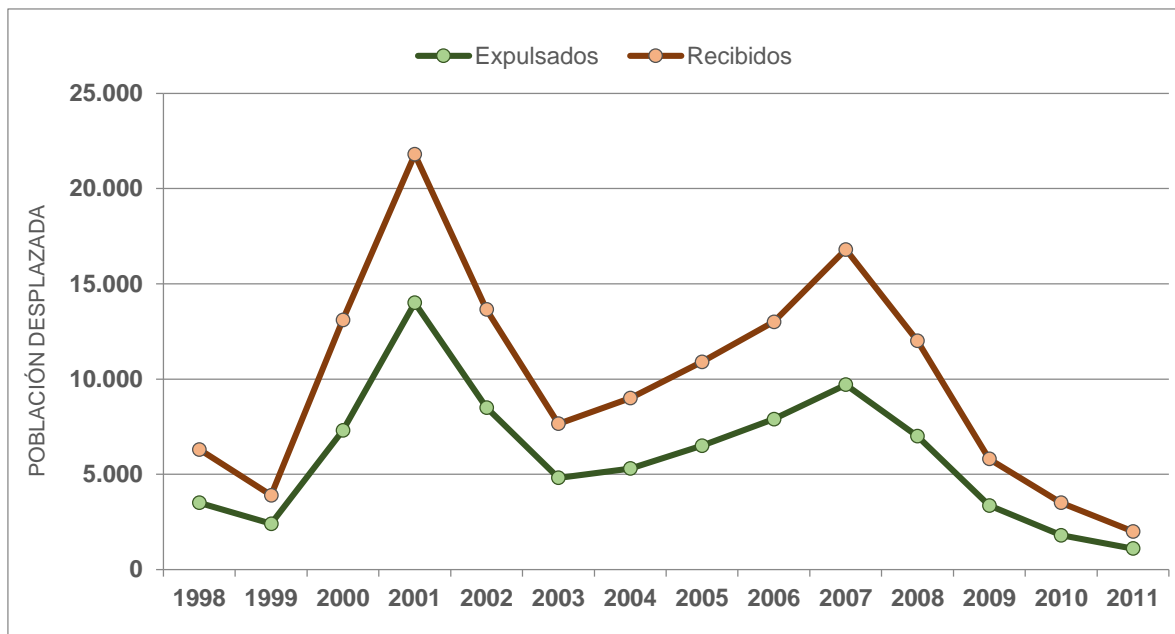


Figura 7. Población desplazada anual (expulsada y recibida) Santander 1998-2011

Adaptado de: Observatorio de Salud Pública de Santander - Población en situación de desplazamiento, 2012.

La crisis humanitaria que representa el desplazamiento interno en el país está siendo causada en parte por grupos insurgentes y otros denominados Grupos Armados Posdesmovilización (GPD) que han generado el Desplazamiento Forzado Intraurbano (DFI). Sin embargo, los retos para Colombia no se restringen simplemente a un cese en la confrontación armada, “sino que también se debe considerar la presencia y poder de coacción de otros actores que operan en el territorio nacional y que son responsables de la victimización de la población civil” (Rojas & Hurtado, 2018, pág. 5).

6.3 Pobreza

Para la interpretación de este indicador se tuvo en cuenta los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), en base a estos objetivos se fijaron algunas metas para el año 2015. Santander fijó como primer objetivo “Erradicar la pobreza extrema y el hambre”, así mismo la meta universal fijada por el país era “Reducir a la mitad, entre los años 1990 y 2015 el porcentaje de personas que se encuentren en condiciones de pobreza extrema” (PNUD, 2007, pág. 20).

En Colombia, para el índice de pobreza, el objetivo era pasar de 49,7% a 28,5% de acuerdo con lo fijado en la meta de 2015. Para la pobreza extrema, se pretendía que el porcentaje de persona en condiciones de pobreza extrema se redujera de un 16% a un 8,8% (Observatorio Socioeconómico de Santander [OSS], 2013). En las siguientes figuras se presentan los resultados de estos índices entre los años 2002 y 2016 a nivel nacional y en el departamento de Santander.

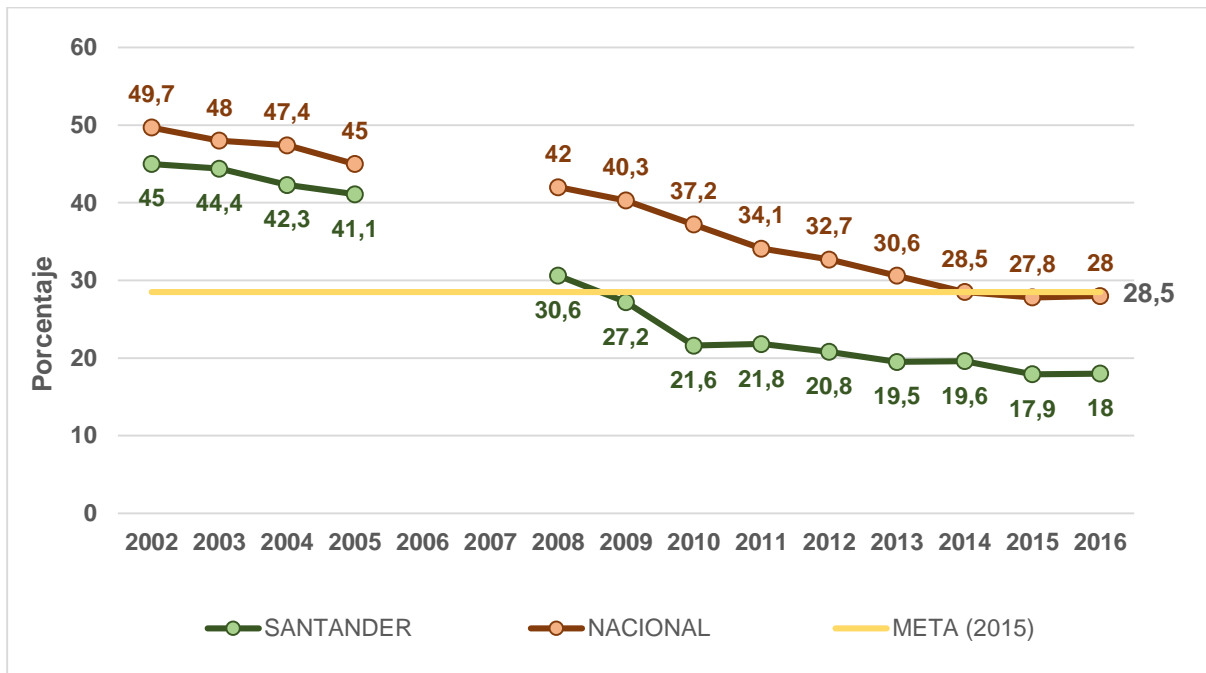


Figura 8. Índice de pobreza - Nacional y Santander 2002 - 2016

Adaptado de: Observatorio Socioeconómico de Santander. Pobreza y Exclusión Social, 2013.

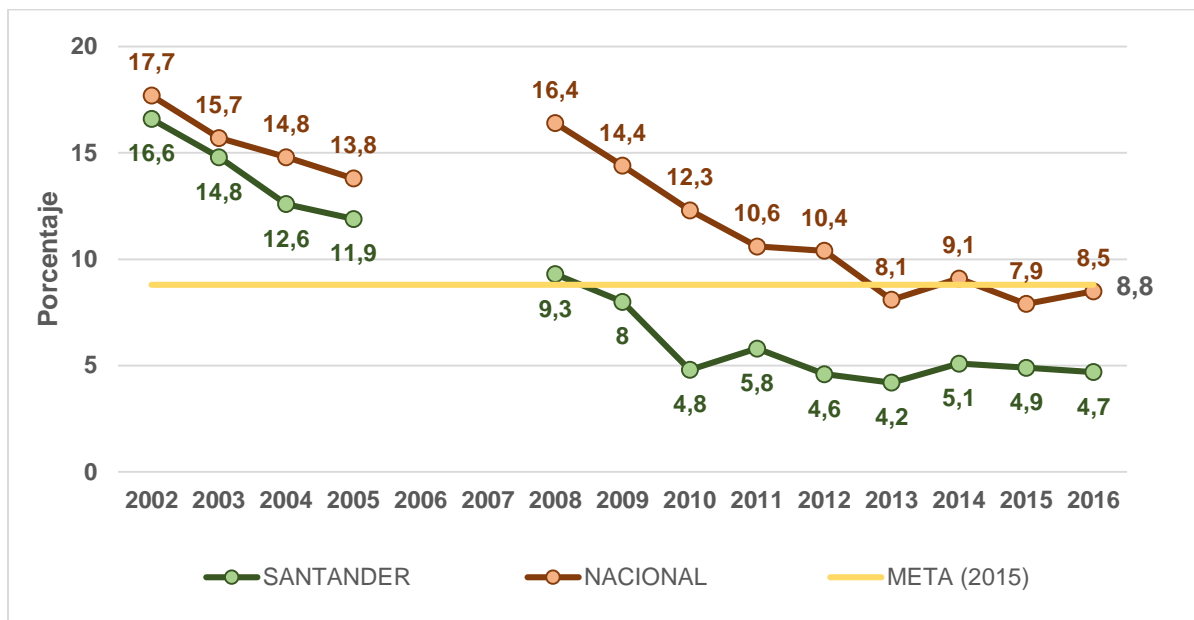


Figura 9. Índice de pobreza extrema - nacional y Santander 2002 – 2016

Adaptado de: Observatorio Socioeconómico de Santander - Pobreza y Exclusión Social, 2013.

En el país para el año 2012, se registró una incidencia de la pobreza de 32,7%, con 17 puntos porcentuales menos de los que se registraron 10 años atrás en el 2002. Siendo el departamento de Chocó el más vulnerable frente a la pobreza con un 68,0%; en la Guajira, Bolívar, Caquetá, Risaralda y Cundinamarca también hubo un incremento significativo en la incidencia de la pobreza. Así mismo, el departamento menos vulnerable frente a la pobreza fue Bogotá D.C. con un 11,59%, seguido de Santander, Cundinamarca, Antioquia y Valle del Cauca. Estos departamentos mostraron incidencias de pobreza por debajo de la tasa de pobreza nacional (MinSalud, 2014). En cuanto al comportamiento de la línea de pobreza nacional para el año 2012 fue de \$91.207 mil pesos, Cauca mostró la línea de pobreza extrema más baja con \$84.292 mil pesos, lo que indica que está \$6.915 mil pesos más abajo del valor nacional, el departamento de Atlántico por su parte presentó la línea de pobreza extrema más alta con \$96.967 mil pesos, ubicándose \$5.750 mil pesos más arriba del valor nacional (DANE, 2013).

Con respecto al porcentaje de personas clasificadas en extrema pobreza (incidencia de la pobreza extrema), para el 2012 en Colombia fue de 10,4% y presentó una reducción de 0,2 puntos porcentuales respecto al 2011. A nivel departamental, Chocó fue el que evidenció mayor aumento en la pobreza extrema, pasando de 34,3% en el 2011 a 40,7% en 2012, con un incremento de 6,4 puntos porcentuales con respecto al año anterior. Magdalena por su parte, mostró mayor reducción en la pobreza extrema, disminuyendo de 23,5% en el año 2011 a 17,4% en el año 2012, con 6,1 puntos porcentuales menos con respecto al año anterior (DANE , 2013).

Entre las zonas urbanas y rurales se presentan grandes brechas en pobreza, con la pobreza rural siendo como mínimo 50% más alta que la urbana en todo el periodo. En el 2009 el 53,7% de la población rural se encontraba por debajo de la línea de pobreza, equivalente a 5,7 millones de personas, mientras que el 25,7% era indigente (alrededor de 3 millones de personas). Por su parte, en las zonas urbanas el 36% de la población estaba en condiciones de pobreza y cerca del 10% se ubicó por debajo de la línea de indigencia; las cabeceras tenían a 2009, 11,9 millones de personas en pobreza y 3,3 millones en pobreza extrema

Para 2017, la disminución de la pobreza no fue preponderante en comparación del 2016. Tal situación pudo ser el resultado de la reforma tributaria efectuada en ese mismo año ya que la principal modificación de la reforma, el incremento del IVA disminuyó la capacidad adquisitiva del ingreso disponible de los hogares y consecuentemente el consumo.

En las cabeceras del país, el efecto de la redistribución de los ingresos fue más notorio para 2011 y 2012 en comparación con el efecto a nivel nacional; incluso en 2013, cuando la redistribución tuvo un efecto nulo en el país, en las cabeceras contribuyó al aumento de la pobreza en 0,36 p.p. A pesar de lo anterior, al igual que la tendencia nacional, en 2015 la disminución de la pobreza en la zona urbana respecto a 2014 se dio en mayor medida gracias al efecto redistribución del ingreso, con un leve aporte del crecimiento del ingreso real per cápita.

El panorama para Santander es alentador, demostrando que se ha logrado alcanzar el objetivo previsto en la meta nacional. De acuerdo con un estudio realizado en la medición de la pobreza por parte del OSS (2013), durante los diez primeros años de estudio se logró reducir en 225.780 personas en condiciones de pobreza extrema y 446.372 personas en situación de pobreza. Para el año 2005 el departamento registro un 49% de pobreza y un 14% de indigencia, el progreso de este indicador durante los primeros cinco años de la década del 2000 señala que se ha logrado disminuir en 1,8 puntos porcentuales la cantidad de personas que están por debajo de la línea de pobreza, y en 2 puntos porcentuales la cantidad de personas que están por debajo de la línea de indigencia, es decir, personas que no reciben suficientes ingresos para la alimentación básica propia (GIDROT, 2011).

6.4 Índice de Pobreza Multidimensional

En Colombia, el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) consta de cinco dimensiones que se miden a nivel de hogar: condiciones educativas, condiciones de la niñez y juventud, salud, trabajo y condiciones de la vivienda y servicios públicos domiciliarios (Departamento Nacional de Planeación [DNP], 2011). Este índice, ha obtenido una reducción considerable en Colombia desde 2010 de 13,4 puntos porcentuales, al pasar de 30,4% (13,7 millones de personas) a 17% (8,3 millones de personas) en 2017, representando 5,4 millones de personas menos que ya no hacen parte de este (DNP, 2018).

En la zona rural ocurre algo particular y es la evidencia de un índice el cual siempre se ha sostenido mayor que en las cabeceras y la brecha va en aumento. Mientras que en la zona rural en 2010 el 53,1% (5,6 millones de habitantes) hacían parte de la pobreza multidimensional; para las cabeceras municipales solo se registró el 23,5% (8,1 millones de habitantes). A 2017, esta

cifra fue de 36,6% (4 millones de personas) y 11,4% (4,3 millones de personas), respectivamente (DNP, 2018).

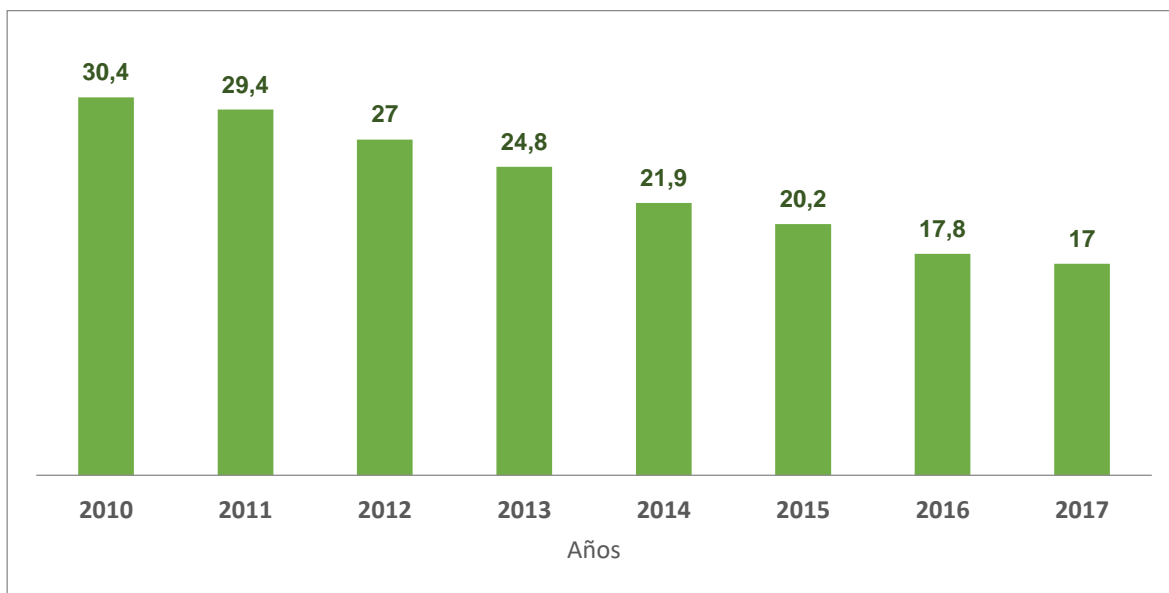


Figura 10. Índice de pobreza multidimensional nacional

Adaptado de: DANE – Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 2017.

Por otra parte, dentro de la pobreza también es necesario analizar el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), donde se consideran viviendas con hacinamiento crítico, en condiciones físicas inapropiadas para el albergue de las personas, con servicios básicos inadecuados, con niños en edad escolar que no asisten a ningún centro educativo y en condiciones de alta dependencia económica. De esta forma, el NBI permite relacionar el bienestar de un hogar bajo condiciones críticas de la canasta de servicios educativos y de vivienda como factores consumibles, y no bajo la capacidad de consumo como el ingreso (OSPS, 2012).

En relación con el Índice de Desarrollo Humano y de acuerdo con lo registrado en los dos primeros censos del país, Santander presenta un indicador de NBI menor respecto al indicador general del país. En el censo de 1993 Santander tuvo un porcentaje de NBI en 31,7% y Colombia

de 35,8%, para el siguiente censo de 2005 este porcentaje disminuyó en 21,93% para Santander y 25,8% para Colombia. Esta reducción en el porcentaje se dio en un periodo de 12 años a casi un 10% a nivel nacional y departamental. Estos datos evidencian que 429.007 santandereanos y 11.065.253 colombianos presentaban al menos una necesidad básica insatisfecha, en condiciones críticas que les impedía disfrutar de una vida digna (GIDROT, 2011).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud ([ENDS], 2000), el 57% de los hogares en el departamento de Santander presentaba una o más necesidades básicas insatisfechas frente al porcentaje nacional estimado de 62% (OSPS, 2006). Dentro de los factores evaluados por el indicador de NBI de lo que iba hasta junio del año 2011: hacinamiento (7,6%), la vivienda en condiciones inadecuadas (6,7%) y la dependencia económica (9,8%) son los componentes que presentan porcentajes más elevados dentro del departamento, principalmente en la zona rural. Estas estadísticas en el departamento no son tan inquietantes a comparación con la nación, donde el fenómeno de la pobreza es realmente alarmante.

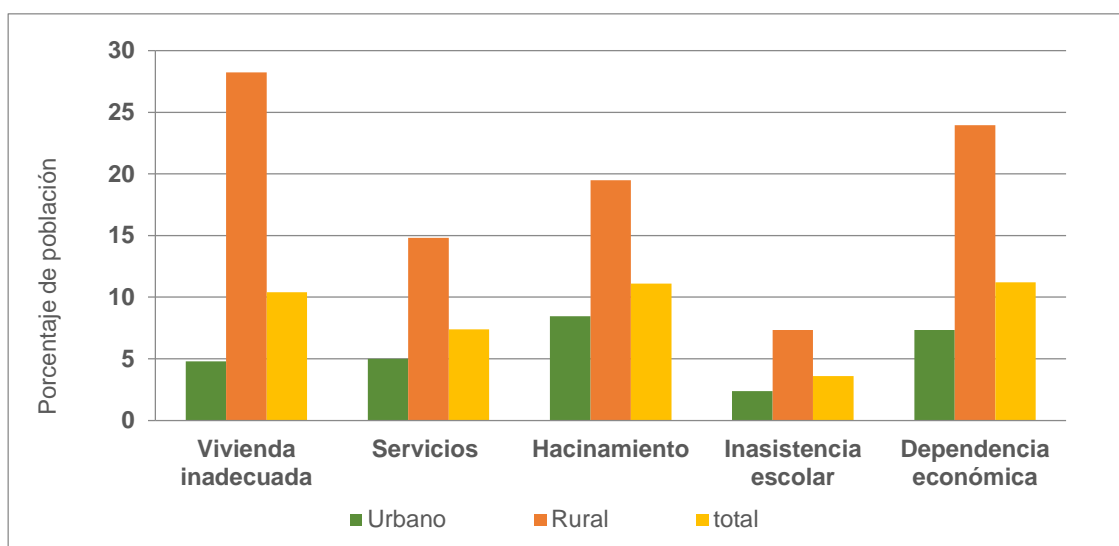


Figura 11. Componente de necesidades básicas insatisfechas nacional

Adaptado de: DANE – CENSO 2005.

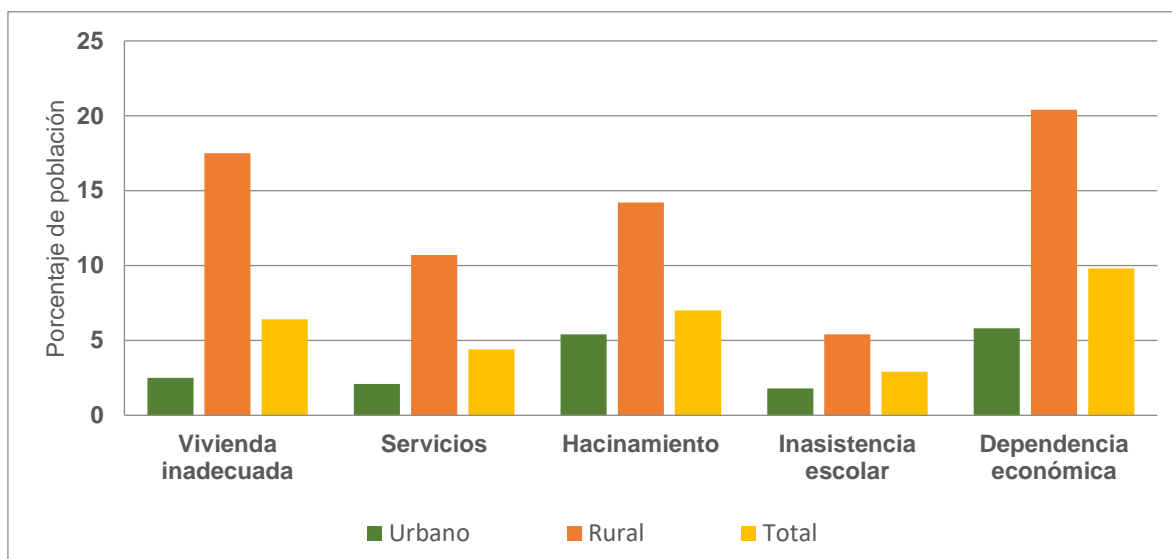


Figura 12. Componente de necesidades básicas insatisfechas en Santander

Adaptado de: Observatorio de Salud Pública de Santander - Necesidades Básicas Insatisfechas, 2012.

6.5 Ingreso

El ingreso es la variable más influyente para entender la actividad económica, siendo los hogares sus receptores principales a través de los salarios que se devengan con la fuerza de trabajo, la renta o el ingreso mixto derivado de actividades independientes (Acosta, Azuero, & Concha, 2017). En Colombia, la constitución de 1991 definió al país como un Estado social de derecho, el cual es descentralizado, y sus entidades territoriales son autónomas, lo cual representó la desconcentración de las funciones a los entes subnacionales para garantizar la salud, lo cual, se configuró en transferencias nacionales a departamentos y municipios derivadas de ingresos corrientes nacionales y regalías generadas por la explotación de los recursos naturales (Galvis & Roca, 2010). Estas medidas, debían llevar al mejoramiento del país ya que este se encontraba sumergido por la

desaceleración y mayor volatilidad del crecimiento económico, así como América Latina (Mejía, 2002). Como consecuencia de ello, el ingreso obtenido se encontraba muy por debajo del gasto, generando mayor endeudamiento y mayor desigualdad.

Según dicho precepto, al evaluar los resultados de la descentralización en contraste con su propósito encaminado a reducir las desigualdades económicas regionales, para comienzos de este siglo, se observó que, la distribución del ingreso tuvo un buen desempeño al reducirse la desigualdad cerca del 8% entre el 2000 y el 2015. Para Colombia, esto se debe a la mejora obtenida en el empleo, los ingresos de los trabajadores y la introducción y el fortalecimiento de programas más articulados de protección (Acosta, Azuero, & Concha, 2017).

En la actualidad, el Ingreso Promedio Monetario de la Unidad de Gasto de Colombia desde los 90 hasta la fecha ha aumentado en un 16% y el Gasto Promedio Monetario ha tenido una disminución del 20%, siendo las principales fuentes de ingreso del trabajo de asalariados, el cual representa más del 48%, seguido por la fuente de trabajo de independientes con un 26% (DANE, 2009). Para el Área Metropolitana de Bucaramanga, la situación es similar, en 2016-2017 según la Encuesta Nacional de Presupuestos de los Hogares (ENPH), se muestra que el ingreso ha mejorado y ha sido superior al gasto obteniendo cifras de 2.577.000, y 2.780.000 respectivamente (DANE, 2018).

En este caso, Santander se ha caracterizado por tener una actividad económica mayor que el promedio nacional, ayudando esto en el mejoramiento del desarrollo humano. Durante el periodo 1990 – 2005, creció a una tasa real de 4,2% anual muy superior al 2,7% del promedio nacional (PNUD, pág. 16). Para el 2014 se siguió manteniendo la superioridad sobre el nacional al presentar el mejor desempeño del país con un crecimiento del PIB de 9,3%, por encima del país (4,4%) (Informe de Coyuntura Económica Regional, 2015).

Sin embargo, así como a nivel nacional, el departamento presenta problemas sobre pobreza. Para el 2015, según la Cámara de Comercio de Bucaramanga (2017), la pobreza en el departamento presenta un valor de 17,9%. Esto, sumado con un Índice de Gini de 0,47 en el año mismo año (DANE, 2017), ha permitido que en el departamento la reducción de la pobreza no sea preponderante y existe una alta concentración de la riqueza. Esto se debe, según (Sanchez, 2017), a que, aunque se haya presentado una disminución de la desigualdad de ingresos en el país, aún existen grandes desigualdades asociadas a los territorios que la conforman porque son espacialmente diferenciados, por la existencia de brechas entre estos, dependiendo de la heterogeneidad en rasgos económicos, sociales e institucionales. Lo anterior a causa de aspectos como la concentración económica en ciertas ciudades, la segmentación e informalidad del mercado laboral, los niveles de educación, las brechas en remuneración, el efecto del conflicto armado y la estructura impositiva.

Esta última obtiene una importancia en la persistencia del problema, de acuerdo a una política fiscal que no ha implantado un papel fundamental en una mejor distribución del ingreso por profundas limitaciones por la persistencia de desbalances estructurales entre los ingresos y los gastos del gobierno central. Entonces, esto permite que persistan elevados niveles de desigualdad, generan restricciones al crecimiento y desarrollo económico, problemas de violencia, menor cohesión social, dificultades en el sistema de salud y fragilidades institucionales, entre otras (Acosta, Azuero, & Concha, 2017).

6.6 Desigualdad de ingresos

El Fondo Monetario Internacional (FMI) admite que la concentración del ingreso y la riqueza en un porcentaje mínimo de la población de un país representa uno de los problemas más graves de

América Latina, y Colombia es uno de los países que más experimenta este problema social. La alta tasa de desigualdad en los ingresos podría llegar a tener grandes consecuencias negativas en el desarrollo y crecimiento macroeconómico del país (López C. , 2016).

Numerosas familias se ven afectas por el propagado fenómeno de la pobreza, padeciendo infinidad de carencias e insuficiencias dentro de sus hogares. Esta escasez normalmente está relacionada con la existencia de otros fenómenos sociales también negativos, como la desigualdad, el desempleo y la falta de oportunidades. Por ello, para medir el grado de desigualdad con respecto a la distribución del ingreso es oportuno analizar el Coeficiente de Gini para el país (Estrada & Guerrero, 2013). En Colombia, durante el periodo de tiempo de 1995 a 2005 el Gini tuvo una tendencia creciente, donde las empresas grandes eran las que tenían la mayor concentración de la propiedad en el país con un indicador de 0,74. Así mismo, hubo una concentración del ingreso mayor en el año 2005 que en 1995, debido al gran impacto del sector económico por parte de la zona minera con un coeficiente de GINI de 0.89, seguido por el sector de servicios con 0.76, el sector de manufacturas con 0.69 y la zona agropecuaria con 0.53 (Lacouture, 2006).

A nivel departamental cuando analizamos el coeficiente de Gini, se obtiene que las diferencias existentes entre los departamentos sean menos acentuadas en comparación con la pobreza. En el año 2012, los departamentos que presentaron los niveles de desigualdad más altos fueron Chocó con un 0.616 y Cauca con un 0.565; mientras que los departamentos que registraron los más bajos niveles de desigualdad fueron Atlántico y Cundinamarca, con valores en el coeficiente de Gini de 0,464 y 0,463 respectivamente (DANE, 2013). El departamento de Santander por su parte presentó un coeficiente de 0.501 para el año 2011. Sin embargo, así el departamento haya registrado un coeficiente por debajo del nacional durante ese año, su cifra frente al indicador continúa evidenciando altos niveles de desigualdad social y económica dentro

de su población (Estrada & Guerrero, 2013). Esta situación es alarmante y el propósito de reducir la desigualdad debe ser preocupación no sólo por parte de la nación sino también de cada región.

En la siguiente figura se muestra el comportamiento del coeficiente de Gini a nivel nacional y departamental, donde para Santander entre el año 2008 y 2011 se evidencia una estabilidad parcial de 0,5 y una diferencia significativa entre 2014 y 2015 de 0,026. Para el caso de Colombia, también hubo una relativa estabilidad entre el año 2012 y 2014. Durante los últimos 3 años el coeficiente del país se ha ido optimizando, reflejando niveles de desigualdad más bajos entre los colombianos.

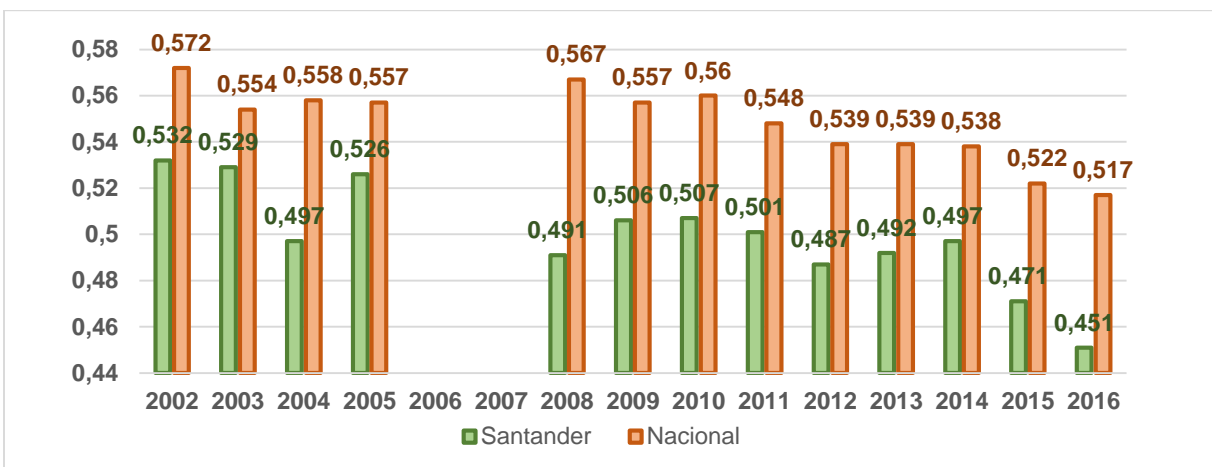


Figura 13. Coeficiente de Gini. Nacional y Santander (2002-2016)

Adaptado de: Observatorio Socioeconómico de Santander. Pobreza y Exclusión Social, 2013.

A pesar de que las cifras para Santander son confortantes, es necesario mencionar que en la región existe un crecimiento constante de informalidad laboral, alcanzando más del 60% de la población ubicada en Bucaramanga y el área Metropolitana en el año 2012, sumado a ello un 30% del subempleo existente como consecuencia de la inestabilidad laboral y bajos salarios. Otro factor importante que considerar es la consolidación de la maquinaria productiva que se ha presentado con cifras positivas, del ámbito empresarial el 94,71% pertenecen a las microempresas

de sectores como servicios, transporte y comercio, las cuales presentan mayores inconvenientes en términos de competitividad y altos porcentajes de informalidad a nivel laboral y empresarial (OSS, 2013).

6.7 Nivel Educativo

La educación en Colombia es un derecho otorgado al ciudadano. De acuerdo con la Constitución de 1991 y la Ley General de Educación de 1994, todos los colombianos tienen derecho a acceder a la educación para su desarrollo personal y para el beneficio de la sociedad (Ministerio de Educación [MinEducación], 2016). Este sistema está compuesto por la Educación Inicial y Atención Integral a la Primera Infancia (EIAIPI), educación básica (primaria y secundaria), y la educación media (dos grados), y la educación superior. Existe una educación obligatoria comprendida en la educación básica que consta de 10 años de permanencia, en la cual se puede acceder al sistema desde los 5 años.

Según el Ministerio de Educación, el sistema ha puesto como prioridad el acceso a la educación, por ser este uno de los factores importantes para el desarrollo del país. Se ha buscado incrementar el número de estudiantes matriculados en todos los niveles y llevar los servicios educativos a todo el país. Para ello, se ha recurrido a la prestación de educación pública gratuita, inversiones en infraestructura y recursos educativos. El cambio implementado se logró obtener desde 2002, de acuerdo al aumento en la tasa de matrículas el cual pasó de -2,9% a 2,4% en un año. No obstante, esta mejoría fue disminuyendo con el paso de los años hasta obtener los peores picos como en el 2014 (-2,5%), retornando a su estado inicial.

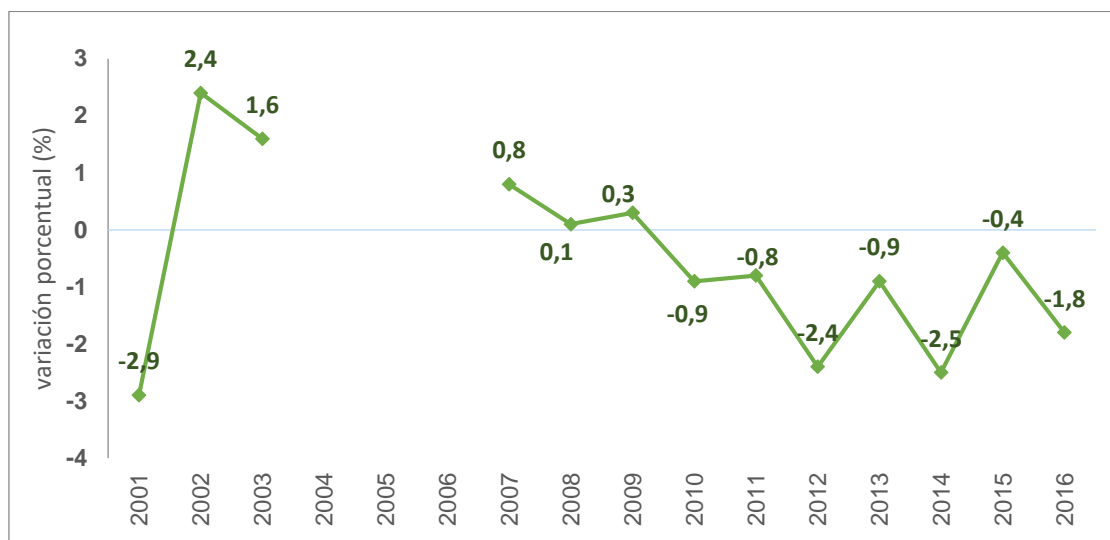


Figura 14. Variación porcentual anual de alumnos matriculados total nacional (2001-2016)

Adaptado de: DANE – Educación Formal, 2017. Los años 2004-2006 no hay datos debido al cambio de metodología en el DANE.

La matrícula por zona (urbana – rural) no se queda atrás. De los alumnos matriculados en 2000, (75,3%) fueron atendidos en establecimientos educativos ubicados de la zona urbana y (24,6%) en zona rural, mientras que para el 2016 los alumnos fueron (76,3%) y (23,6%) en establecimientos urbano- rural respectivamente. Concluyendo que a pesar de que han transcurrido cerca de 15 años, el gobierno no ha podido lograr cambios significativos en la educación. Por consiguiente, un país con altos índices de pobreza, el alcance de la prestación del servicio poco efectivo y con poca cobertura da cabida a implicaciones importantes para la equidad en la educación.

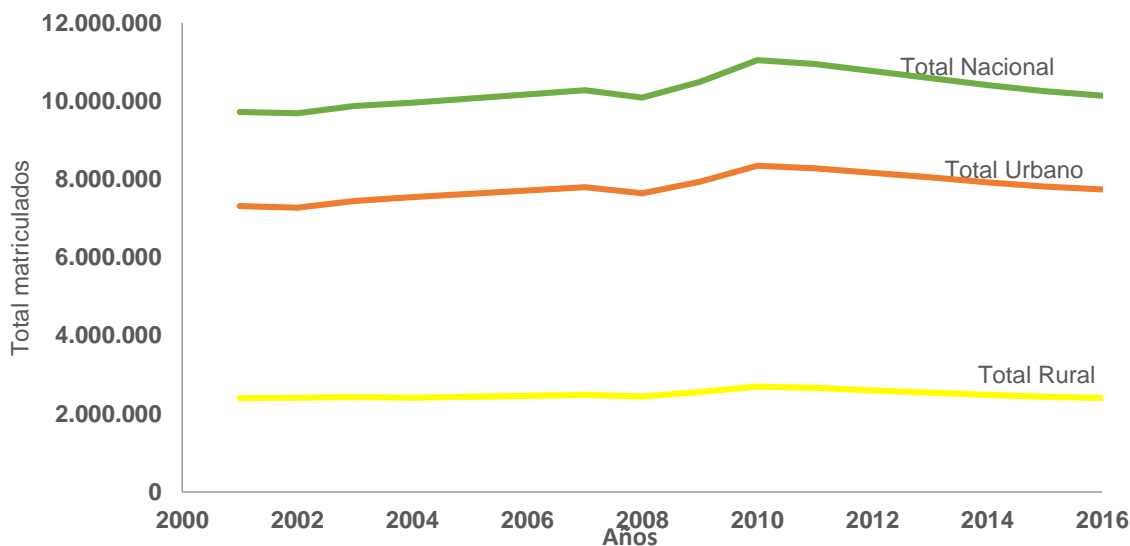


Figura 15. Total matriculados por zona y año (2000-2016)

Adaptado de: DANE – Educación Formal, 2017.

Para el departamento de Santander, en el año 2005, el 41,1% de los habitantes obtuvo sólo hasta la básica primaria y el 28,6% alcanzó sólo hasta la secundaria. El 6,8% de la población femenina y el 6,2% de la población masculina por encima de los 6 años, no tenía ningún tipo de nivel educativo, en la zona urbana la tasa de analfabetismo fue de 4,7% y en la zona rural fue 15,9%. Esto indica que en la zona rural el analfabetismo es mucho más alto, y sólo el 11,3% de la población total alcanzó un nivel de educación superior y de posgrados (DANE , 2008). Del mismo modo en el año 2014 el porcentaje de hogares con analfabetismo fue del 16,2% y en el 2016 se redujo significativamente a un 7,50%.

Por otra parte, para Santander en el año 2000 hubo una disminución de las tasas de asistencia escolar en un 73%, lo que indica que la crisis económica y de ingresos afecta a los padres de familia y ello se ve reflejado en la inasistencia escolar. En cuanto a la deserción escolar, está se ha visto condicionada por factores económicos y sociales, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (Profamilia, 2005). En el año 2005 hubo una tasa de deserción

acumulada en la básica primaria del 14% y en la secundaria del 71,1%, provocada por diversos factores dentro del contexto individual, familiar y de tipo-social (MinEducación, 2010).

En consideración, las políticas del país deben trabajar para cerrar las brechas existentes en términos de participación y mejorar la calidad de la educación para todos. Se puede observar cómo las desigualdades están presentes ya sea por zona, por ingreso, por entidad (menor o mejor calidad), o por deserción. En este contexto, las diferencias dadas en términos de nivel de estudios alcanzados entre la población son extraordinarias. Estas brechas se pueden comparar al enfrentarse a la expectativa de vida escolar de los estudiantes de bajos ingresos y altos. La expectativa es de 6 y 12 años respectivamente, haciendo parte solo el 9% a educación superior, en comparación con el 53% de los más adinerados. Por consiguiente, baja calidad de educación genera retiro progresivo de la misma. “Hacer frente a estos desafíos será clave si el país desea aprovechar al máximo el talento de su población joven” (MinEducación, 2016, pág. 15).

6.8 Producción (PIB)

Durante los últimos años, el departamento de Santander ha tenido una participación significativa frente al Producto Interno Bruto (PIB) del país. Lo cual se ha visto reflejado económicamente en la existencia del sector petrolero y la inclinación hacia el sector de servicios. Por ello, Santander es una de las economías más grandes del país, ocupando el cuarto lugar entre los 6 departamentos que más concentran el PIB del país. De acuerdo con los datos registrados por el DANE en las cuentas departamentales (2010), entre el año 1990 y 2001 el aumento del PIB para el departamento fue de 4,4%, mayor a 2,6% que representó el promedio del país. Así mismo durante el año 2003, registró una variación en relación con el año 2002 de 6,08% equivalente a 4,86 billones de pesos (precios constantes) del PIB nacional que fueron producidos en el departamento. Simultáneamente en el

lapso de 2000 a 2007, la economía santandereana tuvo un desempeño superior frente al promedio del país, en donde el PIB del departamento aumentó a una tasa promedio de 4,83%, mientras que el PIB nacional creció sólo en un 3,59% (GIDROT, 2011).

En el año 2005 el sector que mayor participación tuvo dentro del PIB en Santander fue la actividad industrial con el 20,95%, seguido de la actividad agropecuaria y pesquera que contribuyó en un 12,42%, el sector inmobiliario con el 8,58%, el comercio en 7,91%, el sector de transporte con 6,34% y el sector de construcciones con un 6,46%. Dentro de los principales cultivos se encuentran el plátano, el café, y la caña panelera (PNUD, 2007).

Por otro lado, según los resultados de las cuentas departamentales del PIB (base 2005), el PIB per cápita durante el año 2003 en el departamento fue de \$2.381.128, cantidad que permitió ubicarlo en segundo lugar entre los 32 departamentos con forme a la distribución territorial con el producto interno bruto per cápita más alto del país. Esto también le ha permitido mantener su ponderación económica en la renta histórica de Colombia. Así mismo, el gobierno nacional también reconoce que la fabricación de sustancias químicas, ropa, bebidas y la refinación del petróleo podrían llegar a tener un fuerte impacto en la economía del departamento (DANE, 2010).

En las dos siguientes figuras se representan los valores del Producto Interno Bruto (PIB) en el periodo de 2000-2016 para Colombia en billones de pesos y para Santander en miles de millones de pesos.

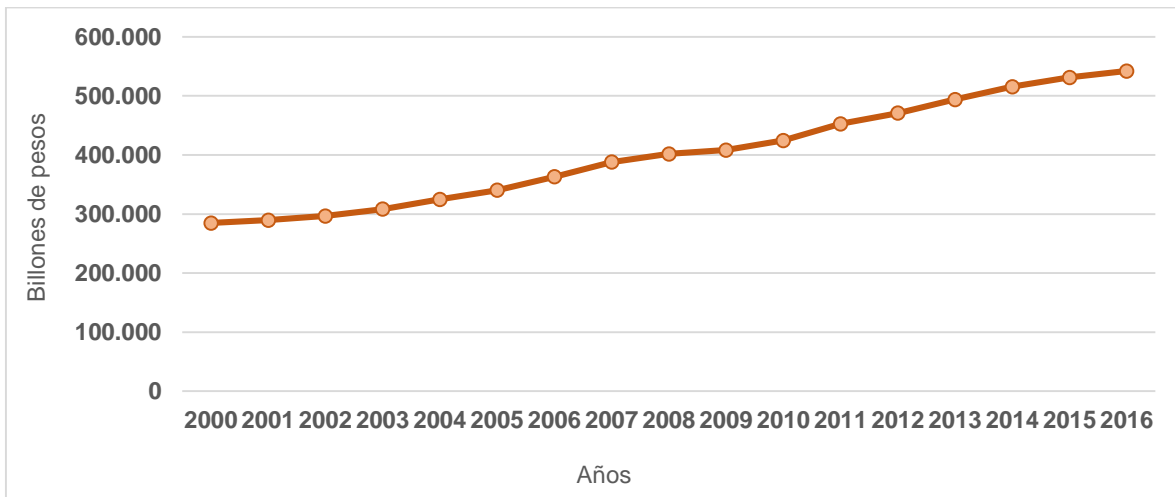


Figura 16. PIB Nacional (2000 - 2016)

Adaptado de: DANE – Cuentas Departamentales.

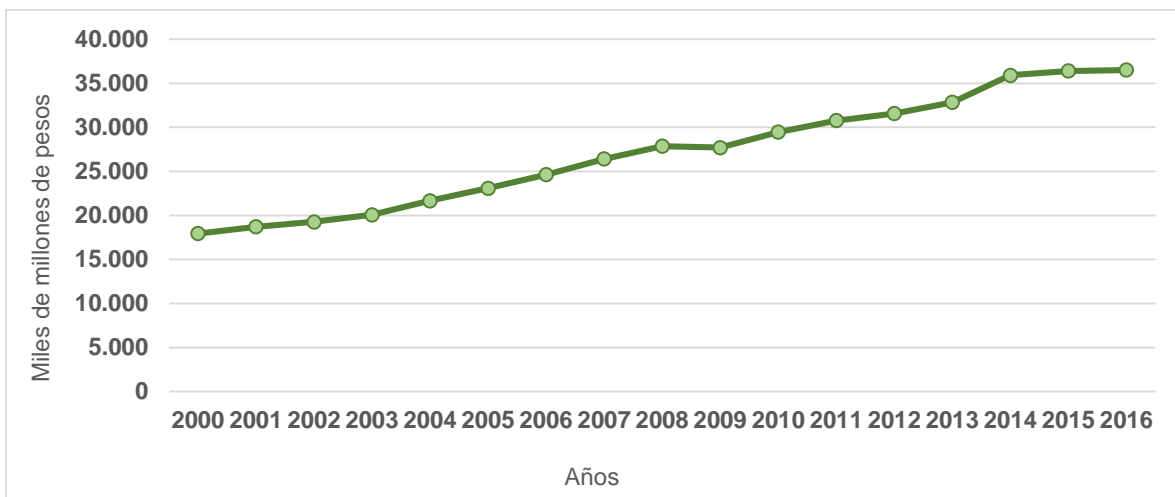


Figura 17. PIB Santander (2000-2016)

Adaptado de: DANE – Cuentas Departamentales.

Ahora veamos la variación anual del PIB a nivel nacional y departamental en periodo de 2001-2005 en la siguiente figura. Donde a partir del año 2001 hasta el 2007 el país registró variaciones ascendentes a causa de los altos montos de dinero aportados por la industria

manufacturera y el comercio, sin embargo, es necesario mencionar que en el año 2005 hubo una variación descendente de 4,7% debido a la baja participación del sector eléctrico, gas y agua. Del mismo modo, entre el año 2010 y 2014 las variaciones en el PIB de la nación se vieron influenciadas por el sector de construcciones. En Santander durante las variaciones porcentuales comprendidas entre 2004 y 2007 también incidió significativamente las industrias manufactureras y el sector de construcción. En el lapso del 2012 al 2014 el departamento experimentó una variación porcentual drástica de 2,6% a 9,3% debido al auge petrolero (Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, 2018).

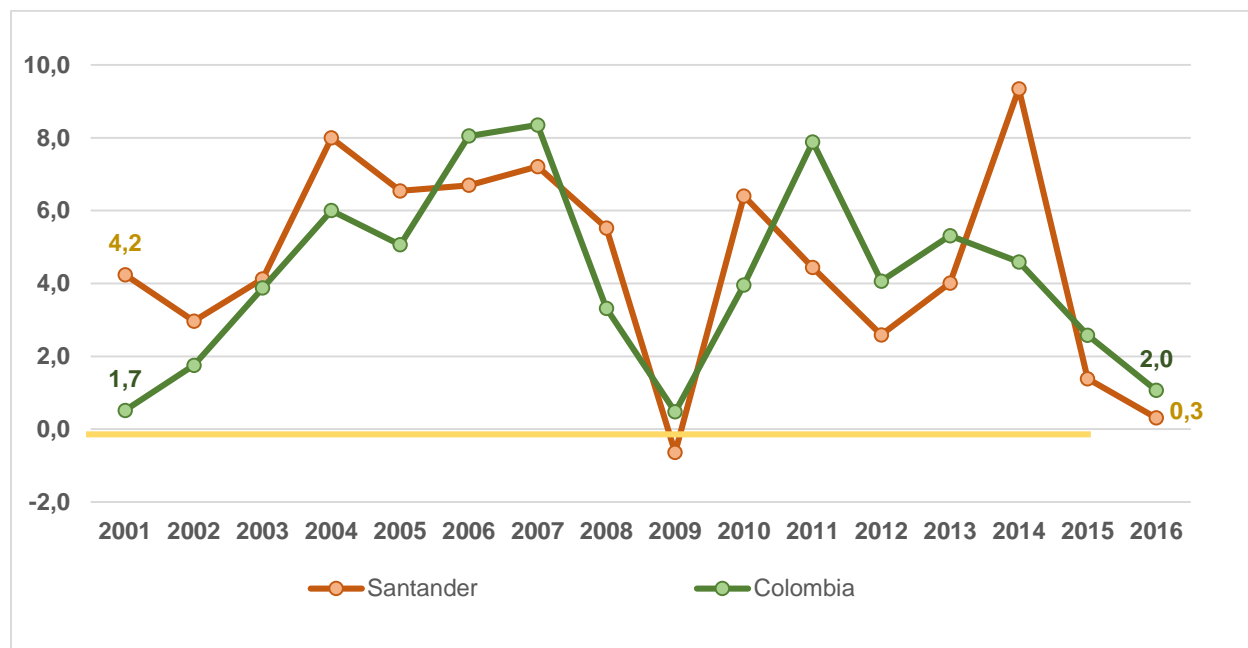


Figura 18. Variación anual (%) PIB, Colombia y Santander

Adaptado de: Ministerio de Comercio, Industria y Turismo. Perfiles Económicos Departamentales 2018.

7. Determinantes de Salud para Colombia y Santander

7.1 Acceso

Colombia ha sido parte de una transformación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) a partir de 1993, tomando como punto de partida en el mejoramiento de la equidad, un aumento en la cobertura de este sistema. Antes de la implementación de la Ley 100 de 1993 que buscaba llevar a cabo este plan, la cobertura en salud logra llegar solo a un 20% (Flórez & Camacho, 2012) en su totalidad, mientras que hoy en día toca un punto máximo de 94,3% (MinSalud, 2017) de la población. Esta Ley es implementada buscando el desarrollo de un modelo que revoluciona la prestación de servicios en Colombia, ya que, antes de esto la salud estaba constituida por hospitales que se financiaban con donaciones; por eso se requirió la transición hacia centros asistenciales controlados financieramente, para lograr equilibrios y permanecer en los mercados. Con esta ley se crean dos nuevos regímenes: el contributivo y el subsidiado, el primero, financiado por las empresas y los usuarios; el segundo, por los aportes de solidaridad con el apoyo del Estado.

Con esta ley se ha logrado grandes resultados en temas como cobertura. Hoy en día, alrededor del 94% de colombianos están afiliados al sistema. Quedan entonces cerca del 6% de la población que no reciben una prestación aceptable o no tienen acceso a algún tipo de servicio. Esto permite, problemas graves en la atención que requieren corregirse como el mejoramiento de la calidad, la oportunidad en el servicio y la eficiencia en la administración del sistema, el interés económico de algunos sectores sobre el interés general, la promoción y prevención de la salud, y la falta de inspección, vigilancia y control (Restrepo, 2007).

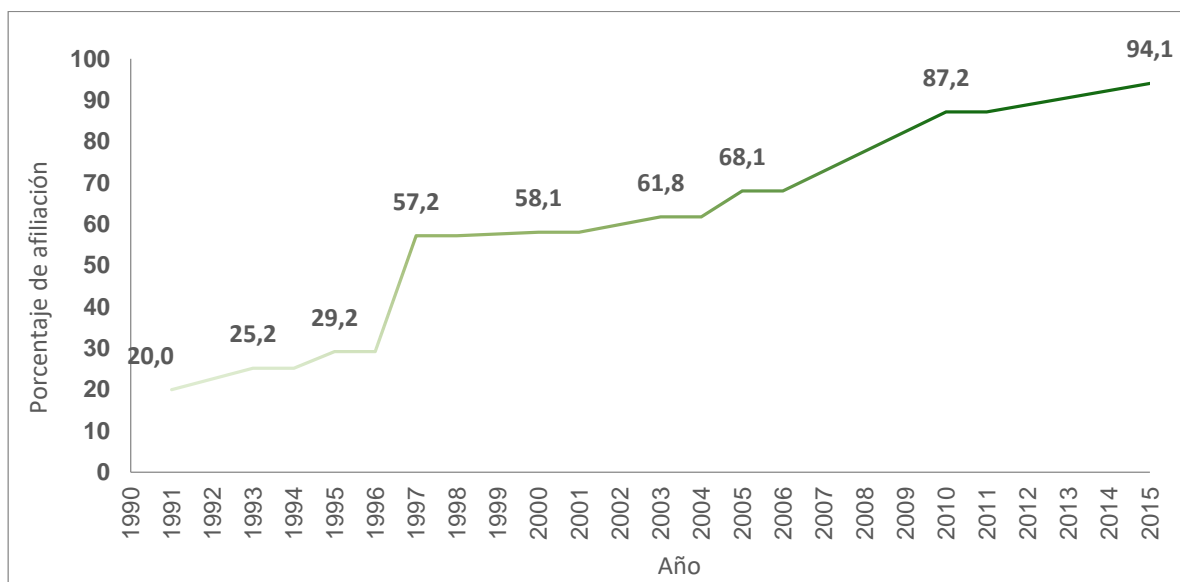


Figura 19. Cobertura SGSS (1990-2017)

Adaptado de: Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015.

Los aumentos de cobertura más preponderantes se logran obtener después de la implementación de la reforma en 1995 con la incorporación del grupo familiar al Régimen Contributivo y la creación del Régimen Subsidiado, el cual entre 2003 – 2010 con un mayor esfuerzo se logró entrever el aumento (Flórez & Camacho, 2012). A nivel departamental, Santander registró un incremento significativo durante los años 2003 y 2004 muy similar a la situación del país, ya que este fue uno de los departamentos que encabezó la labor de utilizar el plan estratégico de subsidios parciales destinados a toda la población perteneciente al sistema de salud del SISBEN de niveles 1 y 2 (Hormiga & Rodríguez, 2007). En los años 2006 y 2008 la cobertura total de aseguramiento de la población alcanzó un 88% y 98% respectivamente, proporcionados principalmente por el régimen subsidiado. Mientras que durante los años 2014 y 2016 el porcentaje total de la población afiliada al SGSSS fue de 95% y 98% respectivamente aportado especialmente por el régimen contributivo (MinSalud, 2014).

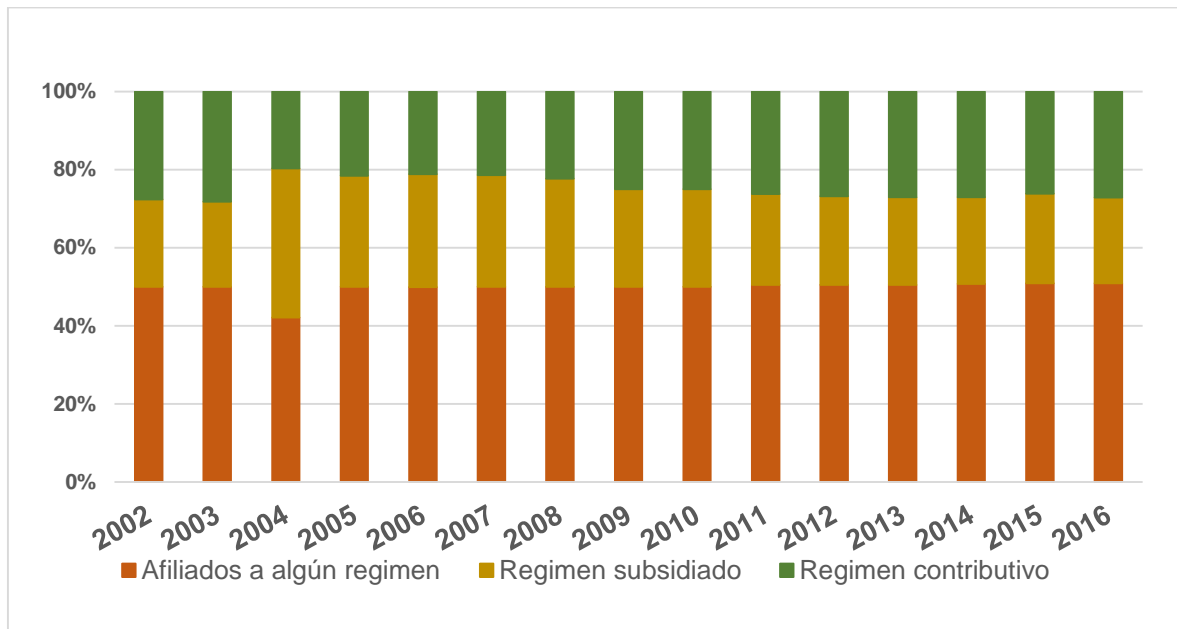


Figura 20. Cobertura del SGSSS por régimen para Santander (2002-2016)

Adaptado de: Observatorio de Salud Pública de Santander 2012.

Esta cobertura se ha dado en todas las regiones y todos los estratos sociales, pero la zona más destacada en la ampliación de dicha cobertura ha sido la zona rural. Esta zona a diferencia de la urbana presenta para 1995 un cubrimiento menor al 10% (Encuesta Nacional de Demografía y Salud [ENDS], 1995) total de la población, mientras que para 2015 alcanza una cifra de 93,6% (ENDS, 2015).

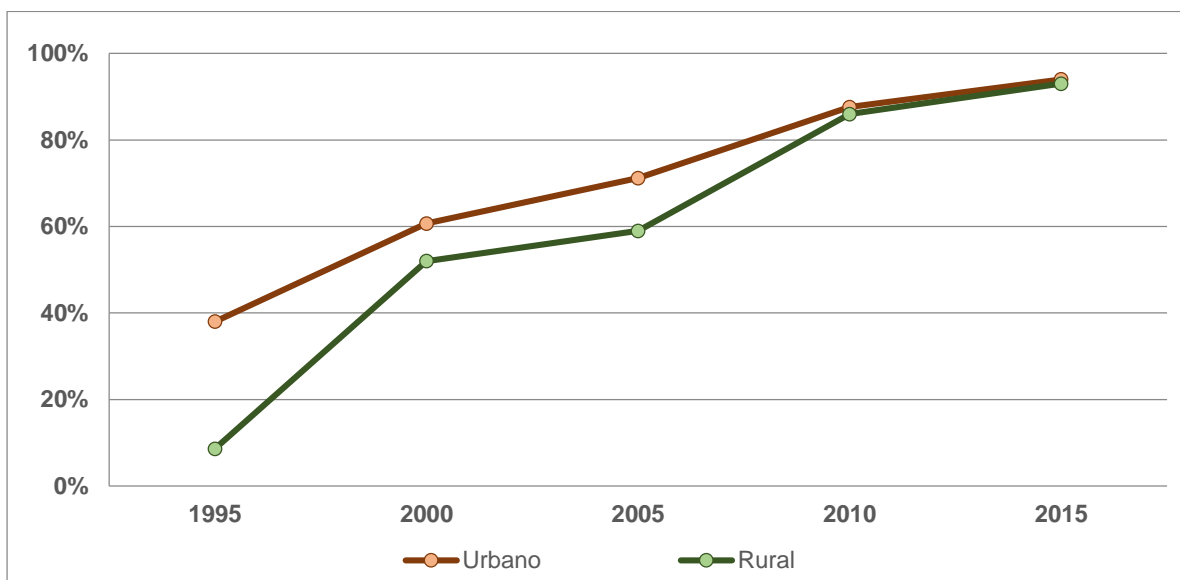


Figura 21. Cobertura DEL SGSS por zona (1995-2015)

Modificado de: Datos tomados de la ENDS-95, ENDS-00, ENDS-05, ENDS-10, ENDS-15.

En el aumento de esta cobertura entre 2000 y 2015, la zona rural ha tenido un comportamiento muy diferenciado, al presentar mayor afiliación al régimen subsidiado (40,3%) que al régimen contributivo (0,8%) en contraste con la zona urbana que presenta mayor afiliación al régimen contributivo (20,8%) en consideración con el subsidiado (18,9%). Una tendencia que se ve marca por la inequidad, donde en las zonas de menos desarrollo y más pobres aumenta el aseguramiento en el subsidiado, y las zonas más desarrolladas y con altos ingresos aumenta el nivel de afiliación en el contributivo (Flórez & Camacho, 2012).

No obstante, dentro del mismo régimen contributivo, existen aún más brechas. Este, basado en el empleo formal, contribuye a que haya barreras de acceso por la presencia de una economía informal en ascenso. Los trabajadores informales deben pagar por su salud el 12.5% de su ingreso ya sea si sus salarios son menores o no, mientras que los trabajadores formales solo pagan un 4%, ya que el empleador asume el resto (MinSalud, 2015). Además, hay algunos servicios de salud los cuales para acceder a ellos se requiere un pago adicional que oscila

mensualmente entre \$3000 y \$30000. Por consiguiente, al existir falta de dinero por parte de los contribuyentes se puede concluir que esta es una de las principales causas para que la población desista en hacer uso de los servicios (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos [OHCHR], 2009).

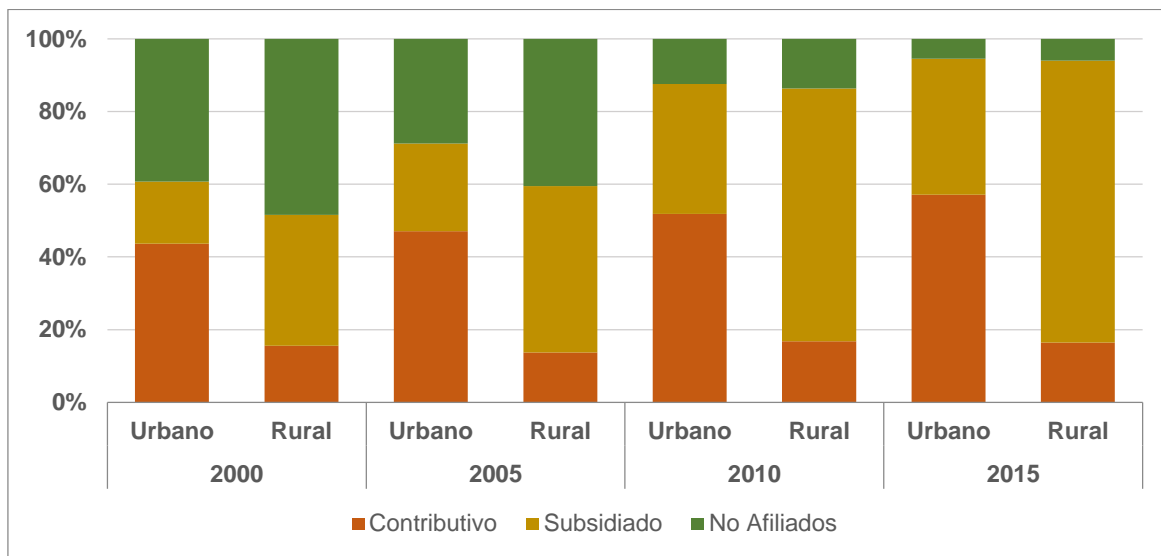


Figura 22. Cobertura DEL SGSS por régimen (2000-2015)

Modificado de: Datos tomados de la ENDS-00, ENDS-05, ENDS-10, ENDS-15.

En cuanto al régimen subsidiado, este tiene como objetivo el subsidio a la demanda, sin embargo, es esto lo que permite la exclusión, al involucrar solo a una parte de la población pobre puesto que su selección se realiza por medio del SISBEN (una encuesta realizada para dicho fin), el cual, tiene como filtro el indicador de calidad de vida de la población que, aunque permite el cubrimiento de cierta parte de la urbe, excluye a otros niveles de pobreza existentes. Como consecuencia de ello, el “régimen no contiene ninguna proyección basada en la progresividad del derecho a la Salud, sino que funciona como factor residual al mercado” (OHCHR, 2009, pág. 5).

7.2 Inversión en salud

7.2.1 Financiación. El país en los últimos años ha tratado de avanzar en materia de salud al aumentar la cobertura del sistema, disminuir el gasto por persona (uno de los más bajos a nivel mundial), y aumentar el gasto por afiliado entre el 2004 y el 2014 en un 74%. Ello significó que se incrementará el gasto anual alrededor del 8%, procurando que se duplique el gasto como porcentaje del PIB entre 1996-2014. El gasto total en salud para el 2014 fue de 35.8 billones de pesos, ocupando 4.7% del PIB (Gutiérrez, 2018).

Como consecuencia de ello, el sector se ha visto involucrado en ciertas situaciones como la falta de regulación, la corrupción, y el incremento del gasto y el no acompañamiento proporcional de un aumento en los recursos. Esto ha conllevado a problemas en las liquidaciones de EPS, cuentas por cobrar, y extravío de recursos. Se asegura que el sector lleva asumiendo pérdidas hace más de cinco años, representando para el 2016 un monto alcanzado por las EPS del régimen contributivo de 486 mil millones de pesos; lo cual ha favorecido el aumento de un déficit total patrimonial de 5.5 billones de pesos solo por EPS. Esto se debe principalmente a que el gasto por servicios POS ha sido superior a los ingresos registrados en este caso al régimen contributivo por la Unidad de Pago por Capitación (UPC), cuotas moderadoras y copagos en un billón de pesos para 2012-2014.

Gutiérrez (2018) afirma que no solo las EPS tienen problemas sino también el sector de las IPS, debido a que los hospitales presentan cartera vencida con agentes del sistema del seguro social cercano a 5.6 billones de pesos. La deuda principal es generada por las EPS del régimen subsidiado con los hospitales. Debido a ello, el gobierno se vio obligado a intervenir en el 2010 con 2.1% del presupuesto general, pero la situación se agrava al incrementarse para el 2014 en

9.4%. Para el autor por consiguiente la solución estaría en un aumento de los recursos y una racionalización del gasto.

7.2.2 Gasto en Salud como porcentaje del PIB e Índice de Gini. En la figura, presentada a continuación, se muestra la evolución del gasto en salud público y privado comparado con el Índice de Gini. De acuerdo con Bardey & Buitrago (2017), se observa que la tendencia del gasto público durante los años ha sido creciente mientras que el gasto privado tuvo un leve aumento para luego mantenerse. En el año 2004, el gasto público en salud fue de \$20,2 billones, mientras que para el 2014 aumentó a \$43,1 billones presentando entre estos años un cambio absoluto de 1,4 puntos del PIB. En contraste, el gasto privado pasó de \$6,3 billones a 14,2 billones y obtuvo un cambio de 0,5 puntos del PIB.

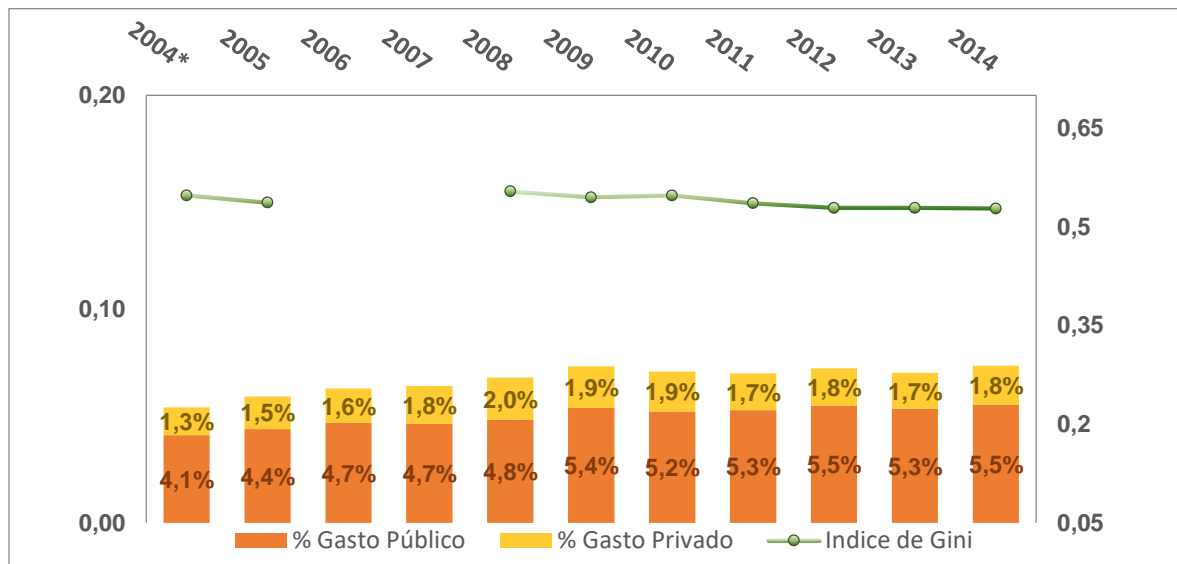


Figura 23. Gasto en salud como porcentaje del PIB e índice de Gini.

Adaptado de: Banco de la República. Gasto en Salud 20041*.

*Los valores suministrados para este año fueron tomados de MinSalud (Consultado en: <https://www.minsalud.gov.co>) El PIB es suministrado por el Banco de la República (Consultado en: <http://www.banrep.gov.co/pib-base-2005>). El gasto público y privado es suministrado por Bardey y Buitrago (Consultado en: <https://www.afidro.org/>)

Colombia para el año 2009 obtuvo un coeficiente de Gini de 0,57, como consecuencia de ello, fue el segundo país en Latinoamérica con mayor desigualdad en la distribución del ingreso. Esto se debe a las reformas tributarias regresivas y las reformas al régimen de transferencias que han permitido la reducción del monto de los recursos destinados a la salud (OHCHR, 2009).

Por otra parte, de acuerdo con un informe de la Contaduría General de la Nación (2006), en el año 2005 el departamento de Santander registró un gasto público social de \$677.695.200 millones de pesos, de ahí \$221.890.800 fueron destinados al gasto en el sector de salud. De igual modo, durante el 2005 con la ampliación de cobertura en el régimen subsidiado se logró asegurar el 29% de la población pobre que no contaba con ningún sistema de aseguramiento, haciendo una inversión total de \$779.727.070 (OSPS, 2006). Para el año 2011 la SSDS realizó registro de gasto en salud por un monto de \$117.519.261.000. Las inversiones más altas fueron asignadas al progreso y prestación de servicios de salud, por un valor total de \$83.802.478.000. Así mismo, durante el mismo año Santander realizó una inversión por \$20.240.900.000 en funciones de salud colectiva como salud ambiental, salud sexual y reproductiva, vigilancia en salud pública, salud mental, plan de alimentación y nutrición, entre otras actividades (OSPS, 2012).

7.3 Morbilidad

Las condiciones óptimas en la salud además de ser consideradas como parte fundamental del bienestar social también adquieren una connotación significativa en términos económicos. Es decir, la salud repercute en el entorno individual y colectivo de cada persona, condicionando el progreso íntegro y económico. Por esto, es necesario tener en cuenta la importancia del estado de salud en función de las habilidades, capacidades laborales y de aprendizaje, el rendimiento laboral y el desarrollo físico y mental de los individuos. Un escenario que podría representar esto es, por

ejemplo, en aquellas sociedades que registran altos porcentajes de personas enfermas y son más propensas a enfrentar mayores dificultades en el desarrollo y crecimiento económico (MinSalud, 2010).

Dentro de las principales funciones de cada sociedad está controlar y proveer igualdad en salud, educación y capital humano para cada uno de sus integrantes. De acuerdo con un informe del Banco de la República, las regiones de Colombia con más atraso y fallas en el sistema de salud son Pacífico y Amazonía, revelando mayores insuficiencias en salud y altos porcentajes de personas enfermas. Desde esta perspectiva, se halla la necesidad imperiosa de implementar políticas de equidad e igualdad en función de la salud. Para lograr construir adecuadamente un perfil del estado de la salud es imperativo detectar el tipo de enfermedades que son más frecuentes (respiratorias, digestivas, parasitarias e infecciosas). Categóricamente son más comunes las enfermedades bucales, la hipertensión arterial y las vías respiratorias altas (Banco de la República, 2014).

Los resultados muestran que, aunque Colombia ha experimentado grandes avances en materia epidemiológica durante los últimos años (Acosta & Romero, 2014), persisten altos niveles de enfermedades evitables (infecciosas y respiratorias) donde lo más preocupante es que entre mayor escasez de recursos halla, la probabilidad de que existan y se propaguen dichas enfermedades es cada vez más alta, como es el caso de las regiones más vulnerables: los Llanos, Pacífico, Amazonía y Caribe. Donde también predominan las enfermedades hipertensivas, las cuales están asociadas con el estilo de vida de la población y podrían ser prevenidas y modificadas.

De modo que, el marco en el que se constituye el problema de morbilidad está asociado a conflictos de orden institucional y circunstancias que definen la calidad de vida de los individuos. Por ello, en Colombia es necesario la construcción de entidades que regulen y supervisen asuntos

de salud, de modo que sea posible mejorar la recaudación de datos que reflejen el comportamiento de factores que determinan la equidad en el sistema de salud. Reducir las brechas de desigualdad e inequidad en la salud de Colombia depende de la ejecución mancomunada de acciones sobrellevadas por parte de todos los entes involucrados; medidas relacionadas con programas de promoción y prevención, labores controladas y monitoreadas e incorporación de políticas públicas articuladas con los objetivos de desarrollo del país. Adicionalmente, el establecimiento de un organismo de control y evaluación de aspectos en salud en Colombia suscita un avance en la recolección de datos referentes al sistema de salud colombiano y a los determinantes de la equidad en salud. A simple vista, el cierre de brechas en la salud en Colombia depende de las medidas en cuestión de prevención, monitoreo y control, así como identificación de enfermedades y políticas acorde a la búsqueda de costo-beneficio de programas preventivos de manera articulada con los propósitos de desarrollo del presente siglo.

Con respecto al departamento de Santander, el perfil de la salud está constituido por determinantes estructurales y contextuales de acuerdo con lo propuesto por la CDSS. Los patrones de estratificación social tales como: mecanismos sociopolíticos, económicos y culturales que configuran jerárquicamente la sociedad, son suscitados por el contexto social, político y económico de la población (SSDS, 2012).

Durante la última década el país y el departamento de Santander han venido experimentando configuraciones en sus estructuras poblacionales a causada del incremento en la expectativa de vida al nacer, la reducción de las tasas de mortalidad y fecundidad, el aumento en el tamaño de la población mayor (65 años y más) y la disminución en el porcentaje de población infantil. Así, por ejemplo, la expectativa de vida promedio de una santandereano es de 75 años, un año arriba de la media del país; de manera que es necesario adquirir mayor compromiso y responsabilidad con aquella proporción de la población que ya no será económicamente activa ni

productiva, pero sí demandará más atención en salud, distribución de los recursos y asuntos pensionales (SSDS, 2012).

7.3.1 Discapacitados. Un sub-aspecto importante por analizar es la morbilidad en personas discapacitadas, de acuerdo con la ley 1346 de 2009 que aprueba la Convención Internacional Sobre Discapacidad (Diversidad Funcional) adoptada por la Asamblea General de la Naciones Unidas en donde se establece “asegurar y promover el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad sin discriminación alguna por motivos de discapacidad” (Congreso de la República, 2009). Pese a la creciente normatividad en búsqueda de la equidad e integralidad de ese grupo de personas dentro de la sociedad, persisten barreras sociales, culturales, físicas y económicas que impiden el pleno desarrollo de estas al imposibilitar el disfrute de sus beneficios básicos a nivel familiar, social, comunitario, restringiendo el goce de los derechos asignados como cualquier otra persona (Gómez, 2010). Todo esto genera impedimentos en el desarrollo normal de la persona como capital humano, es decir, restringe “el conocimiento, habilidades, competencias y atributos que le permiten a la gente contribuir a su bienestar personal y social, así como el de su país”. (Organización para el Comercio y el Desarrollo Económico, pág. 2).

Entidades como el DANE y posteriormente el Ministerio de Protección Social realizan seguimiento para caracterizar el panorama general de la situación, así como acciones que fortifiquen la política pública orientada a mejorar la atención, el acceso, la rehabilitación e igualdad de oportunidades y beneficios. De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social, durante el año 2005, se registraron 162.665 personas en situación de discapacidad, valor que ha ido en detrimento a lo largo de los años, tanto que llegó a registrar 20.801 discapacitados el 31 de octubre del año 2012. Legalmente conocer el contexto de las personas discapacitadas es

indispensable, por lo que disponer con información de primera mano, oportuna, sistemática y de calidad, es la forma más idónea de realizar estudios estadísticos y sociales que revelen la situación real de esas personas y permitan identificar las necesidades que requieren mayor atención. Por ello, durante el año 2005 fueron registradas 162.665 personas con discapacidad, de las cuales el 46,4% pertenecían a algún grupo étnico, así mismo para el año 2011 se registraron 24.444 personas discapacitadas, donde el 41,5% correspondían a grupos étnicos (MinSalud, 2013).

Uno de los determinantes estructurales de la salud es el estrato social, el cual está relacionado con la construcción de viviendas y su infraestructura, en función de mejorar la salud y el bienestar de las personas. Conforme a los datos recolectados sobre discapacitados, se evidenció que las personas de estratos uno, dos y tres presentaron mayores niveles de discapacidad representados con un 94% de la población total, mientras que las personas de estratos más alto no alcanzan a superar el 6%, por lo que los comportamientos de los determinantes estructurales no generan de forma directa inequidad (OMS, 2011).

Por otro lado, el aseguramiento al sistema de salud es considerado un determinante intermedio que otorga prestación de servicios sanitarios. El régimen de afiliación que más predomina entre la población discapacitada es el subsidiado, dado que la población que fue registrada durante los años 2005 y 2011 como discapacitada (90,4% y 88,9% respectivamente) estaban afiliados al registro único de afiliación (RUAF). Los datos recopilados conforme al estrato social denotan que en los estratos uno y dos es donde mayores proporciones de personas discapacitadas hay (70%), y que a su vez se encuentran afiliados al sistema de salud subsidiado por el Estado puesto que no tienen los suficientes recursos monetarios para costearse otro tipo de servicio (Gómez, 2010).

A nivel departamental, la población santandereana discapacitada se encuentra ubicada principalmente en las zonas cabeceras, donde de acuerdo a un informe del Ministerio de Salud y

Protección Social fueron calculadas 4.842 personas en situación de discapacidad, donde el 50,83% fue representado por el género femenino. Además, por grupos de edad, entre los 65 y 74 años, mujeres y hombres fueron los más vulnerables frente a la situación de discapacidad. Específicamente para este grupo, los tipos de discapacidades más características en orden descendiente se relacionan con las partes del cuerpo como brazos, piernas y manos, representando un 44,1%, seguido un 39,5% vinculado al sistema nervioso y finalmente un 39,5% correspondiente a la ceguera total o parcial. La mayor parte de los casos fueron identificados en la población perteneciente al estrato uno y dos, con muy bajos niveles educativos o incluso nulos (MinSalud, 2016).

En Santander para el género masculino, las discapacidades más frecuentes están asociadas al sistema nervioso y se presentan más en las personas con edades entre los 15 y 44 años, las alteraciones referentes a los ojos, los oídos y el movimiento son más comunes en los hombres de 65 años o más. Las mismas discapacidades fueron analizadas para el género femenino obteniendo los mismos resultados. Siguiendo la línea, una de las discapacidades más predominantes es la ceguera, la cual es un problema de salud que se concibe como evitable y controlable (MinSalud, 2013). En el departamento de Santander se registraron alrededor de 17,900 personas mayores de 50 años por millón de habitantes que padecían de ceguera. Las personas más afectadas por este mal se encuentran localizadas mayormente en las zonas rurales y más pobres del departamento y se distribuye de manera inequitativa. Las cataratas y los errores refractivos son las principales razones de los problemas visuales, con proporciones del 11,35% y 10,71% respectivamente. La gran mayoría de personas (75%) que tienen problemas en la visión con relación a las cataratas no han querido ser operadas o recibir atención adecuada por factores tales como: escases de recursos para cubrir los gastos de una operación, no tienen conocimiento alguna sobre la enfermedad y por ineficiencias en el sistema de salud al cual se encuentran afiliados; lo que deja entrever la

falta de eficiencia y las continuas fallas en el funcionamiento esencial del sistema de salud en el departamento (Galvis, Rey, Rodríguez, Serrano, & Tello, 2009).

7.3.2 Situación de desplazamiento forzado. La ley 387 de 1997 del estado colombiano define a la población desplazada como

Es desplazado toda persona que se ha visto forzada a migrar dentro del territorio nacional abandonando su localidad de residencia o actividades económicas habituales, porque su vida, su integridad física, su seguridad o libertad personales han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas, con ocasión de cualquiera de las siguientes situaciones: Conflicto armado interno, disturbios y tensiones interiores, violencia generalizada, violaciones masivas de los Derechos Humanos, infracciones al Derecho Internacional Humanitario u otras circunstancias emanadas de las situaciones anteriores que puedan alterar o alteren drásticamente el orden público. (Congreso de la República de Colombia, 1997).

Es esencial tener en cuenta a aquellas personas que son desprendidas de su entorno social y económico habitual y que terminan enfrentando situaciones de exclusión, dado que mantener y exigir sus derechos básicos en tierras ajenas resulta ser una labor tediosa y tardía. En Colombia para el año 2011, fueron registradas alrededor de 381.379 personas discapacitadas en el Sistema de Información de Población Desplazada (SIPOD), aumentando la proporción de los registros en un 85% con respecto al año 2005, donde el número de personas registradas con discapacidad en el SIPOD fue de 205.826 (ACNUR, 2011).

Al analizar el panorama de la dependencia económica en la población desplazada denota una situación alarmante, en donde la población correspondiente a los grupos de edad de 0 a 14 años y de 65 años y más ha ido aumentando. Es decir, para el año 2005 de 100 personas entre la

edad de 15 a 64 años, habían alrededor de 49 dependientes, en cambio, para el año 2011 este valor aumentó a 65 personas. En síntesis, para el año 2011 el índice de dependencia económica de la población en situación de desplazamiento se incrementó 1,3 veces con respecto al año 2005 (MinSalud, 2013).

La problemática social del desplazamiento ocasiona infinidad de conflictos y necesidad a nivel individual y colectivo. Los departamentos de Antioquia, Bolívar y Meta fueron los que mayor número de desplazados tuvo, con un peso relativo de 16,7%, 7,2% y 6,6% respectivamente, durante el año 2005. Entre los tres departamentos, Antioquia predominó, expulsando 2,5 veces más que el departamento del Meta y 2,3 más que el departamento de Bolívar. Para el año 2011, Antioquia siguió encabezando la lista entre los departamentos que más expulsaba personas en el país, en ese año fueron 97.116 personas, valor que representó un 25,5%, lo que quiere decir que fueron 2,83 veces más con respecto al año 2005. Con respecto a la pertenencia étnica, en el año 2005 alrededor de 5.143 personas de la población desplazada se reconoció como integrante de algún grupo étnico (mulato, negro o afrocolombiano) valor que representó una proporción del 2,5%. Durante el año 2011, los negros y afrocolombianos representaron proporciones del 44,9% y 4,7% respectivamente como personas que fueron desplazadas en Colombia (Gómez, Tolosa, & Morales, 2015).

Ahora bien, de acuerdo con el informe presentado por el Ministerio de Salud y Protección Social en cuanto a la demanda en asistencia médica de la nación, para el año 2011, el 39% de las mujeres acudieron por ayuda de consulta externa más que los hombres. Las principales causas de las consultas estuvieron relacionadas con la hipertensión esencial, con una proporción de 11,2% en las mujeres y un 8,2% en los hombres. Además, la situación empeora al observar las consultas recibidas por enfermedades relacionadas con infecciones en las vías urinarias, en donde los casos registrados para las mujeres fueron de 2,5 veces más que en los hombres. De manera semejante

sucede en los servicios de urgencias y hospitalización, donde las mujeres suelen acudir más por estos medios que los hombres; se diagnostica la infección urinaria como la causa principal de solicitar atención. En los hombres, son más comunes enfermedades como: gastroenteritis infecciosa, del sistema respiratorio y diarrea (2013, pág. 16).

A nivel departamental, existen varios problemas en el perfil de morbilidad de la población que están constituidos por fallas estructurales de organización y administración en función de regular, rastrear y recolectar los datos e información oportuna que permita revelar el escenario real del grupo en cuestión.

Estos individuos normalmente sufren de síntomas y enfermedades relacionadas con: infecciones respiratorias, cefalea, problemas odontológicos, dolores estomacales y enfermedades del sistema digestivo. Dadas las condiciones en las que se encuentra la población de desplazados es posible afirmar que existe una relación directa entre esas precarias condiciones de saneamiento básico y la presencia de enfermedades infecciosas.

Ahora, en términos de etnicidad, Colombia es un Estado Social de Derecho por lo cual se establece una visión intercultural en beneficio de la democracia, donde involucra como sentido y ser de la razón pública al ciudadano colombiano indígena, afrodescendiente, raizal, palenquero y gitano (Ministerio del Interior y de Justicia, 2009). Dados los principios contemplados en la Constitución Política de 1991, Colombia es uno de los Estados más avanzados en reconocer los derechos fundamentales individuales y colectivos de los Grupos Étnicos.

No obstante, aunque el Estado sea avanzado en sus derechos, la población indígena posee niveles altos de morbilidad como las condiciones transmisibles y nutricionales que tuvieron cerca del 25,6% (1.648.345) de las atenciones con una razón de 4 atenciones por persona. O condiciones maternas perinatales que causaron el 2,93% (188.367) de las atenciones, con una relación de 4 atenciones por persona y del total de población indígena atendida en el año 2010 el

88.8% fue por consultas, el 1% fueron atendidos por hospitalización y el 10% por urgencias. En cuanto al discernimiento de las enfermedades, las mayores frecuencias presentadas en los grupos indígenas a diferencia de los no indígenas es la mal nutrición el evento con mayores diferencias, ocupando más del doble, así mismo la mortalidad materna y perinatal, la mortalidad por EDA e IRA. En el departamento de Santander la dinámica de estos grupos étnicos es similar a la presentada a nivel nacional. La afiliación de los grupos étnicos al SGSSS, está dada principalmente en el régimen subsidiado, contando con 1.795.880 afiliados. De este total, el 83.4% (1.498.229) corresponde a la población indígena. (Grupo de Planeación en la Salud Pública, 2017).

En general, el síntoma aparece como el detonante de una enfermedad que impone una conducta a seguir: buscar ayuda inmediata con el fin de buscar tratamientos eficaces, bien sea ayuda especializada (médico) o tratamiento popular (conocimiento laico). El segundo elemento se relaciona con la construcción causal para explicar, manejar y comprender la enfermedad (Martinez, Zapata, & Hormiga, 2012).

7.4 Mortalidad

7.4.1 Mortalidad general. La mortalidad es un fenómeno demográfico, el cual resulta ser un componente esencial de la dinámica poblacional. En este contexto, es un indicador articularmente sensible del estado de salud de la población y un indicador de desarrollo que refleja las condiciones sociales y económicas de un país. En consideración, este es uno de los criterios primordiales para valorar la situación de la población y para fundamentar las políticas públicas (MinSalud, 2014).

Según la CEPAL (2007), tanto en los países desarrollados como en Latinoamérica, ha ocurrido una transición demográfica que inicia con el descenso de la mortalidad. En

Latinoamérica, se vio a partir de 1930 con la disminución de la tasa en los primeros años de vida. Este impacto ha sido reflejado en el aumento del promedio de la esperanza de vida al nacer el cual pasó de 52 años (1950) a 72 años en 2000-2005. La duración media de la vida lograda en América Latina supera la meta de 70 años fijada por la OMS para el año 2000. Ya para el 2015, la meta es de 75 años de esperanza de vida propuesta por la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) - El Cairo 1994 (Naciones Unidas, 1995); de la cual, Colombia ha salido bien librada al cumplir con dicha meta.

De acuerdo a la CEPAL, en este adelanto se ha visto involucrado fundamentalmente a las mejoras en el campo de la salud como mayor control de programas de vacunación, enfermedades infecciosas, parasitarias y respiratorias, y a la educación en madres que repercuten en la reducción de la mortalidad infantil. No obstante, existen fuertes diferencias entre países como entre la misma población (diferentes grupos de ingresos), que permiten sostener profundas desigualdades.

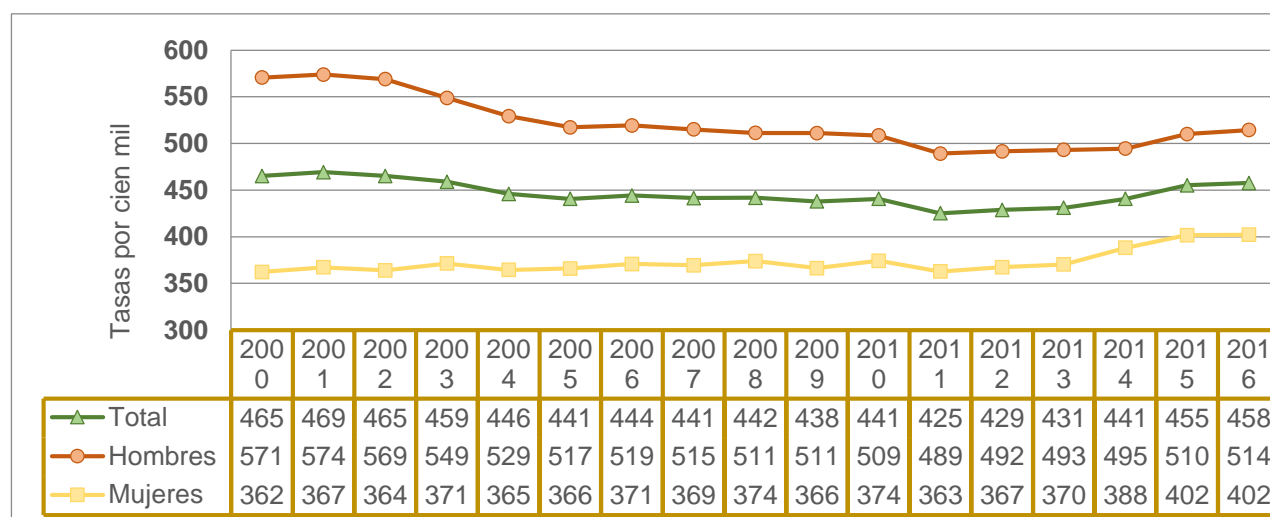


Figura 24. Mortalidad general nacional (2000-2016)

Adaptado de: DANE - Estadísticas Vitales. Registros de defunción.

En América Latina como en Colombia, en el caso de la mortalidad las mujeres se ven favorecidas por un mayor promedio de años de vida y por aumentos crecientes de la sobre-mortalidad masculina. En la figura, se muestra la tasa de muertes por año y sexo en un periodo de 16 años, tiempo en el cual se registraron 3'373.135 defunciones, reconociendo una disminución relativa. De estas defunciones, la mayoría la obtiene la población masculina; sin embargo, esta tendencia ha tenido una leve disminución entre los hombres debido a una reducción progresiva de la tasa, mientras que, entre las mujeres se presenta una leve tendencia al aumento, la cual se puede observar desde 2014.

La tendencia de la mortalidad por edad y zona es similar para hombres y mujeres. La población residente en el área urbana presenta una sobre-mortalidad en relación al área rural a partir de los 45 años en población masculina y 30 años en población femenina. Por el contrario, en el área rural se presenta sobre-mortalidad de la población masculina menor de 15 años y femenina menor de 30 (MinSalud, 2010). Existen diferencias también según el régimen de afiliación, en el cual, la menor tasa de mortalidad se presenta entre la población afiliada a los regímenes especiales (educadores, fuerzas armadas, universidades), dentro de los cuales se reportaron en 2,66 defunciones por cada 1.000 habitantes en 2002-20072 y la mayor tasa se presenta en la población de vinculados y particular con 5,19 defunciones por cada 1.000 habitantes para el mismo periodo.

Lo anterior permite entrever los problemas de desigualdad presentes en el país para las poblaciones vulnerables como lo son las pertenecientes a zonas rurales o de bajos recursos, quienes son las afectadas por las malas políticas públicas. En consideración, la mortalidad futura depende de múltiples factores que están vinculados, entre otras cosas, a los avances en la medicina, el mayor acceso a la atención sanitaria, la mejora en las condiciones de vida y de

trabajo, los cambios hacia mejores estilos de vida y las mejoras medioambientales globales, nacionales y domésticas (CEPAL, 2007).

Dentro de los principales factores que influyen en la transición demográfica de una región está el decaimiento sucesivo de la mortalidad, el cual ha estado condicionado por el incremento de muertes a causa de enfermedades crónicas y el descenso de defunciones por enfermedades agudas (OSPS, 2006). Este fenómeno ha sido apreciable no sólo en el país sino también a nivel departamental. En Santander se conserva dicha reducción en la mortalidad y el cambio demográfico que consigo trae. Tal dinámica puede observarse a partir de enfermedades crónicas como el padecimiento cardiovascular isquémico en los adultos mayores, la desnutrición en niños menores de 18 años y las enfermedades infecciosas como el VIH/SIDA (Hormiga, Rodríguez, & Niño, 2007).

Resulta imperativo hacer seguimiento constante del indicador de mortalidad y sus principales causas con el fin de avalar y canalizar la implementación del programa de salud pública en el departamento, y así priorizar los aspectos más vulnerables de esta problemática en los diferentes municipios del departamento. De modo que es posible encaminar las distintas estrategias conforme a las necesidades y ciclos de vida de las personas para influir en los diferentes entornos sociales: laboral, educativo y familiar, buscando obtener resultados más eficaces, principalmente en los orígenes de mortalidad que pueden prevenirse (2007).

De acuerdo con el OSPS (2006), en el año 2004 fueron registradas 9.561 muertes de personas que estaban erradicadas en el departamento, reflejando una tasa bruta de mortalidad de 4,6 por 1.000 habitantes. Los municipios que registraron las tasas brutas de mortalidad más altas fueron Charalá con 8,4 y Chipatá con 7,5 por mil habitantes. Las tasas más bajas las presentó el municipio de Florián con 1,2 y Santa Helena con 1,5 muertes por mil habitantes. En la siguiente

tabla se muestra la mortalidad por Núcleo de Desarrollo Provincial (NDP) en Santander para el año 2005.

Tabla 2.

Mortalidad por núcleo de desarrollo provincial Santander 2005.

Cód.	Nombre	Población	Defunciones	tasa
1	Guanentá	137.836	848	6,1
2	García Rovira	76.689	432	5,6
3	Comunera	91.576	586	6,4
4	Mares	298.503	1.433	4,8
5	Metropolitana	1.085.472	5.186	4,7
6	Vélez	131.963	694	5,2
7	Carare-Opón	56.058	240	4,2
8	Soto Norte	35.346	154	4,3
	Total	1.913.443	9.573	5

Nota: Observatorio de Salud Pública de Santander. Perfil de morbilidad y mortalidad en Santander, 2006.

Durante el 2005, la provincia Comunero fue la que registró la tasa de mortalidad más alta con 6,4 y la más baja fue registrada por Carare-Opón con 4,2 por mil habitantes. Dentro de este núcleo de desarrollo provincial los Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP) permiten deducir que el mayor porcentaje de la población pertenecen a adultos mayores, donde la esperanza de vida es bastante pequeña. Algo similar ocurre con la tasa de mortalidad de Guanentá, que a pesar

de que allí existe una cantidad mayor de años potenciales perdidos, la mortalidad se presenta con más frecuencia en edades más tempranas (2007).

Así mismo, entre el periodo de 2000 a 2004 los núcleos de desarrollo provincial que registraron mayor riesgo de morir, con un promedio de tasas aproximadamente de 550 por 100.000 habitantes, fueron García Rovira, Comunero y Guanentá (OSPS, 2012). De acuerdo con el Perfil de Morbilidad y Mortalidad en Santander (2013) para el año 2010 los NDP que mayores tasas de mortalidad registraron fueron: Guanentá, Mares, García Rovira y Metropolitano con 561,4, 559,5, 517,7 y 509,3 por mil habitantes respectivamente, muy similar al comportamiento del departamento, en los NDP las tasas de mortalidad fueron mayores en los hombres. El municipio de Carare-Opón presentó la tasa de mortalidad más baja frente a los demás, sin embargo, la mayor parte del porcentaje de las muertes ocurrieron en la población más joven.

En la mayoría de los NDP la causa de muerte predominante fueron las enfermedades isquémicas del corazón, sin embargo, en la provincia de Carare-Opón la principal causa de muerte fue por agresiones. En las provincias de García Rovira, Mare, Carare-Opón, Soto Norte y Metropolitano se registraron mayor número de muertes entre el periodo de 2005 a 2009 por enfermedades isquémicas del corazón que las registradas entre el año 2000 y 2004. Hay que mencionar, además que las agresiones, la cirrosis y otras enfermedades del hígado también encabezan la lista de las principales causas de muerte en los NDP de Santander (OSPS, 2012).

A modo general en el departamento, según el Análisis de la Situación de Salud (ASIS) en Santander publicado por el OSPS (2012), durante los años 2000 a 2009 en el departamento fueron registradas alrededor de 9.392 muertes no fetales, de las cuales el 57,6% del total de esas defunciones acontecieron en hombres. También, en el año 2010, la tasa bruta de mortalidad fue de 487,9 por mil habitantes (excluyendo las muertes fetales), valor que represento un leve incremento frente a los 10 años previos. Las tasas de mortalidad más elevadas se acentuaron en

los extremos de vida y específicamente más en los hombres, y las tasas más bajas entre las edades de 1 a 14 años. Además de ello, con respecto a la década pasada hubo un incremento en la tasa de mortalidad de las personas con edades de 65 y más años (Otero, Uribe, & Hormiga, 2013).

En la siguiente figura se presenta el comportamiento de la tasa bruta de mortalidad durante el lapso de 2000 a 2016 para el total de la población santandereana por géneros.

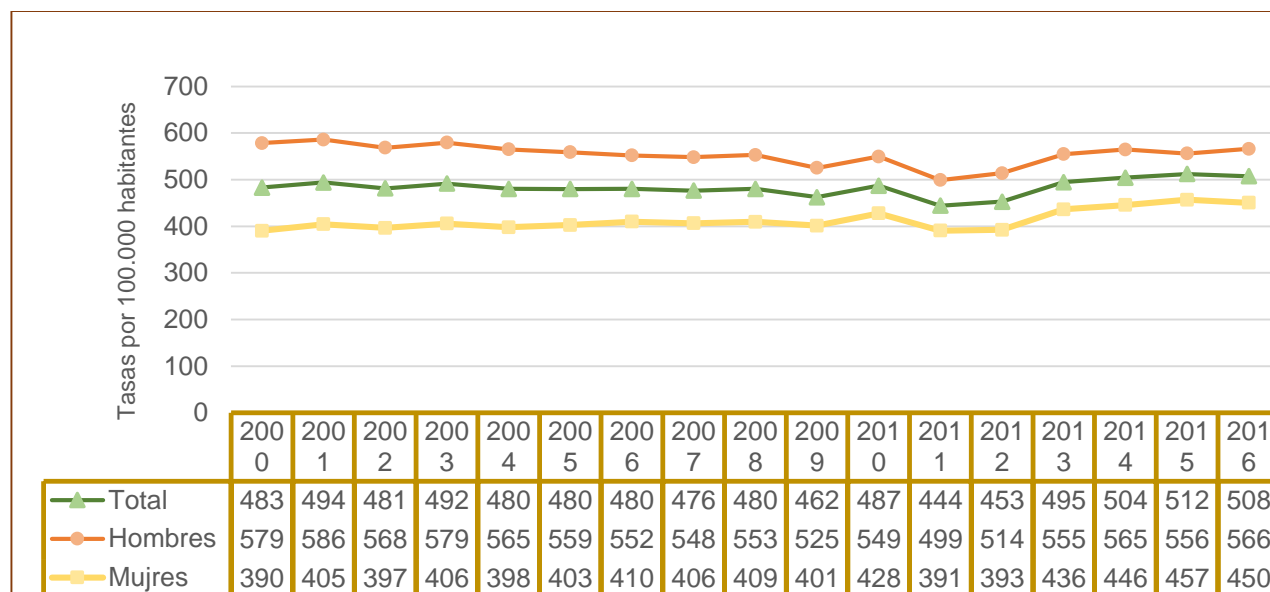


Figura 25. Mortalidad general en Santander (2000-2016)

Adaptado de: Observatorio de Salud Pública de Santander. Tasas brutas de mortalidad, 2012.

Acorde a la figura, en los dos géneros se evidenció que las tasas de mortalidad más altas fueron registradas en los extremos de vida (menores de 1 año y de 65 años o más). Este comportamiento puede ser explicado a través de ciertas condiciones en las que se encuentra dicha proporción de la población total, que los hace ser más vulnerables frente a los demás grupos de edad. En el caso de los niños vulnerables hacia enfermedades infecciosas y a los adultos mayores vulnerables hacia enfermedades crónicas. Es así como entre el año 2009 y 2012 las tasas brutas

de mortalidad presentaron una leve disminución excepto las tasas en la población mayor de 65 y más años (OSPS, 2006)

Las principales diferencias en las tasas de mortalidad entre los dos géneros se destacaron particularmente entre los 15 a 44 años, donde por cada mujer hay cerca de tres muertes masculinas. Este fenómeno se puede explicar por las diversas causas de defunción para este grupo de edad, donde la primera causa de muerte para los dos sexos fue el homicidio; los accidentes de tránsito ocuparon el segundo lugar en los hombres, con aproximadamente 22 muertos por cada cien habitantes. Mientras que en las mujeres la segunda causa de muerte fue el tumor maligno de útero, con 4,73 muertes por cada 100.000 habitantes. Los niveles de mortalidad fueron más altos en los hombres durante todos los años de estudio, sin embargo, en las mujeres a partir de los 65 años la mortalidad se incrementó más que en los hombres (Hormiga, Rodríguez, & Niño, 2007).

7.4.2 Mortalidad materna. En las últimas décadas la salud en las mujeres y niños ha sido un tema de especial atención y preocupación para la mayoría de los países. Año tras año mueren alrededor de medio millón de mujeres por razones relacionados con el embarazo y 10,6 millones de niños, donde aproximadamente el 40% de ellos han muerto durante el primer mes de vida. La gran mayoría de estas muertes maternas han sido ocasionadas en las mujeres con edades entre los 15 y 49 años. Lo inquietante de esto resulta ser que más del 99% de estas defunciones han sucedido principalmente en los países en vía de desarrollo, infiriendo que la mortalidad materna como indicador de salud evidencia la existencia de enormes diferencias entre los países desarrollados y los menos desarrollados (Rey, Rodríguez, & Camacho, 2005).

Al mismo tiempo, es un hecho innegable que la mortalidad materna es un fenómeno que está profundamente relacionado con cuestiones sociales y políticas referentes a la pobreza y los derechos de la mujer. Por ello, cada una de las muertes maternas registradas tiene importantes repercusiones a nivel individual, social y económico, por lo que resulta imperativo examinar su comportamiento en el contexto de los derechos humanos. En este contexto, el gobierno desde sus sistemas políticos y jurídicos apremia estrategias intersectoriales a fin de velar por el óptimo desempeño de las acciones necesarias que permitan reducir el nivel de muertes maternas, garantizando un mejoramiento continuo en la calidad de los servicios de salud ofrecidos a la comunidad de acuerdo a Rey et al. (2005). Teniendo en cuenta que según uno de los informes epidemiológicos de Santander las tasas de mortalidad materna reflejan la calidad en la atención ofrecida por parte de los centros y servicios de salud respecto al control prenatal, la atención durante el parto y el posparto de la embarazada. Es un hecho latente que la mortalidad materna es un indicador que ha sido objeto de constante observación en Colombia y sus diferentes regiones (Ortiz & Rodríguez, 2007).

Hay que mencionar, además que las disparidades en los efectos de la salud materna son consecuencia del desigual acceso a los servicios maternos disponibles y a la calidad de estos. Ya que normalmente las mujeres con un nivel de educación bajo, de escasos ingresos y recursos, provenientes de sectores rurales y pertenecientes a algún grupo étnico, tienen menos posibilidades de acceder a algún programa de planificación familiar, a gozar de una atención prenatal y a tener unas condiciones de salubridad dignas al momento del parto (la mayoría de las defunciones maternas suceden durante el parto) (Rey, Rodríguez, & Camacho, 2005).

En Colombia la mortalidad materna ha tendido al descenso a través del tiempo. Entre 2005 y 2016 se redujo en 18,8 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, con una razón que pasó de 70,14 a 51,27 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Situación que

evidencia el logro obtenido a nivel nacional de acuerdo a los ODS. No obstante, el país aún tiene grandes retos debido a las brechas regionales que se presentan dentro del mismo en la medida que el mayor número de muertes está fuertemente correlacionadas con determinantes sociales como la zona de residencia (en zona rural la Razón de Muerte Materna (RMM) alcanza 203,2 en contraste con 25 de zona con baja población rural), la educación (la RMM entre mujeres sin educación es de 213, mientras que con educación superior es de 40, y la pertenencia a un grupo étnico (la RMM entre población indígena es de 230, y 51 en grupos no étnicos) (PNUD, 2015).

La muerte materna también se asocia con las limitaciones en el servicio de salud oportuno y de calidad. En el 79% de las muertes se identificaron tratamientos médicos inadecuados e inoportunos. Cabe recalcar que la mayoría de las muertes maternas se pueden evitar con controles, atención y monitoreo durante el embarazo. Por consiguiente, el PND bajo la coordinación del Ministerio de Salud y de Protección Social, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y la Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos, plantean estrategias para la reducción de dicha mortalidad con un control y atención del embarazo, con programas como el desarrollo del modelo de vigilancia en salud pública de la morbilidad materna extrema y el desarrollo e implementación de protocolos para la atención preconcepcional, principalmente en las zonas rurales.

A nivel nacional y departamental la salud materna ha estado en el marco de acción prioritaria, siendo uno de los principales indicadores en medir la calidad de la atención en los servicios de salud y al mismo tiempo conforma uno de los sucesos esenciales para evaluar el óptimo desempeño y cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). En ellos se definieron tres metas claves en salud materna para Colombia: reducir la razón de mortalidad materna a 45 muertes por 100.000 nacidos vivos, ampliar en casi un 90% el porcentaje mujeres

con más de cuatro controles prenatales y aumentar a 95% la atención del parto con personal cualificado entre 1990 y 2015 (PNUD, 2007).

A lo largo de los años, el indicador de mortalidad materna en el departamento de Santander se ha mantenido por debajo del promedio del país. En un estudio realizado a través del OSPS en el año 1998 la mortalidad materna registrada en el departamento fue de 54,3 muertes por 100.000 nacidos vivos y, por el contrario, el indicador del país fue de 100 defunciones por 100.000 nacidos vivos. Las mujeres menores de 24 años representaron el grupo de edad con la tasa más alta de mortalidad materna entre los años 1998 y 2003 en Santander (Hormiga & Rodríguez, 2007). Hecho que podría estar justificado por el incremento sucesivo en la cantidad de madres adolescentes que son más propensas biológicamente a presentar mayores complicaciones durante el embarazo (Rey, Rodríguez, & Camacho, 2005).

A partir del año 2004 Santander adoptó desde la administración departamental el proyecto promovido a nivel nacional por parte del Ministerio de Protección Social, llamado Plan de Choque para la Reducción de la Mortalidad Materna en Colombia, implementado como una acción prioritaria como consecuencia de las altas cifras estimadas en 104,9 por 100.000 nacidos vivos (Ministerio de la Protección Social, 2004). En consecuencia, se logró reducir la mortalidad materna durante los años 2003 y 2004 de 18 muertes por cada año a sólo ocho defunciones en el año 2005 con una tasa de mortalidad materna de 23,5 muertes por 100.000 nacidos vivos, efecto que representó una disminución del 50% con respecto al año 1998. Aunque en el ámbito de esta mortalidad evitable aún queden grandes barreras por superar en términos de prevención absoluta, el logro obtenido en Santander durante el año 2005 es evidencia clara que la adecuada implementación de estrategias intersectoriales proporciona resultados positivos en salud pública (OSPS, 2006).

No obstante, durante el periodo de estudio de 2005 a 2016, el año 2006 presentó la RMM más alta en el departamento, donde aumentó nuevamente en 33,6%. Tal incremento fue ocasionado principalmente por la decisión tardía de solicitar atención y dificultades para acceder al servicio, registrando 45 muertes por 100.000 nacidos vivos. Donde aproximadamente el 15% de estas mujeres eran jóvenes menores de 20 años. Con respecto al SGSSS, el 33% de las maternas no estaban afiliadas a ningún régimen, el 49% correspondía al régimen subsidiado y el porcentaje de mujeres restantes pertenecían al régimen contributivo. Geográficamente, más de la mitad de los casos se reportaron en orden descendiente en Barrancabermeja, Bucaramanga, San Vicente de Chucurí y Floridablanca. Se debe agregar que alrededor del 60% de las defunciones maternas provenían de las áreas urbanas (Ortiz & Rodríguez, 2007).

El comportamiento de la razón de mortalidad materna en el departamento durante el año 2013 fue el segundo año (entre 2005 y 2016) que registró la RMM más alta, con un pico ascendente del 33,3% y con una incidencia de 51,2 por 100.000 nacidos vivos. Evento ocasionado en parte porqué más del 30% de estas mujeres sólo alcanzó como nivel máximo de educación la básica secundaria, el 24,4% sólo tenía la básica primaria, y el 1,2% no tenía ningún tipo de escolaridad. Lo anterior conlleva no sólo a la falta de información y comprensión para solicitar atención inmediata frente a síntomas alarmantes durante el embarazo, sino también al desconocimiento del problema, de los factores de riesgo y de los derechos y deberes del sistema de salud (López & Esquiaqui, 2015). El 37,5% de los casos se presentaron en mujeres con edades entre los 30 y 39 años, el grupo de edad entre los 15 y 19 años representó el 18,7% y las mujeres entre los 40 y 49 años registró el porcentaje restante. Más del 50% de los casos presentados correspondían a mujeres afiliadas al régimen subsidiado y el 12,5% de las mujeres no se encontraban afiliadas al SGSSS. Las provincias del departamento que presentaron las incidencias más altas en orden descendiente fueron Carare-Opón, Vélez y Mares (Plata & Clavijo, 2015).

En la siguiente figura se presenta el comportamiento de la Razón de Mortalidad Materna (RMM) a nivel nacional comparada con el departamento de Santander durante el periodo de 2005-2016.

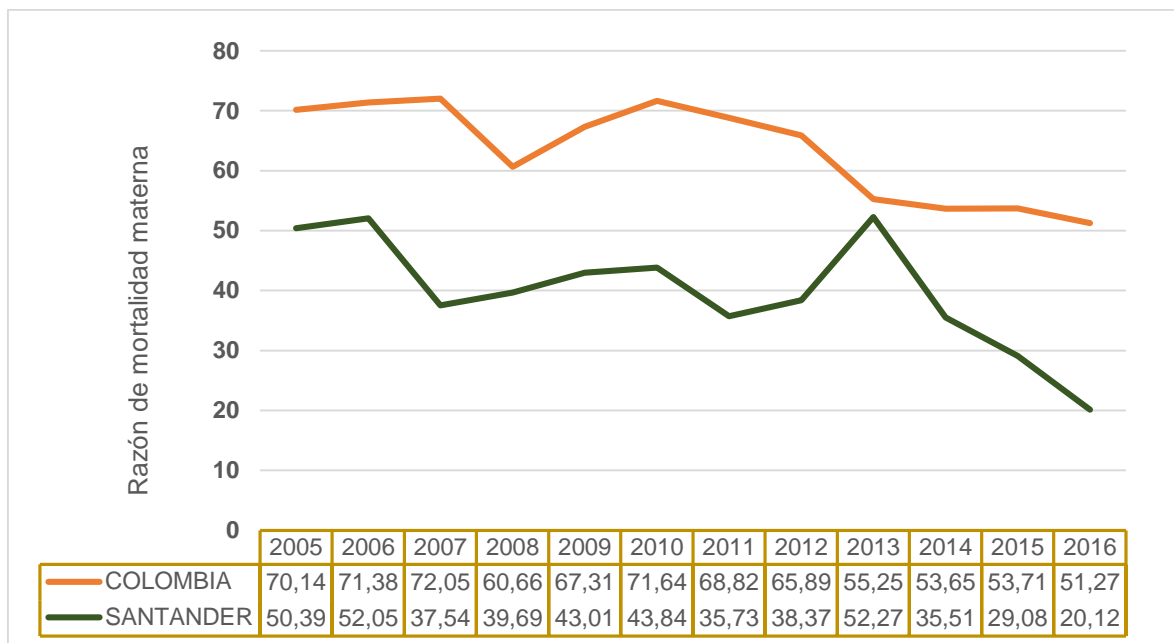


Figura 26. Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos en Colombia y Santander (2005-2016)

Adaptado de: Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO). Razón de Mortalidad Materna.

De acuerdo con los ODM, Santander logró reducir la mortalidad en siete puntos entre los años 2000 y 2005. Durante el año 2000 fueron registradas 63 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, mientras que ya para el año 2005 fueron registradas 56 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos. Es evidente que en el departamento se ha logrado disminuir la mortalidad materna distinguidamente frente al promedio del país, sin embargo, reducir estas muertes lo más pronto

posible demanda no sólo circunstancias más complejas sino también grandes sacrificios en términos de la inversión social en la Salud.

7.4.3 Mortalidad infantil. La mortalidad en infantes durante los primeros años de vida ha sido un fenómeno de especial atención e interés tanto para el sector de la salud como para los sectores socioeconómicos. Dado que la mortalidad infantil es uno de los principales indicadores que mide el desarrollo de las regiones en el país y al mismo tiempo permite determinar de qué manera los gobiernos implementan planes intersectoriales con el objetivo de mejorar la calidad de vida y las condiciones sanitarias de su población (Mogollón, 2016)

Según Jaramillo, Chernichovsky y Jiménez (2017), la mortalidad infantil está ligada a causas sanitarias, socioeconómicas, ambientales, comportamentales y biológicas que se encuentran entrelazadas dentro de un mismo contexto. De modo que factores preponderantes del ámbito social y económico como la exclusión social, la pobreza, el nivel educativo, los ingresos y las limitaciones para acceder a los servicios y centros de salud, son circunstancias determinantes en los niveles de mortalidad infantil. Además, lo son otros factores genéticos como las anomalías congénitas, las diferentes enfermedades y complicaciones que puede presentar una madre durante y después del embarazo.

Pongamos por caso en un primer momento la salud sexual y reproductiva, donde tener mayor acceso y libertad hacia los servicios y diferentes programas ofrecidos en este asunto resulta ser un determinante inmediato en la disminución de la mortalidad infantil. Asimismo, factores asociados con recibir atención prenatal apropiada, atender los partos por profesionales calificados, recibir asesoría y atención referente a la nutrición de los recién nacidos, y obtener cobertura de vacunación son componentes imperativos que juegan un papel clave en la salud de los infantes (Mogollón, 2016). En segunda instancia encontramos el ingreso, el cual es un

determinante que también se encuentra íntimamente relacionado con el estado de salud de las madres embarazadas y los recién nacidos. Según la OPS, en el año 2015 el riesgo de morir antes de los 28 días de vida en los países más pobres fue 2.5 veces más alto que lo registrado en los países más ricos, es así como las regiones donde más predomina la pobreza registran los niveles de mortalidad infantil más altos. Además, los niños que viven en poblaciones de bajos ingresos y recursos son más propensos a contraer enfermedades respiratorias e infecciosas transmitidas por el agua, debido a que no cuentan con la disponibilidad de agua potable y cloacas para gozar de condiciones de saneamiento e higiene adecuadas (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2016). Por ello es necesario recalcar las responsabilidades que el gobierno debe asumir tanto para desarrollar infraestructura en las zonas más pobres y pobladas como para mejorar los servicios de atención en salud. Es evidente que la pobreza repercute tanto en el entorno en que los niños nacen como en la calidad de atención recibida durante el parto.

La tendencia demográfica en el país ha cambiado. En 1950 el país tenía una población inferior a 12 millones de personas y para 2016 la población supera los 48 millones de personas. Indicando con ello que en más de medio siglo la población se ha cuadruplicado. En esta dinámica se destacan dos variables: la mortalidad infantil y la expectativa de vida. En Colombia no sólo nacen y mueren menos personas, sino que en promedio viven más años. En consideración, se puede observar el logro generado por el país en estos indicadores.

Uno de estos grandes retos ha sido la reducción de la mortalidad infantil, ya que, para 1950 esta tasa se encontraba en 123.2, muy superior a la vista en 2015 de 10.9. Este empeño por reducir estas muertes ha causado gran impacto, no obstante, todavía mueren cerca de 8 mil niños y niñas al año, presentando entre 2005 y 2012, tasas entre 28% y 49% más altas en el área rural dispersa que en las cabeceras. Persistiendo la mortalidad en el primer mes de vida en las regiones más pobres y remotas donde hay más probabilidad de morir antes de los 5 años. Por consiguiente,

esto se debe a una clara relación con “el bajo peso al nacer, el grupo poblacional (indígenas y afro-descendientes) y la zona de residencia (municipios afectados por el conflicto)” (PNUD, 2015, pág. 67).

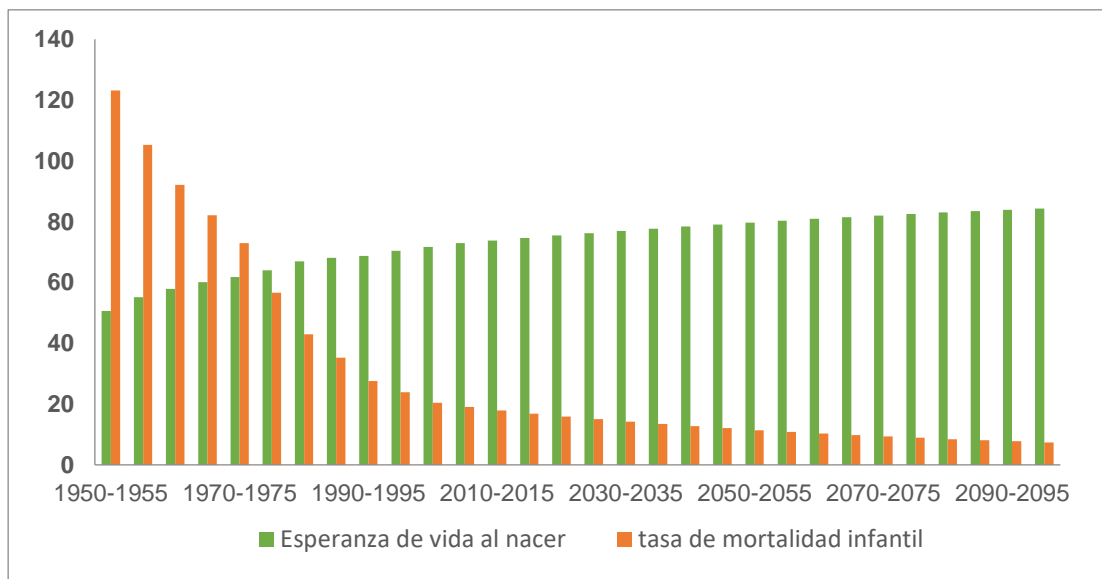


Figura 27. Esperanza de vida al nacer y mortalidad infantil en Colombia

Adaptado de: CELADE - División de Población de la CEPAL. Revisión 2017.

El panorama para el departamento de Santander con respecto al indicador de mortalidad infantil ha sido relativamente alentador, su comportamiento a lo largo del tiempo ha tenido una tendencia al declive, registrando niveles muy inferiores comparados con los departamentos del resto del país. En el año 2005 la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) en menores de 5 años en Santander fue de 13,9 por 1.000 nacidos vivos, esto es tres puntos por debajo de la meta propuesta para el año 2015. Así mismo, en el año 2005 la TMI en menores de un año fue de 11,9 por 1.000 Nacidos Vivos (NV), lo que deja en evidencia que se logró alcanzar la meta que se tenía propuesta en los Objetivos del Nuevo Milenio para el año 2015 (PNUD, 2007).

Según el Perfil de Morbilidad y Mortalidad en Santander (2009) en el año 2006 fueron registradas 359 muertes en menores durante el primer año de vida, representando una tasa de mortalidad infantil de 11,1 por 1000 nacidos vivos. Las principales muertes se presentaron durante la primera semana de vida con 157 muertes infantiles, ocasionadas en su mayoría por enfermedades respiratorias, malformaciones congénitas y complicaciones durante el embarazo. Del mismo modo, en los periodos donde mayor riesgo a morir se registró, fue durante la muerte neonatal temprana y postneonatal con tasas de incidencia de 4,87 y 4,37 respectivamente. A nivel de NDP las proporciones más altas fueron entregadas por Vélez que superó aproximadamente en un 80% la tasa de mortalidad infantil del departamento y Comunera que registró una tasa provincial de 13,4.

De acuerdo con el Diagnóstico de Salud en Santander publicado por la Revista del Observatorio de Salud Pública (2012), en el año 2008 Santander fue el departamento con la tasa más baja de mortalidad infantil de todo el país. Durante el periodo de 1999 a 2008 los NDP evidenciaron una relación lineal directa con el índice de Necesidades Básicas Insatisfechas, donde demostró que a mayor escasez de recursos y superiores niveles de pobreza más mortalidad infantil. Por otro lado, entre el año 2004 y 2008 la tasa de mortalidad en infantes fue significativamente más alta en las zonas rurales que en la zona urbana con una proporción del 35% frente a 16% respectivamente. Lo anterior refleja que aún persisten las brechas entre lo urbano-rural, siendo el sector rural el que registra año tras año mayor número de muertes infantiles.

Durante el periodo de estudio de 2005-2015 es indudable que la tasa de mortalidad infantil tanto para Colombia como para el departamento de Santander ha presentado una tendencia descendente. Según el ASIS para Santander (2017), el departamento siempre registro tasas inferiores al nivel nacional que variaron entre 9,27 a 14,61 muertes infantiles por 1000 NV. En

el año 2005 se registró la tasa de mortalidad más baja en el departamento en los 10 años de estudio. Con respecto a las principales causas de muerte en infantes durante este año, la lista es encabezada por afecciones que se originaron durante el periodo perinatal, seguidas de las malformaciones congénitas (SDSS, 2017).

En la siguiente figura se muestra el comportamiento de la TMI para Colombia y el departamento de Santander entre el periodo de 2005-2015.

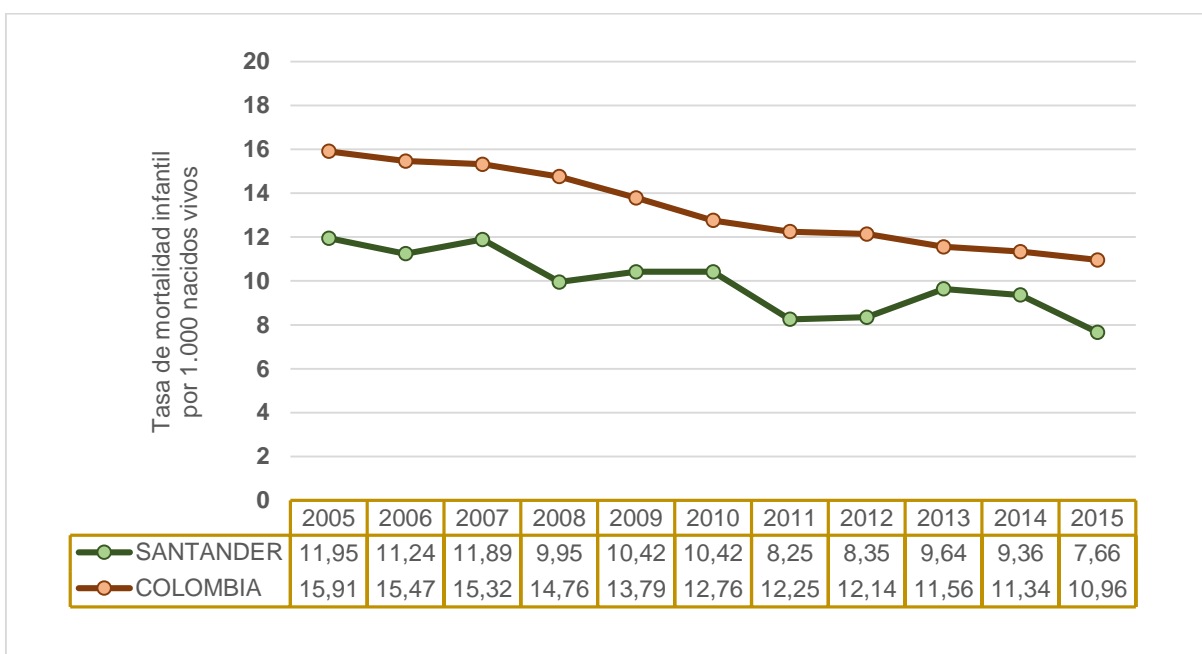


Figura 28. Tasa de mortalidad infantil en Colombia y Santander (2005-2015)

Adaptado de: Secretaría de Salud de Santander. Mortalidad Infantil 2017.

En cuanto a la salud nutricional, asumiendo que la alimentación es considerada como un derecho básico universal, donde cada ser humano está en todo el derecho de tener un nivel de vida con condiciones dignas, resulta ser una prioridad vital que cada persona pueda acceder a un régimen de alimenticio adecuado, de tal manera que sea posible evitar enfermedades y muertes

por causas nutricionales. Este asunto requiere especial atención, puesto que las estadísticas sobre hambre y desnutrición en todo el mundo son realmente alarmantes y devastadoras (Clavijo & Plata, 2017).

7.4.4 Mortalidad infantil por desnutrición. La mortalidad por desnutrición en Colombia es una situación que afecta a todos los grupos de población, pero en particular a los menores de cinco años y los mayores de 65. Factores explicativos de esta son el conflicto social, la migración forzada, la reprimarización económica, la sobreexplotación de los recursos naturales, el desmonte de la producción interna. En su conjunto, los anteriores factores favorecen “la pérdida de soberanía alimentaria e inseguridad alimentaria y los altos niveles de pobreza, que es a su vez, la variable que mejor explica la mortalidad por desnutrición en los niños menores de cinco años” (Ruiz, 2012, pág. 4).

La pobreza es un indicador razonable de inseguridad alimentaria. La incidencia establecida entre las defunciones por desnutrición y el índice de pobreza multidimensional son altas. La incidencia de estas defunciones se encuentra en cuanto al peso al nacer, el destete temprano, la ausencia de atención prenatal, la edad de la madre y las condiciones del entorno. Las tasas más altas se encuentran en territorios rurales los cuales no tienen mucha presencia gubernamental y son escenario del conflicto armado, con menores niveles de salubridad.

El Gobierno debido a esto, trabaja según los ODS en buscar reducir la mortalidad por desnutrición en niños y niñas menores de 5 años y mejorar el estado nutricional de la población más pobre y vulnerable. Para lograr tal meta, propone disminuir el porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer a través de la ampliación y la profundización a nivel territorial de la estrategia de prevención y reducción de anemia nutricional infantil, el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), el programa método Madre Canguro y los bancos de leche humana.

A nivel departamental y de acuerdo con la Encuesta Nacional De La Situacion Nutricional En Colombia ([ENSIN], 2010) en Santander el 8,6% de niños menores de 5 años estaban con desnutrición crónica y el porcentaje de personas con edades entre los 5 y 17 años con este mismo problema era de 10%. De acuerdo con Ardila (2018), en el año 2018 los casos registrados por desnutrición infantil en niños entre 1 y 4 años aumentaron en 56,3% y más de la mitad se presentaron en las zonas urbanas del departamento. Aproximadamente 86 niños fueron atendidos en los centros médicos porque mostraron cuadros severos de desnutrición, contabilizando 31 casos más que los 55 registrados en el año 2017. Bucaramanga, Cimitarra, Girón, Piedecuesta y Barrancabermeja fueron los municipios de Santander donde más casos fueron notificados. Según Espinosa (2018) dentro de las principales causas de desnutrición se encontró que la lactancia materna en los recién nacidos durante los primeros meses de vida fue insuficiente y con ello el desconocimiento por parte de las madres sobre la nutrición de sus hijos.

Por lo que es imprescindible que las madres asistan a los controles prenatales ofrecidos durante el tiempo adecuado del embarazo. Sin embargo, se debe reconocer que los orígenes de la desnutrición en los menores de 5 años están ligados a otros factores indispensables como las limitaciones para acceder a los sistemas y centros de salud, una nutrición poco apropiada y la falta de asesoramiento de las madres durante el embarazo. Los factores mencionados tienen repercusiones directas sobre los niveles de mortalidad por desnutrición, puesto que las probabilidades de contraer enfermedades son más altas y ello también trae consecuencias en el desarrollo mental y físico de los menores (Clavijo & Plata, 2017).

En la siguiente figura se muestra el comportamiento de las tasas mortalidad por desnutrición en menores de 5 años para Colombia y Santander durante el periodo de 2005-2015.

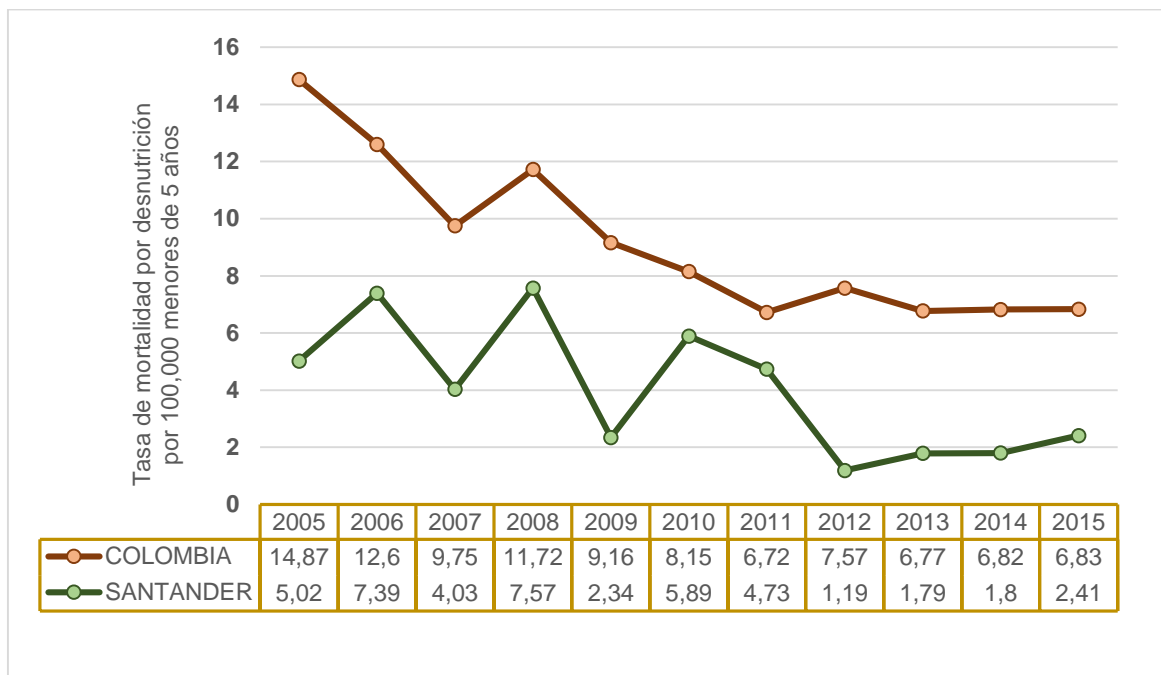


Figura 29. Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años en Colombia y Santander (2005-2015)

Adaptado de: Secretaría de Salud de Santander. Mortalidad por desnutrición en menos de 5 años. 2017.

Entre el año 2005 y 2015, para Santander (ASIS, 2017) la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años siempre se mantuvo por debajo del nivel del país, con tasas que variaron entre 1,19 y 7,39 muertes en menores por 100.000 NV. El indicador de mortalidad en los niños es uno de los más decisivos acerca de las condiciones en términos de calidad de vida de las sociedades, por lo que mantener y disminuir el número de muertes por desnutrición debe ser una prioridad para los gobernantes.

8. Conclusiones

La equidad en salud abarca muchos aspectos, es por ello que, esta debe verse como un concepto multidimensional como afirma Sen, pues incluye factores relacionados con el logro de la salud (mayor cobertura, disminución de la mortalidad, entre otras), la posibilidad de alcanzar un buen estado de salud, la equidad en la distribución de los servicios en la atención sanitaria, y la justicia procesal (normas). Asimismo, las consideraciones sobre la salud deben ser parte fundamental en los temas sobre la justicia social y la equidad global, donde los recursos y el alcance de los diferentes acuerdos sociales sean observados y manejados cuidadosamente.

Hoy en día, en Colombia muchas personas no usan tratamientos para sus dolencias ni hacen parte de la misma prevención, como consecuencia del uso del sistema de salud el cual implica gastos que la comunidad no está dispuesta a asumir por falta de recursos, bajos ingresos, largas distancias entre zonas residenciales y centros médicos, medicamentos no pos, o cuotas moderadoras existentes que se transfieren en trabas institucionales para el debido acceso. Para ello, en la búsqueda de mejoras, el Gobierno ha optado por la implementación de políticas para el aumento del acceso, ampliando la cobertura en salud hasta un 94% de la población. No obstante, estas políticas se ven cortas en la búsqueda de la equidad en salud dado que esta no trata solo de la distribución de la salud, sino que va mucho más allá.

En este caso, la equidad en salud no puede dejar de ser una característica fundamental de la justicia social. Un ejemplo claro de esta situación es la existencia de injusticia y la no oportunidad de obtener buena salud, como es el caso de la desnutrición que puede conllevar a la muerte por falta prevención o tratamiento debido a acuerdos sociales. Para el 2008 la tasa de mortalidad infantil por desnutrición interrumpe la tendencia descendente que venía presentando, dando paso en este periodo a un preocupante aumento, principalmente por razones de motivos sociales como la crisis económica a nivel mundial, la cual generó un crecimiento en el índice de

Gini (0,55) y la internacionalización del conflicto armado, situación que llevo a que se incrementará la desigualdad del ingreso y hubiese mayor desplazamiento de la población con cerca de 380.863 a nivel nacional y 9.700 en Santander, empeorando la pobreza la cual da paso a una de las mayores tasas de mortalidad infantil por desnutrición en Colombia y Santander. En este sentido, Sen afirma que las repercusiones negativas son para la justicia social, de acuerdo a la no prevención ni trato de una enfermedad por estos motivos sociales.

Por consiguiente, la justicia social toma un papel preponderante que puede derivar en otros aspectos teniendo en cuenta la importancia de los procesos y la justicia procesal (normas) en ella para poder ir más allá de los logros y de la posibilidad de lograr la salud requerida. En Colombia, a lo largo del periodo, las mujeres han tendido a obtener mejor promedio en mortalidad que los hombres, por progresos en salud y longevidad. Sin embargo, no se puede juzgar a la equidad en salud solo por sus logros ya que de ser así las mujeres podrían ser juzgadas y discriminadas con el fin de equipararlas con los hombres para alcanzar una igualdad en salud con alcances en la justicia procesal, pensando solo en mejorar la atención sanitaria de los hombres. Si se juzgara de esta manera, las repercusiones para el país serían fatales, ya que es evidente que aún persiste un trato inequitativo para las mujeres como es el caso de la violencia de género donde el 32% de las mujeres han reportado algún maltrato físico por parte de sus esposos o compañero sentimentales (ENDS-2015), violencia fuertemente ligada a la cultura patriarcal, la pobreza, y a grupos armados al margen de la ley.

No obstante, también se debe tomar atención a la relación de la salud con otros aspectos a través de la asignación de recursos y de los acuerdos sociales. Entre estas consideraciones, el país ha optado por establecer un sistema de cobertura en el cual se encuentra un régimen contributivo, subsidiado y un tercero llamado participantes vinculados (personas con incapacidad de pago esperando ser beneficiarias del régimen subsidiado). El contributivo y subsidiado son

financiados por las empresas y el apoyo del Estado, y el otro, el de los vinculados, tiene derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas. Pero, los participantes vinculados los cuales llegan a ser 3 millones de personas no pueden pagar los servicios de salud y terminan sin ser acogidos por la ayuda de los recursos públicos debido a que no reciben una asistencia aceptable y tampoco tienen acceso a algún tipo de servicio, lo que conlleva a una desigualdad en la atención y en la asignación de recursos. Problemas, que como Rawls (1990) afirma, son generados por una sociedad en la cual existe el control del sistema en función del beneficio propio, ya que son sólo unas pocas personas las que monopolizan la riqueza y la responsabilidad de cargos, bloqueando la búsqueda de medios equitativos para alcanzar libertades como el obtener buena salud.

Debido a ello, la equidad en salud en Colombia necesita miramientos menos focalizadas en políticas específicas como los ODS los cuales son programas verticales que no atacan las causas estructurales que están en el origen de los procesos de desigualdad, de empobrecimiento y de exclusión de miles de personas. De hecho, estas son expresiones básicas de modelos de desarrollos para la calidad de vida de los pueblos que nunca han tenido en cuenta los intereses de estos, dando paso a la fragmentación de acuerdos y respuestas de los movimientos de sociedad civil, al tomar objetivos y separarlos en políticas como poner fin a la mortalidad infantil o por VIH-SIDA, que aunque son importantes, no son los únicos casos a tratar ni mucho menos a discurrir por separado, dando paso a disminuir las expectativas y la búsqueda de solución solo a un grupo específico de población el cual se encuentra fuera del contexto del derecho universal que está basado en la equidad, el cual implica la satisfacción de principios de participación y no discriminación.

Para ello, hay que tener inclusividad y democracia en las decisiones donde no sea el mercado quien influya. Donde se trate una agenda maximalista la cual abarque además de la

desigualdad, la implicación de políticas sociales más incluyentes, modificación de instituciones y acuerdos para la asignación de recursos que puedan facilitar la salud para todos, en consideración a que la salud en la vida humana es una condición primordial y fundamental para las posibilidades humanas.

Referencias Bibliográficas

Acosta, & Romero. (2014). *Inequidades en Salud: avances y retos*.

Acosta, K., & Romero, J. (Octubre de 2014). *Cambios recientes en las principales causas de mortalidad en Colombia*. Obtenido de <http://www.banrep.gov.co/es/dtser-209>

Acosta, O., Azuero, F., & Concha, T. (2017). *El Ingreso y su distribución en Colombia Hogares o Empresas: ¿quién debe tributar?* Documentos de Proyectos.

Alcaldía de Girón. (2012). 4 Plan De Desarrollo “Girón Monumento Nacional: La. Obtenido de http://giron-santander.gov.co/apc-afiles/64363264663566326266363830396364/PLAN_DE_DESARROLLO_11_dic_2008.pdf

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. (2011). *Directriz de enfoque diferencial para el goce efectivo de los derechos de las personas en situación de desplazamiento con discapacidad en Colombia*. CMS Communication & Marketing Solutions.

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. (s.f.). *Colombia Situation Indígenas*. Obtenido de <https://www.acnur.org/colombia.html>

Álvarez, L. S. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Revista Gnerencia y Políticas de Salud*, 69-79.

Amartya, S., & Kliksberg, B. (2007). *Primero la gente*. Barcelona: Ediciones Deusto.

Ardila, E. (15 de Mayo de 2018). Casos de desnutrición infantil han aumentando un 56% en Santander. *Vanguardia*.

- Arias, A., & Gaviria, M. (2005). *Comparación de la situación de salud, entre población en situación de desplazamiento y receptora, en seis ciudades. 2002-2003*. Bucaramanga: Medellín: OPS 2005.
- Asamblea Departamental de Santander. (29 de Diciembre de 2009). Ordenanza 065 de 2006. *Por medio de la cual se establece la política de comunidades negras, afrocolombianas, raizales, palenqueras del departamento de Santander*. Bucaramanga, Santander, Colombia.
- Banco de la República. (2014). *La salud en las regiones colombianas: inequidad y morbilidad*. Cartagena: Banco de la Republica. Obtenido de http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_213.pdf
- Banco de la República de Colombia. (2005). *PIB. Metodología año base 2005*. Obtenido de <http://www.banrep.gov.co>
- Banco Mundial. (s.f.). *World Bank Group*. Obtenido de <https://datos.bancomundial.org/indicador/si.pov.gini>
- Bardey, D., & Buitrago, G. (2017). *Macroeconomía de los gastos en salud en Colombia*.
- Barranza, M., & Panopoulou, G. (2013). Desigualdades e inequidades en la salud y en la utilización de la atención sanitaria relacionadas con los ingresos en México, 2000 - 2006. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44 - 53. Obtenido de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/EquiLAC-06--SECTION--Barranza--44-53.pdf>
- Carmona, Z., & Parra, D. (2015). Determinantes sociales de la salud: un análisis desde el contexto colombiano. *Salud Uninorte*, 608 - 620. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v31n3/v31n3a17.pdf>

Centro de Investigaciones para el Desarrollo. (Septiembre de 2006). *Los indicadores de equidad en el sistema educativo: una aproximación teórica*. Obtenido de DOCUMENTS:

https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-124037_archivo_pdf.pdf

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. (2017). *División de Población de la CEPAL. Revisión 2017*. Obtenido de

https://celade.cepal.org/bdcelade/proyecciones/resultados/000_resumen.xlsx

Clavijo, S., & Plata, S. (2017). *Situación nutricional y perfil metabólico de la población de 0 a 17 años en Santander: estudio SALUS*.

CODHES. (2014). *Grupos posdesmovilización y desplazamiento forzado en Colombia: una aproximación cuantitativa*.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (1990). *La equidad: enfoques teóricos y sugerencias para su estudio*.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2007). Mortalidad. *América Latina y el Caribe. Observatorio demográfico N° 4*.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2018). *Tasa Global de Fecundidad*. Obtenido de

<https://celade.cepal.org/redatam/pryesp/sisppi/webhelp/helpsispi.htm#fecundidad.htm>

Congreso de Colombia. (19 de Febrero de 1945). Ley 6 de 1945. *Disposiciones sobre convenciones de trabajo, asociaciones profesionales, conflictos colectivos y jurisdicción especial del trabajo*. Bogotá, Colombia: DO: 25.790.

Congreso de Colombia. (26 de Diciembre de 1946). Ley 90 de 1946. Bogotá, Colombia.

Congreso de la República. (31 de Julio de 2009). LEY 1346 de 2009 QUE APRUEBA LA

“CONVENCIÓN INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON

- DISCAPACIDAD” (DIVERSIDAD FUNCIONAL). Bogotá, D.C., Colombia. Obtenido de <http://iusconstifil.blogspot.com/2009/09/publicada-ley-1346-de-2009-que-aprueba.html>
- Congreso de la República de Colombia. (1997). Por la cual se adoptan medidas para la prevención del desplazamiento forzado; la atención, protección, consolidación y esta estabilización socioeconómico de los desplazados internos por la violencia en la República de Colombia., (pág. 11). Bogotá, D.C.
- Congreso de la Republica. (s.f.). Ley 100 de 1993. *DIARIO OFICIAL. AÑO CXXIX. N. 41148. 23, DICIEMBRE, 1993.* Bogotá.
- Contaduría General de la Nación. (2006). *Situación financiera y de resultados a 31 de diciembre de 2005.* Bogotá, D.C.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística . (2008). *Análisis de la estructura y composición de las principales variables demográficas y socioeconómicas del Censo 2005.* Bogotá, D.C.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística . (2009). *Encuesta de Ingresos y Gastos 2006/2007.* Bogotá.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística . (2013). *Pobreza Monetaria y Desigualdad 2012.* Bogotá D.C.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística . (2017). *Pobreza monetaria en Santander.*
- Departamento Admnsitrativo Nacional de Estadística. (2009). *Proyecciones nacionales y departamentales de población 2005 - 2020.* Obtenido de Demografía y Población: <https://www.dane.gov.co>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística . (2018). *Encuesta Nacional de Presupuestos de los Hogares (ENPH).*

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2005). *Necesidades Básicas Insatisfechas*.

Obtenido de <https://www.dane.gov.co>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2010). *Cuentas departamentales - Base 2005: resultados y cambios metodológicos*.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2017). *Educación Formal*. Obtenido de <https://www.dane.gov.co>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2017). *Encuesta Nacional de Calidad de vida*. Obtenido de <https://www.dane.gov.co>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (s.f.). *Estadística Vitales Nacimientos y Defunciones*. Obtenido de <https://www.dane.gov.co>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (s.f.). *Indicadores Demográficos según Departamento 1985-2020*. Obtenido de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/series-de-poblacion>

Departamento Nacional de Planeación. (2011). *Índice de Pobreza Multidimensional (IPM-Colombia) 1997-2008 y meta del PND para 2014*.

Departamento Nacional de Planeación. (2018). *Pobreza Monetaria y Pobreza Multidimensional. Análisis 2010 - 2017*.

Encuesta Nacional De La Situacion Nutricional En Colombia. (2010). *ENSIN*.

Erikson, R. (1974). *Welfare as a Planning Goal*. Oxford: Clarendon Press.

Eslava, J. H., Rincón, C. J., & Guarnizo, C. C. (2013). Inequidad de la expectativa de vida al nacer por sexo y departamentos de Colombia. *Biomédica*.

Espinosa, K. (25 de Agosto de 2018). En Santander, aumentaron los casos de desnutrición infantil. *Vanguardia Liberal*.

- Estrada, I., & Guerrero, I. (2013). Análisis integrado de la pobreza en Santander, Colombia, 2004-2010. *Lebret*, 113-140.
- Ferrelli, R. (2015). *Equidad en salud desde un enfoque de determinantes sociales*. México.
- Flórez, C., & Camacho, A. (2012). *Dos décadas de cambios en la equidad del sistema de salud colombiano: 1990 - 2010*. Obtenido de CEPAL:
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5223/1/S1200596_es.pdf
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2016). *Informe sobre Equidad en Salud 2016: Un análisis de las inequidades en salud reproductiva, materna, neonatal, de la niñez y de la adolescencia en América Latina y el Caribe para guiar la formulación de políticas*. Ciudad de Panamá.
- Galvis, L., & Roca, A. (2010). Persistencia de las desigualdades regionales en Colombia: Un análisis espacial. *Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional*.
- Galvis, V., Rey, J., Rodríguez, L., Serrano, C., & Tello, A. (2009). Prevalencia de ceguera en el Departamento de Santander–Colombia. *UNAB*, 12:66-73.
- Garriga, Y. (2015). *Determinantes de la salud: el rol de la inequidad en salud*. MINSAP.
Obtenido de <http://bvs.sld.cu/revistas/infid/n1512/infid07212.htm>
- Garriga, Y., Navarro, J., Saumell, A., Serviat, T., León, J., & García, S. (2016). *Determinantes de la salud: el rol de la inequidad en salud*. Obtenido de Infodir:
<http://bvs.sld.cu/revistas/infid/n1512/infid07212.htm>
- Gómez, C. (2010). *Discapacidad en Colombia: reto para la inclusion en Capital Humano*.
Obtenido de <https://www.saldarriagaconcha.org>
- Gómez, L. Y., Tolosa, A., & Morales, L. A. (2015). Observatorio de Discapacidad de Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 277-285.

Grupo de Investigación sobre Desarrollo Regional y Ordenamiento Territorial-UIS. (2011).

Formulación de la visión prospectiva de Santander 2019-2030. Obtenido de

<https://www.uis.edu.co>

Grupo de Planeación en la Salud Pública. (2017). *CONTEXTO GENERAL DE LOS PUEBLOS*

INDÍGENAS: ASPECTOS SOCIO CULTURALES, DEMOGRÁFICOS,

AMBIENTALES, TERRITORIALES Y DE SALUD. Bogotá: Ministerio de Salud.

Gutiérrez, C. (2018). *El sistema de salud colombiano en las próximas décadas: cómo avanzar*

hacia la sostenibilidad y la calidad en la atención. Fedesarrollo.

Hernández, M. (2001). Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. *Scielo*.

Hernandez, M., & Ariza, J. (2007). *Equidad de Etnia en el Acceso a los Servicios de Salud en*

Bogotá. Bogota: Secretaria de Salud. Obtenido de

http://www.saludcapital.gov.co/Articulos%20Observatorio/Equidad_Etnia.pdf

Hormiga, C., & Laura, R. (2009). *Perfil de Morbilidad y Mortalidad en Santander*.

Hormiga, C., & Rodríguez, L. (2007). *Objetivos de Desarrollo del Milenio en Santander*.

Hormiga, C., Rodríguez, L., & Niño, M. (2007). *Perfil de morbilidad y mortalidad en Santander*.

Informe de Coyuntura Económica Regional. (2015). *Informe de Coyuntura Económica Regional*.

Santander.

Instituto Nacional de Salud. (2018). *Vigilancia en salud pública: Malaria*. Obtenido de

<https://www.ins.gov.co/buscador->

[eventos/BoletinEpidemiologico/2018%20Bolet%C3%ADn%20epidemiol%C3%B3gico%20semana%2026.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2018%20Bolet%C3%ADn%20epidemiol%C3%B3gico%20semana%2026.pdf)

[0semana%2026.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2018%20Bolet%C3%ADn%20epidemiol%C3%B3gico%20semana%2026.pdf)

Jaramillo, M., Chernichovsky, D., & Jiménez, J. (2017). Determinantes de la mortalidad infantil en

Colombia. . *Salud Pública*.

- Lacouture, R. (2006). *Informe sobre pobreza y desempleo en Colombia y coeficiente de GINI de las empresas supervisadas por la superintendencia de sociedades*. Bogota, D.C.
- Lamus Canavate, D. (2012). *Raza y etnia, sexo y género: El significado de la diferencia y el poder*. Bucaramanga. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/110/11023066006.pdf>
- López, C. (09 de Mayo de 2016). Drama colombiano: sus desigualdades. *Portafolio*, pág. párrafo 3.
- López, L., & Esquiaqui, R. (2015). *Mortalidad materna y mortalidad perinatal en Santander*.
- Martínez, M. (2006). *EQUIDAD EN SALUD: ESTUDIO DE CASO EN EL DISTRITO CAPITAL DE BOGOTÁ*. Bogotá. Obtenido de <http://bdigital.unal.edu.co/659/1/596483.2006.pdf>
- Martinez, Zapata, & Hormiga. (2012). Exploración de las condiciones socioculturales, la morbilidad sentida y algunas prácticas relacionadas con el cuidado de la salud en los Room. *Revista del Observatorio de Salud Pública de Santander*. Obtenido de http://web.observatorio.co/publicaciones/grupos_eticos_2013_03.pdf
- Mejía, D. (2002). *Pobreza, distribución del ingreso y desempleo en América Latina*. Banco de la República.
- Mesa, C., & Junca, G. (2011). Análisis de reducción de la fecundidad en Colombia: Modelo de determinantes próximos. *bdigital UN*, 127-150.
- Ministerio de Comercio, Industria y Turismo. (2018). *Perfiles Económicos Departamentales*. Obtenido de <http://www.mincit.gov.co>
- Ministerio de Cultura de Colombia. (2010). *Afrocolombianos, población con huellas de africanía*. Obtenido de <https://www.mincultura.gov.co>
- Ministerio de Educación Nacional de Colombia. (31 de Mayo de 2010). *La Educación es de Todos*. Obtenido de https://www.mineducacion.gov.co/1759/w3-article-233839.html?_noredirect=1

Ministerio de Educación Nacional de Colombia. (2016). *La Educación en Colombia*.

Ministerio de la Protección Social. (2004). *Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna*.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2006). *Decreto Numero 3518 de 2006*. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%203518%20DE%202006.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2010). *Modelo de atención integral en salud*. Obtenido de https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publications&alias=378-modelo-de-atencion-mpas&Itemid=518

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Análisis de Situación de Salud de Poblaciones Diferenciales Relevantes*. Bogotá. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/An%C3%A1lisis%20de%20poblaciones%20diferenciales.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Envejecimiento demográfico. Colombia 1951-2020 dinámica demográfica y estructuras poblacionales*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Análisis de situación de Salud. Colombia, 2013*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co>

Ministerio de Salud y Protección social. (2014). *Informe de Actividades 2010-2014 y 2013-2014 Sector Administrativo de Salud y Protección Social*.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Informe al Congreso de la República 2014-2015. Sector Administrativo de Salud y Protección Social*. Bogotá.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Situación de discapacidad en la salud de los colombianos*. Bogotá. Obtenido de Ministerio de Salud y Protección Social:

<http://salasituacionalidsnds.weebly.com/uploads/1/0/7/1/10714324/asis-departamental-2016-nortedesantander.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016a). *Perfil Epidemiológico de Pueblos Indígenas de Colombia*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016b). *Perfil de Salud de la Población Indígena, y medición de desigualdades en salud. Colombia 2016*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Análisis de Situación de Salud*.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Sector Administrativo de Salud y Protección*.

Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). *Sistema Integral de Información de la Protección Social*. Obtenido de <http://rssvr2.sispro.gov.co/reportesAsis/>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Análisis de situación de Salud, Colombia, 2013*. Bogotá, D.C.: Imprenta Nacional de Colombia.

Ministerio del Interior y de Justicia. (2009). *“La consulta previa a grupos étnicos en Colombia”*. Ministerio del Interior y de Justicia.

Mogollón, S. (2016). Mortalidad infantil: causas y determinantes sociales en municipios fronterizos de Colombia. Estudio ecológico de análisis y tendencia. Bogotá, D.C.

Observatorio de Salud Pública de Santander. (2006). *Diagnostico de Salud en Santander*. Observatorio de Salud Pública de Santander.

Observatorio de Salud Pública de Santander. (2012). *Diagnóstico de Salud en Santander*.

Observatorio de Salud Pública de Santander. (2016). *Esperanza de vida al nacer*. Obtenido de <http://web.observatorio.co>

Observatorio de Salud Pública de Santander. (s.f.). *Indicadores Básicos de Salud de Santander*.

Obtenido de <http://web.observatorio.co/>

Observatorio Socioeconómico de Santander. (2013). *Santander. Medición de la Pobreza*.

Bucaramanga.

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2009).

Informe alterno al quinto informe del estado colombiano ante el comité del pacto

internacional de derechos económicos, sociales y culturales. Obtenido de

https://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/docs/ngos/PCDHDD_Colombia_CESCR42.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2005). *Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud*.

Obtenido de <https://www.who.int>

Organización Mundial de la Salud. (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación*.

Buenos Aires: Ediciones Journal S.A.

Organización Mundial de la Salud. (2011). *Cerrando brechas: la política de acción sobre los*

determinantes sociales de la salud. Obtenido de

https://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper-SP.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud. (10 de Diciembre de 2017). *Sitio web mundial*. Obtenido de

Centro de prensa: <https://www.who.int/mediacentre/news/statements/fundamental-human-right/es/>

Organización Mundial de Salud. (22 de julio de 1946). Obtenido de

<https://www.who.int/suggestions/faq/es/>

Organización Panamericana de la Salud. (2004). *Insumos para la conceptualización y discusión*

de una política de protección social, en salud para los grupos étnicos de Colombia.

Obtenido de <https://www.paho.org>

- Organización Panamericana de la Salud. (2 de Octubre de 2014). Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Washintong, D.C., Estados Unidos.
- Organización para el Comercio y el Desarrollo Económico. (s.f.). *La OCDE: 50 Años Promoviendo Mejores Políticas para una Vida Mejor*. Obtenido de <https://www.oecd.org/centrodemexico/laocde/>
- Ortiz, G., & Rodríguez, L. (2007). *Mortalidad Materna en Santander, 2004-2007*.
- Otero, A., & Zinzunegui, M. (2016). Determinantes sociales de la salud y su influencia en la atención sanitaria. UNAM. Obtenido de <http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wp-content/uploads/2013/12/biblio-basica-1.2.2-1.pdf>
- Otero, J., Uribe, J. C., & Hormiga, C. (2013). *Perfil de morbilidad y mortalidad de Santander*.
- Plata, S., & Clavijo, S. (2015). *Perfil de morbilidad y mortalidad en Santander*.
- Profamilia. (1995). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Salud sexual y reproductiva en Colombia*. Obtenido de <http://profamilia.org.co>
- Profamilia. (2000). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Obtenido de <http://profamilia.org.co>
- Profamilia. (2005). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Obtenido de <http://profamilia.org.co>
- Profamilia. (2010). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Obtenido de <https://profamilia.org.co/>
- Profamilia. (2015). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Obtenido de <http://profamilia.org.co>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2007). *El Departamento de Santander frente a los Objetivos de Desarrollo del Milenio*.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2015). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (s.f.). *El Departamento de Santander frente a los Objetivos de Desarrollo del Milenio*.

Rawls, J. (1979). *Teoría de la justicia*. Mexico: Fondo de Cultura Económica.

Rawls, J. (1990). *Sobre las libertades*. Barcelona: Ediciones Paidós.

Restrepo, J. (2007). La calidad en la prestación de los servicios de salud: un imperativo por lograr. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 78-81.

Rey, J., Rodríguez, L., & Camacho, P. (2005). *Mortalidad Materna y Perinatal en Santander*.

Rincon, C., Pinzon, C., Villada, A., Castillo, J., Reveiz, L., Elias, V., & Eslava-Schamalbach. (2017). Índice compuesto de inequidad en salud para un país de mediano ingreso. *Salud Publica*, 250 - 258. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v19n2/0124-0064-rsap-19-02-00250.pdf>

Rivero, C. (s.f.). Calidad de vida: el enfoque de Amartya Sen y sus exclusiones. *FACES*.

Rojas, G., & Hurtado, P. (8 de Septiembre de 2018). *CODHES*. Obtenido de http://www.codhes.org/~codhes/images/Articulos/GPD_y_desplazamiento_forzado_en_Colombia.pdf

Ruiz, N. (2012). *Las mortalidades por desnutrición, una realidad que violenta los derechos humanos. Colombia 2003-2012*. Obtenido de <http://www.abep.org.br/xxencontro/files/paper/247-306.pdf>

Sanchez, R. (2017). Desigualdad del ingreso en Colombia: un estudio por departamentos. *Cuadernos de Economía*, 261-300.

Secretaría de Salud de Santander. (2012). Diagnóstico de Salud de Santander. *Observatorio de Salud Pública de Santander*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/mapa/Analisis-de-Situacion-Salud-Santander-2011.pdf>

Secretaría de Salud de Santander. (2015). *Análisis de Situación de Salud con el Modelos de los Determinantes Sociales de Salud Departamento de Santander*. Obtenido de

http://web.observatorio.co/publicaciones/San%20Miguel_dg.pdf

Secretaría de Salud de Santander. (2017). *Análisis de situación de salud con modelo de los determinantes sociales de salud departamento de Santander 2017*.

Sen, A. (1995). *Nuevo examen de la desigualdad*. Madrid: Alianza.

Sen, A. (1998). *La calidad de vida*. Oxford: Oxford University Press.

Sen, A. (2000). *La salud en el desarrollo*. Obtenido de

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/57579/RA_2000_2_16-21_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Senado de la República. (2009). LEY 1346 de 2009 QUE APRUEBA LA “CONVENCIÓN INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD” (DIVERSIDAD FUNCIONAL). Obtenido de

<http://iusconstifil.blogspot.com/2009/09/publicada-ley-1346-de-2009-que-aprueba.html>

Soledad, J., & Jiménez, C. (2011). El análisis del desplazamiento interno en Colombia con base en el registro único de población desplazada (RUPD): Localización y Características (2000-2007). *Revista electrónica de geografía y ciencias sociales*.

Solórzano, M. R. (2007). Una mirada a las tendencias actuales del analfabetismo. *Revista Plac*.

Obtenido de Una mirada a las tendencias actuales del analfabetismo:

<https://www.oei.es/historico/noticias/spip.php?article961>

Soto, V. (2012). Hacia un análisis de la desigualdad social en salud a nivel intercomunal en Chile:

Un acercamiento desde la caracterización y descripción de los determinantes sociales estructurales y los resultados de salud. *Repositoria académico de la Universidad de Chile*.

Obtenido de <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/113425>

Torres, D., & Mayorga, W. (2016). Comportamiento de la mortalidad en la población colombiana y asegurada. *Fasecolda*, 16-23.

Universidad Externado de Colombia. (2009). *Guía para el análisis demográfico local*. Bogotá.

Velez, C., & Vidarte, J. (2014). Discapacidad y Determinantes Sociales de la Salud Estructurales e Intermedios: Diferencias por Género. *Ciencia e Innovación en Salud*, 63 - 69. Obtenido de file:///C:/Users/pc/Downloads/42-Article%20Text-28-1-10-20170331.pdf

Wagstaff, A. (2002). Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*. Obtenido de <https://scielosp.org/article/rpsp/2002.v11n5-6/316-326/es/>

World Bank Group. (2016). Obtenido de

<https://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.GINI?locations=CO>