
La salud como derecho en Colombia. 1999-2007*

The right to Health in Colombia. 1999-2007

A saúde como direito na Colômbia. 1999-2007

Fecha de recepción: 29-09-08 Fecha de aceptación: 27-02-09

Mónica Cecilia Moreno Moreno **

María Victoria López López***

* Este artículo es producto de: la investigación "Atención en salud en la ciudad de Medellín: evidencias desde diferentes actores", de María Victoria López López y colaboradores, financiada por el Comité para el Desarrollo de la Investigación (CODI) de la Universidad de Antioquia, realizada en Medellín (Colombia) 2006-2008.

** Socióloga de la Universidad de Antioquia. Magíster en Ciencia Política de la Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Porto Alegre, Brasil). Integrante del grupo de investigación Políticas Sociales y Servicios de Salud de la Universidad de Antioquia. Dirección de correspondencia: Calle 64 No 53-09, oficina 209, Medellín, Colombia. Correo electrónico: mocamoreno@gmail.com dirección.

*** Socióloga de la Universidad Autónoma Latinoamericana. Magíster en Medicina Social de la Universidad Autónoma Metropolitana (Xochimilco, México). Docente de la Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería. Jefa del Centro de Investigación de la Facultad de Enfermería de esa misma institución. Integrante del grupo de investigación Políticas Sociales y Servicios de Salud de la Universidad de Antioquia. Correo electrónico: mvlopez@tone.udea.edu.co

Resumen

Se presenta un estado del arte basado en producción publicada sobre la salud como derecho en la última década. La metodología, enmarcada en el enfoque cualitativo, utiliza técnicas de análisis de contenido y de discurso. Se aplicaron instrumentos con descriptores como: objetivos, temáticas, actores, enfoque y resultados. De los hallazgos pueden destacarse preocupaciones por la agudización de la crisis hospitalaria, el problema laboral y su relación con la salud, las barreras de acceso a los servicios y el deterioro de la salud pública. El estudio muestra dos perspectivas para configurar la política de salud: la libertad de mercado como mejor opción para asegurar la atención a la salud o la garantía de la salud desde el Estado como responsable fundamental.

Palabras clave autor: derecho a la salud, políticas públicas, atención a la salud, derechos humanos, seguridad social, sistemas de salud.

Palabras clave descriptor: derecho a la salud, políticas públicas, sistemas de salud, seguridad social.

Abstract

We are presenting a state of art based on published books and articles on health as a right in the last decade. The methodology is part of the qualitative approach, using techniques of content analysis and discourse analysis. We applied instruments with descriptors such as: objectives, themes, actors and results. Among the findings may highlight concerns over the worsening of the hospital crisis, the labor problem and its relation to health, access barriers to services and the deteriorating situation of public health. The balance shows two perspectives to set health policy: the free market as the best option to ensure the health attention or the guarantee of health from the State as a fundamental responsible.

Key words author: right to health, public policies, health care, human rights, social security, health systems.

Key words plus: right to health care, public policy, health systems, social security.

Resumo

Apresenta-se um estado da arte baseado na produção publicada sobre a saúde como direito na última década. A metodologia enfoca um estudo qualitativo, utilizando técnicas de análise de conteúdo e discurso. Utilizaram-se instrumentos com descritores como: objetivos, temáticas, atores, enfoque e resultados. Dos resultados, destacam-se: preocupações pelo crescimento da crise hospitalaria, o problema laboral e sua relação com a saúde, as barreiras de acesso aos serviços, e o deterioro da saúde pública. O estudo ilustra duas perspectivas para configurar a política de saúde: a liberdade do mercado como melhor opção para segurar a atenção à saúde; ou a garantia da saúde desde o Estado como responsável fundamental.

Palavras chave: Direito à saúde, políticas públicas, atenção à saúde, direitos humanos, segurança social, sistemas de saúde.

Palavras chave descritor: Direito à saúde, políticas públicas, sistemas de saúde, segurança social.



Introducción

Para comprender el estado de la discusión sobre la salud como derecho en Colombia, este artículo parte de dos presupuestos básicos: de un lado, se entiende que las concepciones sobre la salud están soportadas en la construcción discursiva y en las acciones sociales, lo que define y transforma las relaciones en las cuales intervienen distintos actores, entre ellos el Estado. Esto se concreta en la normativa, los imaginarios de la salud, el accionar del Estado y la materialización del derecho, así como en las políticas que se elaboran o se omiten [1].

De otro lado, se parte de reconocer que las condiciones sociales, específicamente de salud, tanto en Colombia como en América Latina son críticas: sistemas de atención fragmentados según la capacidad de pago de los usuarios y anclados en el desarrollo económico o el funcionamiento de los mercados; retrocesos en salud pública, con la eliminación de avances en programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud como una de sus principales expresiones; inequidades en el acceso a la atención, siendo significativo el peso que para ello tienen las diferencias de ingreso, entre otras [2,3].

Las políticas de salud, dentro de las políticas sociales, ilustran el proceso de reforma del Estado, dado que la salud es tanto un fin como un medio en la movilización de buena parte de los recursos. El análisis de la situación de la salud como derecho es pertinente para comprender el contexto social y político latinoamericano. Como plantea Almeida [4], el caso de la salud en Colombia, junto con la experiencia chilena, es una implementación rigurosa del modelo de pluralismo estructurado. Este modelo fue planteado para la región por Frenk y Londoño [5] y su

implementación en el caso colombiano es analizada por autores como Restrepo [6].

A más de 15 años de planteada la nueva legislación en salud, investigadores como Echeverry [7] y Flores y colaboradores [8] ven con preocupación la falta de coherencia entre la formulación de las políticas en salud basadas en principios de equidad, universalidad y solidaridad y los alcances que se han logrado con su implementación. Este es el contexto de este artículo, cuyo objetivo principal es realizar un balance crítico del estado de la discusión presente en la documentación sobre la salud como derecho en Colombia, a partir de la última década.

Metodología

Se trata de un estado del arte, modalidad investigativa de corte esencialmente documental con la que se pretende contribuir al desarrollo sistemático de la investigación sobre la salud como derecho. Con en este tipo de investigaciones pueden identificarse autores que han trabajado la temática, ejes de reflexión, avances y retos temáticos, teóricos y metodológicos. En ese sentido, sirve para evitar la realización de dobles esfuerzos. Significa, además, un reconocimiento a los esfuerzos realizados para comprender esta realidad y la posibilidad de orientar nuevas búsquedas y maneras de acercarse a este objeto de análisis.

Para la realización del estado del arte se desarrollaron tres etapas. En la primera se realizó un mapeo de bibliotecas y centros de documentación clave de Medellín, Bogotá y Cali y se establecieron por escrito los criterios para orientar la delimitación de la unidad de análisis. Se recurrió a personal de centros de documentación de instituciones sociales, políticas y de educación superior para acceder a listados relacionados con el tema.

Se realizaron dos entrevistas a expertos, lo cual permitió orientar la construcción de la unidad de análisis a través de la identificación de documentación e instituciones clave. La selección de los libros o artículos que hicieron parte de la unidad de lectura se llevó a cabo a partir de un ejercicio de triangulación entre la información que se había encontrado y las recomendaciones recibidas.

La búsqueda del material se realizó en bibliotecas de universidades públicas del país, organizaciones no gubernamentales y bases de datos internacionales (Scielo, Bireme, Lilacs, Medline). En total se revisaron 60 trabajos que aluden al tema del derecho a la salud. La consulta de las bases de datos internacionales permitió hacer más válida la unidad de lectura, de forma que no se tratara de documentos con un énfasis en lo local y que fuera material evaluado bajo consideraciones académicas. Los criterios fundamentales de selección de los trabajos fueron tres: estar relacionados con el tema de la salud como derecho en Colombia o alguna de sus regiones y ciudades, tener un carácter académico y haber sido publicados entre los años 1999 y 2007.

Los instrumentos de recolección que se emplearon en este estudio se definieron a partir de descriptores principales tales como: características de la documentación, temáticas, problemas, actores identificados, delimitación espacial y temporal, objetivos, referentes, enfoque teórico-metodológico y resultados basados en el análisis de discurso y análisis de contenido y que fueron utilizados en otros estudios de la misma modalidad investigativa [9,10,11].

En la segunda fase se recolectaron datos a partir de trabajos realizados con base en los instrumentos diseñados para este fin. Teniendo en cuenta que un estado del arte tiene su razón de ser en la medida que trasciende planteamientos descriptivos y que en esta

tarea es útil la hermenéutica, se formularon preguntas clave que fueron ubicadas en la ficha de contenido, instrumento que se diligenció a partir de la lectura de cada uno de los textos que conformaron la materia prima de este trabajo [12]. Se elaboraron fichas con los componentes y las preguntas a partir de las cuales se interrogan los documentos. En la tercera etapa se profundizó en el análisis y se buscó identificar necesidades de investigación a partir de los documentos.

Los textos se analizaron con base en la técnica de codificación propuesta por Galeano [13] y Vélez y Galeano [14]. Fue así como se construyeron códigos descriptivos, interpretativos y se identificaron códigos “in vivo”. Este procedimiento se llevó a cabo dentro de las fichas de contenido diseñadas en Microsoft Word; posteriormente, estos códigos se organizaron en tablas en Microsoft Excel. Asimismo, de la realización de este trabajo vale la pena resaltar el desarrollo de ejercicios de escritura —memos analíticos— durante la mayor parte de la etapa de recolección de la información.

En el trabajo de revisión documental se tuvieron en cuenta consideraciones éticas fundamentales como: respeto a las fuentes de información (en términos de autorías, fechas e información pertinente), recolección de los datos de forma organizada e interpretación con la mayor fidelidad posible, ejercicio de relectura de los datos para garantizar la integralidad en el análisis y consulta de distintas fuentes para evitar sesgos en la selección.

Resultados

Dentro del proceso de elaboración de las políticas públicas, los trabajos analizados corresponden a la fase de evaluación en tanto consisten esencialmente en estudios acerca de



la implementación —alcances y retrocesos— de la política de salud diseñada y puesta en marcha desde comienzos de los años 90 del siglo pasado. A continuación se presentan tres aspectos centrales de la documentación: el enfoque y las perspectivas de la salud como derecho, algunos aspectos referidos al contexto socio político que se destaca en los análisis y los problemas relacionados con la estructura del sistema de salud y su impacto en el reconocimiento de la salud como derecho.

Rasgos y perspectivas del análisis de la salud como derecho

En el análisis de la salud como derecho, Álvarez [15] propone tener en cuenta tanto la dimensión jurídico-legal, que se concreta en el conjunto de normas y leyes que lo garantizan y las instancias de responsabilidad para el cumplimiento y seguimiento de acuerdos establecidos, como la dimensión ético-moral, que se refiere al conjunto de principios éticos que lo sustentan como derecho fundamental, independientemente de que exista o no una ley que lo respalde. La autora propone, para el caso colombiano, diferenciar dos enfoques para analizar el actual sistema de salud: el neoliberal-utilitarista y el enfoque de derecho. El primero privilegia el respeto a los derechos civiles y políticos como la vida, la integridad física, la libertad, la propiedad privada y el voto. Estos derechos, denominados de obligatoriedad perfecta, tienen carácter de exigibilidad frente al Estado y se diferencian de las prerrogativas sociales o derechos de obligatoriedad imperfecta como el cuidado y la asistencia sanitaria que pueden ser solicitadas en virtud del principio de beneficencia, pero no exigidas como un derecho humano fundamental.

El enfoque de derecho, por su parte, ha sido adoptado como una alternativa al enfoque neoliberal-utilitarista. Este enfoque se sus-

tenta en la convicción de que la garantía del derecho a la salud tiene que ver con la resolución de las inequidades de salud, parte del reconocimiento de una carta de derechos que no discrimine por ninguna condición social o económica a los miembros de la sociedad. Desde esta mirada, los principios y características del derecho a la salud resultan ser criterios que orientan el planteamiento de rutas alternativas en términos de acceso, reconocimiento de poblaciones, definición de planes de beneficios, determinación de los papeles que los distintos actores involucrados deben desempeñar, calidad de los servicios de salud y mecanismos de exigencia del derecho a la salud [16,17].

Este enfoque está ligado a la concepción de políticas públicas, idea que puede identificarse en el trabajo de la Defensoría del Pueblo [18], que ve en estas la concreción del conjunto de elementos que componen el derecho a la salud. Esta perspectiva se evidencia cuando se vislumbra en ellas la posibilidad de avanzar en términos de igualdad, respuesta a las demandas poblacionales, creación de un contexto más democrático y desarrollo social.

Así, para pensar la salud como derecho es central la preocupación por el reconocimiento del país como realidad multicultural. Gaviria [19] sugiere que se tengan en cuenta las características de grupos y poblaciones específicas (caso de los indígenas) y que como parte del conjunto de los derechos humanos, el derecho a la salud se estableció con pretensiones de universalidad, lo que debe llevar a un ejercicio práctico homogéneo en todas las sociedades. Ello no contradice la importancia de resaltar y valorar las construcciones conceptuales y cosmológicas de distintos grupos étnicos y de reconocer modelos de salud y procesos de autogestión llevados a cabo en comunidades específicas. Asimismo,

este autor subraya que la concreción del derecho supone trascender las declaratorias y convertirse en posibilidades reales para toda la población. Así lo expresa [19]:

Para que un hombre sea digno no es suficiente que se afirme que nace libre e igual a los otros, sino, además, que esa persona para afirmar todas esas calidades llamadas derechos, necesita condiciones materiales que hagan posible y viable su ejercicio.

Lo que esta perspectiva devela es una oportunidad de complementar y discutir conceptos y soluciones para el mejoramiento de las condiciones sanitarias a partir de distintos conocimientos y prácticas que se vienen construyendo en torno a la salud en comunidades no occidentales. Asimismo, esta mirada sugiere revisar las congruencias alcanzadas desde la práctica de garantía del derecho como asunto teórico, político y ético.

Marco socio-político del derecho a la salud

Un primer punto de referencia en el análisis del contexto es la relación entre las condiciones de vida y la dignidad humana, entendida como posibilidad real de ejercer libertades, capacidades y potencialidades. En el estudio sobre el derecho a la salud en Colombia realizado por Mónica Arbeláez [20] se reconocen grandes problemas del contexto socio-político que dificultan la aplicación y el ejercicio de los derechos sociales e impactan de manera decisiva la salud pública, la mortalidad, la discapacidad, la salud mental, la destrucción del tejido social, la prestación de los servicios y el cumplimiento de la misión médica. La autora, al respecto, señala:

Los elevados índices de pobreza el clima de violencia generalizada que vive el país

como consecuencia de las graves desigualdades en la sociedad y las disparidades en la acumulación de la riqueza nacional, entre otras, dificultan la aplicación y el ejercicio de los derechos sociales. (...) Son un amplísimo conjunto de dificultades que marcan el panorama social, político y económico de un país que se enfrentó, y se enfrenta aún, al reto de hacer efectivos los mandatos del constituyente primario consagrados en la Carta Política de 1991, entre ellos, el de conseguir el ejercicio efectivo del derecho a la salud de manera universal [20].

En segundo lugar, el derecho a la salud está ligado a la suscripción de los pactos internacionales de derechos económicos, sociales y culturales (DESC) y a la Constitución Política de 1991. Respecto de los DESC, la Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Viena celebrada en 1993 declaró la indivisibilidad, interconexión e interdependencia de todos los derechos humanos y, a partir del 2008, la Asamblea General de la ONU comprometió a la comunidad internacional a no desmembrar la universalidad de estos derechos y se crearon mecanismos para su exigibilidad y justiciabilidad. Frente a este asunto, Paredes [21] insiste en que partir del bloque de constitucionalidad se acepta que en Colombia los tratados internacionales que se ratifican por el Estado tienen predominio sobre las determinaciones y normativa interna. Señala la autora:

Los derechos civiles y políticos aluden principalmente a obligaciones de omisión con un modelo de Estado auto-refrenado. Los DESC implican obligaciones de acción del Estado, cuyo modelo ideal es el de una sociedad permanentemente auto-activada y un Estado activamente protector. Requieren una adecuada asignación de recursos para garantizar su contenido mínimo esencial y un desarrollo progresivo para lograr su garantía creciente y sostenida.



En este sentido, se encuentra un interés por establecer de forma clara que las libertades que las instituciones estatales deben preservar no se limitan a las civiles y políticas y, por tanto, implican obligaciones de carácter positivo [22].

Arbeláez [20], por su parte, expresa una crítica al Estado colombiano. Según ella aun cuando se ha avanzado formalmente con la firma de acuerdos en materia de derechos humanos, no existen suficientes mecanismos internos que garanticen su efectividad. En este punto hay una similitud con lo planteado por Paredes [21] y la Defensoría del Pueblo [18] acerca de la insuficiencia que representan los instrumentos jurídicos en materia de derechos humanos.

La Carta Política Constitucional es un instrumento clave en el que se declara la primacía del Estado Social de derecho, que implica el compromiso del Estado, a través de sus instituciones y pone a la salud en un lugar de derecho por su conexidad con la vida. Cardona [23] y Jaramillo [24] señalan que la Constitución se elaboró a partir de diferentes posiciones políticas y el contenido del nuevo sistema de salud es el reflejo de esta situación. Según estos autores, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es fruto de la discusión entre una postura que se proponía extender la cobertura del aseguramiento en salud sin tener en cuenta, de forma determinante, la eficiencia, y una posición desde la cual se hacía una defensa del mercado, que incluiría un plan prepago y no consideraba de manera importante la solidaridad.

Problemáticas centrales del derecho a la salud

A continuación se destacan cuatro problemas centrales que emergen de la revisión de los documentos y que están ligados a la lógica

y estructura organizativa para la atención en salud, lo que permite un acercamiento al estado de la discusión del derecho a la salud como realización concreta.

1. Alcances y desafíos en la cobertura y acceso a la atención en salud

Algunos autores [25,26] consideran que la escasez de los recursos y las leyes del mercado determinan la estructura y el funcionamiento de los servicios de salud; plantean que desde una concepción de la salud como un servicio meritatorio, de naturaleza económica y de carácter fundamentalmente privado es posible afirmar la salud como derecho. Pinto y Castellanos [26] proponen que la prestación de servicios de salud se organice de acuerdo con los recursos disponibles, buscando un equilibrio entre las necesidades individuales y las colectivas. Desde una perspectiva similar, respecto de la universalidad en salud, Londoño [27] presenta un balance que indica que entre 1993 y 2000 se registraron incrementos significativos en la cobertura de la seguridad social (de 13,4% a 58,1%). Otros autores [28,29,30,31] polemizan dicha interpretación y enfatizan que uno de los problemas es el no haber alcanzado la cobertura en salud para toda la población mediante el sistema de aseguramiento, mecanismo creado para facilitar el acceso y uso de los servicios. Al respecto, Vélez [32] señala:

Es claro que las coberturas de aseguramiento al sistema general en salud no han alcanzado las metas esperadas, es decir, en la cobertura de salud del ciento por ciento para todos los ciudadanos.

Álvarez [16] considera que uno de los problemas esenciales es la falta de recursos que entrega el Estado. Desde la preocupación por la universalización de la atención, ligada

al problema de los recursos y específicamente a las fuentes de financiación, se destaca el incumplimiento del Estado para cubrir sus obligaciones y la dependencia del sistema exclusivamente de los aportes hechos por sectores que tienen empleo formal. Asimismo, la disminución progresiva de esta parte de la población genera insostenibilidad al sistema y problemas de acceso, especialmente para los más pobres.

La promesa de ampliación de la cobertura no partió de expectativas realistas; así lo expresa Arbeláez [20], para quien esta proyección no se corresponde con el tipo de políticas que en materia económica se vienen adoptando desde la implementación de la Ley 100. Este punto de vista es compartido por autores como Ballesteros, Gaviria y Martínez [30].

Por lo anterior, al contrario de ver en la universalización de la cobertura la razón de ser de la división de los servicios según regímenes, hay una crítica a la fragmentación de la atención en planes de beneficio diferenciados [33,34] y sobre la regulación de la cobertura del sistema, que excluye de beneficios a sectores que si bien no corresponden a estratos de miseria extrema, tampoco tienen capacidad de pago.

En los análisis sobre la inequidad, Hernández [33] y Carmona [35] enfatizan que la cobertura de servicios no se corresponde con los gastos destinados a cubrir las necesidades de salud de la población. Este argumento se puede ubicar en la misma línea de la idea según la cual el crecimiento económico no necesariamente se expresa en el mejoramiento de las condiciones de vida y salud de la población. En el mismo sentido se encuentra una crítica al esquema de financiamiento como factor explicativo de los déficits en cobertura, y se reporta un incremento en los gastos de bolsillo, hecho que afecta principalmente a los sectores de menores recursos.

Otro de los trabajos que ilustra los avances y desafíos del reconocimiento de la salud como derecho es el realizado por Flórez y colaboradores [8], en el que se reconoce que durante los primeros años de implementación del sistema se lograron avances significativos hacia una cobertura universal, especialmente como efecto de la incorporación del grupo familiar al régimen contributivo y al inicio del régimen subsidiado. Los aumentos en afiliación se han dado en todos los estratos, ya sea por zona de residencia, región, género o quintil de riqueza, siendo mayores los avances en las poblaciones rurales y los estratos más pobres. El aseguramiento por tipo de régimen se ha logrado en el contributivo para los quintiles de ingreso alto y en las zonas más desarrolladas. En los quintiles de ingresos bajos y zonas más atrasadas, los avances en los últimos cinco años se dan principalmente a través del aumento en afiliación al régimen subsidiado; la mayor cobertura en aseguramiento probablemente facilitó el uso de servicios de salud entre los más pobres y las zonas rurales. Esta tesis también es sostenida por Jairo Humberto Restrepo [36].

En cuanto al uso y acceso a los servicios, el trabajo de Flórez y colaboradores señala que las personas del régimen contributivo son las que más usan los servicios (79%), seguidas por las del régimen subsidiado (68%); los no asegurados tienen un uso mucho menor (50%), explicado fundamentalmente por limitaciones económicas [8]. Respecto del acceso a los servicios se plantea que es desigual, en detrimento de los asegurados al régimen subsidiado. El plan de beneficios para la población del régimen subsidiado (POS-S) es igual en términos de cobertura de todas las intervenciones en el primer nivel de complejidad, servicios a catastróficos, medicamentos y transporte, pero es menos completo en términos preventivos,



servicios ambulatorios y las intervenciones de los niveles II y III de complejidad.

En consonancia con lo anterior, un documento que analiza los problemas de la equidad financiera en salud, elaborado por la Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo [37] llama la atención sobre la distancia entre el incremento del gasto en salud y la disminución y estancamiento de la cobertura. En 2004 Echeverri [38] presentaba un panorama de hechos que daban cuenta del fracaso de las proyecciones que se habían planteado en la Ley 100 frente a la cobertura de aseguramiento⁴. Según esta autora, en los primeros años de ejecución de la reforma hubo un aumento en la cobertura; sin embargo, luego la tendencia fue de estancamiento en el régimen creado para los más pobres y de descenso para los del régimen contributivo.

Este hecho se explica por la inexistencia de condiciones internas y estructurales que permitan la posibilidad de su ampliación. Como se señaló antes, más que alcanzar la meta de la universalización lo que se ha logrado ha sido una ampliación en el aseguramiento, situación que no se corresponde con ganancias en el acceso y la calidad de los servicios brindados. En este sentido, contrario a la proyección que se formuló con la Ley 100, según la cual para el año 2000 se alcanzaría la universalización de la prestación de los servicios de salud para toda la población, independientemente de su capacidad de pago, la región donde vive, el género y la edad, lo que se muestra es que la mayor parte de la población colombiana no está siendo cubierta por el seguro de salud. Como lo señalan Vargas, Vásquez y Jané [39]:

En el caso de Colombia, se ha buscado extender el aseguramiento, con una oferta de servicios desigual, según la capacidad adquisitiva de la población. Debido a la magnitud de la pobreza, de la economía informal y de los incentivos a la selección de riesgos, es improbable que, a medio plazo, se alcance el objetivo de la universalización del aseguramiento obligatorio con igualdad de prestaciones.

Otro estudio sobre el régimen subsidiado y acceso a la salud [40] presenta datos que muestran que la falta de dinero de la población, principalmente la no asegurada, es un obstáculo de carácter estructural para la afiliación al aseguramiento y para el acceso. Paredes [41] y Hernández-Álvarez [42] plantean que una de las mayores pérdidas que se reportan con la aplicación del actual sistema es la salud pública, la cual se ha reducido por el hecho de no ser rentable para el mercado, lo que ha traído consecuencias muy graves para la población y la legitimidad del sistema. En el trabajo de Paredes se destaca que con excepción del aumento de cobertura en el aseguramiento, el resto de los indicadores básicos revela el deterioro de la salud público; así, señala la autora:

Si se observa la evolución del porcentaje de vacunación de niños de 12 a 23 meses, de 1990 a 1995, en todos los casos este disminuyó: la vacuna contra la tuberculosis BCG pasó de 93,9% a 91,2%; la de difteria, tosferina y tétanos DDT de 81 a 74,1; la de polio de 82,2 a 73,1; la de sarampión de 81,2 a 73,6. (...) ha aumentado de manera alarmante la tasa de enfermedades epidémicas como el dengue y su variedad hemorrágica, la malaria, el cólera y la tuberculosis. [y finalmente] en el caso colombiano no existe justificación alguna en los retrocesos ya mencionados, pues para destacar algunos puntos, la disponibilidad de recursos para

4 Existe una importante diferencia entre estar carnetizado y tener acceso a los servicios de salud. El que la población esté adscrita a uno de los regímenes no significa que pueda recibir los servicios de salud.

el sector salud nunca antes había sido tan grande[41].

Además, la autora explica cómo la implementación del nuevo sistema ha generado grandes desigualdades sociales y de acceso a los servicios de salud, situación que se agrava aún más dado el abandono de las acciones de salud pública que ofrecen grandes externalidades positivas para la población en general. Es urgente reconocer la interdependencia que existe entre las condiciones de salud y el aseguramiento de los derechos humanos. En este sentido, el consumo de agua potable, el acceso y saneamiento básico, la libertad para decidir las intervenciones sobre el propio cuerpo, entre otras, son referentes básicos para interpretar las ganancias o desafíos en el tema de la salud como derecho.

En el trabajo *El modelo neoliberal en Colombia*, publicado por Cristina de la Torre [43], se sugiere profundizar en el análisis de la disminución de las coberturas de vacunación; asimismo, autores como Álvarez [15] y Cardona, Hernández y Yepes [44] critican los cambios en la asignación de presupuestos y en la delegación a los entes territoriales de las responsabilidades que antes correspondían al gobierno central, sin que se hubieran adelantado capacitaciones técnicas y los acompañamientos necesarios. Ligado al cambio de responsabilidades y recursos, se critica el recorte en el personal técnico, en el nivel central y en los entes territoriales, el desmonte de los sistemas de información y el desmejoramiento en la capacidad de respuesta rápida.

Dando continuidad al planteamiento anterior, Franco [28] propone que aun cuando es reconocido que hay un conjunto de determinantes históricos que influyen en el escenario que caracteriza el país frente a la salud pública, no hay duda alguna sobre el importante papel que la Ley 100 desempeñó en la configuración

de esta crisis, al incentivar la competitividad y la innecesaria división de la salud pública en acciones privadas y públicas. A este contexto se suma la incidencia que la disminución de los programas de promoción y prevención ha tenido frente al acceso a la atención integral por parte de la población que se encuentra afiliada. Finalmente, es importante tener en cuenta que al evaluarse el agravamiento de las dificultades que se traían y el surgimiento de nuevas problemáticas, se incluye el cambio en la conciencia sanitaria de la población, en la concepción de salud pública y en la percepción del significado de salud y Estado. En este sentido, se entiende que el abandono de la salud pública tiene profundas consecuencias conceptuales, prácticas y éticas.

2. La situación hospitalaria: expresión de la crisis del sector salud

Autores como Torres y Paredes [45] argumentan que la competencia entre instituciones públicas y privadas —mecanismo central del SGSSS— es inequitativa en tanto las instituciones públicas no cuentan con la racionalidad gerencial que caracteriza a las instituciones privadas, cuya razón de ser es buscar la subsistencia en medio de un mercado abierto, priorizando la rentabilidad económica. Siguiendo a estos investigadores, esta situación es inequitativa si se tiene en cuenta, además, que las instituciones privadas generalmente tienen mejor infraestructura, lo que ha llevado a las entidades públicas a establecer alianzas con el sector privado o a liquidarse. Esta cuestión afecta a las instituciones públicas en términos de acceso a tecnología médica, solidez financiera y prestación de servicios [46].

De Curra [17] hace un análisis en el que destaca, en primer lugar, que la crisis hospitalaria no es producto exclusivo de la aplicación de la Ley 100 de 1993, sino que arrastra y pro-



fundiza tras de sí una historia de ineficiencia y de iliquidez. En segundo lugar, enfatiza la importancia de tener como referente en el análisis de esta temática, una perspectiva ética de defensa de lo público (considerando tanto las instituciones, los espacios como los actores), mediante el reconocimiento de la necesidad de la intervención estatal y de la sociedad para la exigibilidad del derecho a la salud y para la construcción de políticas de salud.

Otros autores [47,48,49] enfatizan en el papel que recientemente ha desempeñado el Estado. A diferencia de las instituciones privadas, las entidades públicas dependen totalmente del financiamiento del Estado y este entrega recursos de montos cada vez menores; asimismo, favorece a las entidades privadas y exige a los hospitales públicos funcionar como estas, demandando competitividad, eficiencia y calidad, cuando estos no tienen la capacidad de cumplir simultáneamente con la tarea de sobrevivir y la de atender las necesidades de salud de la población. Estos autores insisten en que el cierre de las instituciones públicas de salud se encuentra ligado a debates sobre el significado del concepto salud.

En el mismo sentido, los trabajos de la Defensoría del Pueblo [50] y de la Torre [43] documentan el debilitamiento financiero de las instituciones públicas de salud; así, argumentan que el Estado no hace presupuestos eficientes, ni los entrega en forma oportuna, de forma tal que se permita a los hospitales contar con recursos suficientes y obtenerlos a tiempo. Se sostiene que estos hechos generan como consecuencia la imposibilidad de que las instituciones públicas de salud cuenten con los insumos necesarios y presten una atención de calidad.

Vega [51], por su parte, reconoce que esta situación se da en medio de un contexto en

el que el problema de los recursos no radica tanto en el déficit de cantidad que enfrenta el Estado, sino en la distribución que se hace de estos. De hecho, según el autor, el monto de los recursos del Estado se ha incrementado, pero dicho aumento no ha significado un cambio favorable en los indicadores de salud, particularmente en el proceso de ampliación de cobertura. Entre las razones por las que se explica este problema se señalan la corrupción y la ineficiencia [52]. A partir de esta última explicación se sugiere fortalecer el control y la vigilancia y se critica que buena parte de los recursos se quedan en procesos administrativos.

El problema de la distribución de los recursos se expresa en las dificultades financieras —como las demoras para cancelar a proveedores— que afrontan los hospitales, las cuales generan tensiones jurídicas. Al respecto, Currea [17] plantea:

[la falta de liquidez] lesiona seriamente a los pequeños proveedores que dependen de la recaudación para hacer nuevas adquisiciones, lo que ha llevado a algunos a iniciar procesos jurídicos en contra de los hospitales. Esto agrava la ya precaria situación jurídica de los hospitales...

Este hecho ha dinamizado debates alrededor de quiénes tienen derecho a recibir tratamientos y medicamentos y proyectos para modificar la Ley 100. Pacientes con SIDA y población desplazada, son algunos de los actores que se ven afectados directamente a partir de las discusiones en torno a tratamientos y medicamentos. De otro lado, los análisis en torno a proyectos para transformar el SGSSS se centran en los cambios en el sistema de aseguramiento y en las modificaciones institucionales.

3. Transformaciones laborales en el contexto del sistema de salud

En función de la sostenibilidad del sistema, De Currea [17] insiste en la necesidad de tener en cuenta que el sistema de salud está soportado en la recolección de las cotizaciones de los empleados y, dado el contexto de precariedad y flexibilización del mercado laboral, hay disminución en el número de personas que aportan al sistema. Pero, además de la reducción que esto representa en recursos para el sistema, el autor asume una postura ética desde la cual denuncia el deterioro del mundo del trabajo, las adversidades a que se enfrentan los trabajadores y la pérdida del sentido del trabajo. Los trabajadores de la salud son actores afectados con la actual política laboral; se les niegan las conquistas que han logrado históricamente y están sometidos a condiciones precarias de trabajo y contratación, han sufrido pérdidas salariales y su autonomía ha sido vulnerada.

Torres y Paredes [45] reconocen que existe la tendencia al incremento del desempleo y subempleo, la cual crea más restricciones al acceso a la atención y dificulta significativamente la meta de la universalidad. Al respecto, señalan:

... se puede concluir que la Ley 100 a pesar de haber aumentado coberturas de aseguramiento, muestra una gran debilidad, al no lograr lo prometido y evidenciar un retroceso en el aspecto de acceso real a los servicios de salud; situación que no va a mejorar en la medida en que el modelo se soporta sobre el empleo formal y en el actual escenario de crisis económica, desempleo e informalidad, se hace cada vez más inviable, tanto por la vía de los cotizantes directos como por la de la focalización del seguro para los pobres.

Finalmente, algunos autores [44,53,54] plantean que de mantenerse los procesos de flexibilización laboral y de desempleo e informalidad, imperantes en el país, podrán esperarse resultados favorables en términos de cobertura del aseguramiento, pero no en cuanto a utilización efectiva de los servicios de salud.

4. Acceso a la atención

Ligado a la crisis hospitalaria y al problema laboral, el análisis de las dificultades para acceder a la atención en salud requiere diferenciar las barreras económicas de acceso, de aquellas que no están relacionadas con la capacidad de pago de la población.

Buscando contribuir a la comprensión de las barreras económicas y las de tipo geográfico, de género, cultural y administrativas, Mario Hernández [42] parte de identificar en las aproximaciones conceptuales que existen frente a la equidad, tres definiciones igualitaristas basadas en criterios distintos: igualdad de tratamiento para igual necesidad, lo que implica que se suple la necesidad en salud sin tener en cuenta ningún criterio adicional; igualdad de acceso, por lo cual los costos para recibir atención serían iguales, e igualdad de salud, cuya determinación resulta difícil por la influencia que pueden tener factores como el educativo y el económico.

Según Echeverry [55], a más de una década de funcionamiento del actual sistema, la situación de salud de la población es crítica dada la inequidad en el acceso por razones económicas y socio-culturales. Además, la segmentación sigue caracterizando la atención de salud. Respecto de las barreras no económicas, el trabajo de Flores y colaboradores [8] analiza las diferencias de acceso que existen entre las zonas urbanas y las zonas rurales; argumentan los autores que las personas ubicadas en áreas rurales no reciben atención de la misma calidad



que aquellas que viven en zonas urbanas, por lo cual sugieren la necesidad de evaluar las barreras de tipo administrativo identificando los segmentos de la población más afectados y el peso de dichas barreras en el acceso. Frente a las barreras culturales, se plantea la necesidad de contar con políticas que enfrenten las inequidades de este tipo; otras barreras que se mencionan son las relacionadas con la edad y el género.

En relación con las barreras económicas, un estudio [56] que analiza la equidad en el acceso a los servicios de salud en el departamento de Antioquia encontró que la inequidad en la afiliación se evidencia en lo siguiente: la población con los niveles más bajos de ingreso, correspondiente aproximadamente a la mitad de la población total, no cuenta con ningún tipo de seguro; las estrategias de focalización no han sido lo suficientemente efectivas, pues un 9,5% de las personas del percentil superior de gasto se encuentran afiliadas en el régimen subsidiado; las personas que no cuentan con afiliación presentan un mayor gasto de bolsillo en hospitalización, consultas y medicamentos comparadas con quienes se encuentran en el régimen contributivo, lo que reafirma rezagos en la equidad en relación con financiamiento y, ante la necesidad de buscar atención no se observan diferencias entre afiliados al régimen contributivo y subsidiado, pero sí entre estos y los no afiliados. Entonces, se plantea:

Se evidencian inequidades entre afiliados y no afiliados, en tanto los del régimen contributivo tienen mayores facilidades para continuar con la atención. Existe un sesgo positivo en el acceso a servicios de salud preventivos que favorece los de mejor situación económica [56].

Desde esta perspectiva, los autores proponen tener en cuenta que los problemas que

sufren los pacientes implican un proceso que trasciende el momento de la consulta médica, en tanto exige desplazamientos y el cubrimiento de gastos imprescindibles para la recuperación de la salud, dificultades no exclusivas de los casos en que se vivencia la enfermedad.

El acceso requiere ser pensado desde un punto de vista amplio, lo cual conlleva, necesariamente, hacer análisis sobre atención en salud con una mirada que incluya procedimientos que la antecedan. En este orden de ideas, el trabajo de Restrepo [57] insiste en la necesidad de reconocer que la exclusión de acuerdo con la capacidad económica no se restringe a los individuos y familias; antes bien, se extiende a los municipios, los cuales en ocasiones no cuentan con la capacidad financiera necesaria para cubrir las necesidades de salud de las poblaciones.

Unido al acceso a la atención, un estudio de la Procuraduría General de La Nación [58] plantea que pese a la mejoría en términos de aseguramiento y atención a la enfermedad de los sectores pobres de la sociedad, en los primeros diez años del SGSSS, por el incremento de los recursos y las reformas institucionales dichos avances han tendido a estancarse, toda vez que subsisten problemas muy serios de inequidad, universalidad y calidad del servicio de salud. Aún no se ha logrado que un amplio número de personas tenga acceso al sistema, bien porque no están aseguradas o bien porque cuando requieren atención médica, no son atendidas en el correspondiente servicio. Los problemas de inequidad se evidencian, entre otros aspectos, en la subsistencia de la diferencia en los contenidos de los planes obligatorios de salud, lo que se traduce en una segmentación en el acceso a los servicios de salud, pues quienes no tienen capacidad de pago tendrán planes de beneficios menores que aquellos que gozan de dicha capacidad, situación parece contraria

al principio de la no discriminación que debe prevalecer en las políticas sociales.

Son recurrentes los casos de personas que mueren en la puerta de los hospitales porque las entidades prestadoras se niegan a recibirlos; los casos de quienes son sometidos, por parte de las instituciones aseguradoras, a innumerables trámites para acceder a los medicamentos o tratamientos [59] y, en general, hay cientos de situaciones que se presentan a diario, en que las autoridades públicas y las entidades que deberían garantizar la atención vulneran con sus actuaciones y omisiones el derecho a la salud. Además, en ciertos aspectos, como los relativos a la salud pública y, en especial, a las estrategias de vacunación y prevención de ciertas enfermedades, ha habido deterioros importantes. Diversos indicadores muestran en materia de vacunación un retroceso en términos de cobertura y de equidad, lo cual ha provocado un aumento de la incidencia de enfermedades inmunoprevenibles como el dengue o la fiebre amarilla.

Como salida práctica al problema de las barreras en el acceso a la atención, Rodríguez y Ramírez [60] proponen que mediante la creación de políticas económicas orientadas por el principio de la equidad, se avance progresivamente hacia elementos de justicia sanitaria y hacia la eliminación de la relación pobreza-enfermedad. ¿Es la capacidad económica un requisito indispensable para acceder a la atención en salud? Esta parece ser una de las preguntas fundamentales para pensar la situación del derecho a la salud en Colombia. Se deriva de este interrogante la preocupación por las implicaciones que tiene para la calidad de la atención, la división de la población en distintos regímenes, el interés por analizar el papel que tienen los gastos de bolsillo en el sistema y por la limitación que estos significan en términos de acceso desde una perspectiva que tras-

ciende la consulta médica. Los problemas de los municipios para cubrir las necesidades de la población y la respuesta a mecanismos que empresas privadas de salud emplean para dejar de brindar atención, se vislumbran como dos ejes de estudio en que se requiere profundizar.

Asimismo, se señala que es necesario estudiar el peso que tienen las barreras económicas en el acceso a la atención de la población, realizar análisis de los gastos de bolsillo que la población tiene que hacer y llevar a cabo investigaciones que muestren la posibilidad de acceso dependiendo del régimen al que se pertenezca. Sugieren los autores, además, que los estudios sobre los problemas de acceso deben trascender una mirada de la atención ligada a la relación médico paciente y preocuparse por los procedimientos previos y posteriores a esta. Se deduce que hay una propuesta de avanzar en investigaciones que documenten las problemáticas de acceso debido a cuestiones distintas a la económica, tales como las relacionadas con condiciones geográficas [61], grupo social [62] y de género [63].

Discusión

El enfoque de derecho está explícita e implícitamente presente en las publicaciones y ha sido considerado un abordaje importante no solo desde el sector salud, sino también en el estudio de otras políticas sociales.

El levantamiento de la información obtenida sobre el tema de la salud como derecho en el país, muestra que se trata de un campo vigente y relativamente joven que ha estado jalonado por procesos cruciales como la Constitución Política de 1991 y la legislación en salud bajo el modelo neoliberal (Ley 100). Aunque es importante insistir que se requiere un desarrollo conceptual más amplio,



que oriente a la reflexión sobre el objeto de estudio y la forma de abordarlo, es innegable la preocupación de muchos autores frente a las contradicciones en que se enmarca la política sanitaria y a la violación del derecho a la salud. La producción consultada indica un desarrollo importante y útil para reconocer tensiones y realidades adversas para la población y los servicios.

Si bien algunos autores recurren a teóricos clásicos y contemporáneos desde macroteorías que vinculan el derecho y la sociedad, consideramos importante contar con más trabajos que ilustren como este forma parte de las estructuras sociales donde acontecen los hechos –caso de la salud– y, a su vez, cómo lo que sucede en función de la salud moldea las relaciones sociales y con ello la práctica y concepción del derecho en sus diferentes campos.

De acuerdo con los trabajos analizados, para entender la situación del derecho a la salud es preciso reconocer el modelo de desarrollo de mercado, en el que está inscrito el sistema de salud, caracterizado por: a) una reforma estatal orientada a la privatización de sus activos; b) liberación económica de los mercados de bienes y servicios, de los mercados financieros y de los regímenes cambiarios; c) flexibilización y precarización del mercado de trabajo; d) apertura económica, otorgándole a las exportaciones un papel central en el crecimiento y promoviendo la desgravación arancelaria y, e) desmonte de lo social como responsabilidad del Estado. Asimismo, es necesario tener en cuenta las relaciones entre la salud y campos como el educativo, el cultural y el económico y la coyuntura social y política.

Con el estudio del derecho a la salud pueden evaluarse alcances y límites de la reforma al sistema de salud, pensarse estrategias y mecanismos y replantearse estructuras y funcio-

nes de actores públicos y privados. A partir de fuentes variadas y desde distintas perspectivas disciplinarias, los trabajos analizados se orientan a realizar aportes a discusiones conceptuales y teóricas centrales para pensar el derecho a la salud y a responder preguntas relacionadas con la construcción de políticas públicas y alrededor de las responsabilidades frente a la garantía del derecho a la salud y su exigibilidad.

La producción sobre el tema está soportada en la tensión que existe entre una perspectiva que encuentra en la libertad de mercado la mejor opción para construir la política de salud y una orientación desde la que se propone que es preciso regular, por parte del Estado, las respuestas a la problemática de salud de los individuos y los colectivos. Este artículo se apoya en la convicción de que la comprensión profunda de estas dos posturas y la evaluación de los cambios introducidos permiten replantear la organización actual del sistema de salud y vislumbrar alternativas que contribuyan a hacer del derecho a la salud una realidad.

Los problemas identificados por los autores analizados muestran coincidencia con lo señalado por Arbeláez [20] cuando plantea que el derecho a la salud se proyecta en tres dimensiones: una que implica a los poderes públicos y a las persona para abstenerse de dañar o atentar contra la salud y la integridad física de las personas; otra dimensión tiene que ver con la garantía de condiciones de prestación sanitaria individuales a cargo de los poderes públicos y, por último, la que se refiere a condiciones de carácter preventivo en lo laboral, lo ambiental y la salud pública. Estos planteamientos centran la mirada en el reconocimiento y la garantía de los derechos sociales y, como parte de ellos, la salud, a través de las acciones del Estado para asegurar en condiciones de dignidad la realización vital de todos los seres humanos.

Los argumentos alrededor del tema de la salud como derecho permiten reconocer la vigencia del debate alrededor de visiones socio-céntricas y Estado-céntricas en el sector salud [64]. Los estudios sobre el Estado y su papel tienen vigencia en tanto están ligados directamente a la posibilidad de garantizar el derecho a la salud y su universalización. El Estado es una de las instituciones políticas clave en la tendencia que sigan las condiciones de atención en salud, la acentuación del deterioro del panorama en salud para Colombia o su modificación. Lo que se muestra es que cumpliendo directrices de los organismos internacionales, el Estado ha implementado estrategias financieras —congelamiento del valor de la Unidad de Pago por capitación (UPC); incumplimiento en los aportes del Estado al régimen contributivo; recorte en las transferencias de recursos a los municipios; cierre de hospitales públicos— y de prestación de servicios que no muestran un panorama favorable para avanzar hacia la universalidad de los servicios y la garantía del derecho a la salud para todos los ciudadanos.

En relación con lo socio-céntrico está presente en los textos el reconocimiento de la existencia de instrumentos legales que han sido creados para evitar que las barreras de distinto tipo continúen impidiendo el acceso a la atención. Se insiste desde distintos trabajos [65,66] en la necesidad de ampliar la discusión sobre la salud como derecho desde una perspectiva que lleve a superar la visión del sistema de salud como un sistema de administración de riesgos y se soporte en la visión desde el derecho humano a la salud. Más allá de las posibilidades o limitaciones que ofrece la normativa, los autores insisten en la necesidad de contar con una participación activa, permanente y decisoria en las propuestas y proyectos [67]. En la base de la reflexión está la perspectiva de la ciudadanía y de unas políticas públicas que incorporen

las características que definen la salud como derecho; es decir: universalidad, irrenunciabilidad, irreversibilidad, interdependencia, indivisibilidad, progresividad y su carácter individual y social [68].

Uno de los aprendizajes políticos que la unidad de documentación abordada permite es identificar que mientras se dé continuidad a las principales tendencias del contexto que viven las instituciones hospitalarias y a los rasgos que han caracterizado la política económica nacional, seguirá ampliándose la tensión entre construcciones legales internacionales y nacionales a favor del derecho a la salud y el desarrollo interno de la política social que, antes que ampliar, reduce el sentido de ciudadanía.

Como una línea investigativa a partir de los trabajos analizados, emerge el estudio de los determinantes económicos y la discusión alrededor de la distribución de los recursos con relación a las posibilidades con que cuenta la población para obtener salidas frente a sus necesidades y deseos de salud. Para ello se requiere considerar la relación que aspectos no económicos, como los culturales o los de tipo geográfico, tienen en la posibilidad de configuración del derecho a la salud.

Es necesario que las líneas investigativas concedan importancia a la crítica al aseguramiento, en la medida que la carnetización de la población no supone que esta tenga la posibilidad de acceder a atención de calidad, es decir, es importante que las investigaciones sobre universalización tengan en cuenta la propuesta de ligar la universalidad a la equidad. Una de las críticas más importantes que emergen en este trabajo es que la distribución, y no solo la cantidad de recursos, es uno de los factores que explica en buena medida la tendencia al surgimiento y la persistencia de dificultades dentro del sector salud.



El estudio de las barreras que impiden el acceso a la atención en salud es hoy uno de los asuntos que ameritan ser investigados, porque permiten evaluar la reforma al sistema salud que en el caso colombiano prometió hacer extensivo el derecho a la salud a toda la población. Además, incluir dentro de las investigaciones sobre el derecho a la salud la problemática del acceso, permitirá analizar, de alguna manera, una de las expresiones de la transformación de los sistemas de salud en el país y en América Latina, los cuales se han caracterizado por ser excluyentes e inequitativos.

Esta perspectiva guarda relación con la idea que para la región se ha venido proponiendo, según la cual se reivindica la perspectiva de los DESC, donde más que el crecimiento económico es la distribución de la renta y la reducción de las desigualdades en el acceso a los servicios de salud, lo que permite comprender problemas en la consolidación del derecho a la salud.

A partir de las lecturas emerge el terreno jurídico como espacio de investigación que amerita seguir explorándose, desde el cual pueden hacerse estudios sobre los límites y alcances de la atención en salud, así como sobre los mecanismos de exigencia del derecho a la salud, las normativas y respuestas institucionales. Analizar las posibilidades que existen para construir alternativas al actual sistema de salud constituye un reto, conforme los resultados que frente a distintos asuntos han sido estudiados muestran con claridad que las transformaciones institucionales desarrolladas desde comienzos de los 90 no han favorecido la posibilidad de materialización del derecho a la salud en Colombia.

La salida a los problemas que existen parece implicar el diseño, implementación y evaluación de un nuevo modelo de salud donde la

preocupación por el derecho se debata en la esfera de lo público. Des-mercantilizar la salud y la atención y generar otras posibilidades para la financiación del sistema son urgencias que están al orden del día. Asimismo, es importante incluir dentro de las investigaciones el interés por definir “política pública en salud”, formulándose preguntas como ¿de qué se trata? o ¿quién la diseña? y respondiendo a preguntas por las instituciones que son responsables de su diseño, el papel que desempeñan los distintos actores en su elaboración y la importancia de los recursos en relación con las posibilidades que tienen estas de implementarse.

Los problemas de acceso y de calidad requieren trascender una mirada de la atención ligada a la relación médico paciente y preocuparse por los procedimientos previos y posteriores a esta, por el bienestar y óptimas condiciones de vida. Se deduce, entonces, que hay una propuesta de avanzar en investigaciones que documenten las problemáticas de salud poniendo como eje de preocupación la justicia social y la construcción de una sociedad más humana. En este contexto consideramos importante retomar el pensamiento del luchador por los derechos humanos Luis Fernando Vélez, Vélez quien señalaba: “La defensa de los derechos humanos es una empresa social porque constituye una verdadera defensa de la especie basada en el anhelo de que el hombre sea hombre para el hombre y mejor aun que sea hermano para el hombre”.

Referencias

1. Cuellar-Vázquez MA. Estado del arte de la sociología jurídica en América Latina. En: De la Garza-Toledo E. Tratado latinoamericano de sociología. México D.F: Antropos; 2006. p. 265.
2. Fleury-Teixeira SM. Política social, exclusión y equidad en América Latina en los años noventa.

- Buenos Aires: Centro de Documentación en Políticas Sociales; 1999. p. 5.
3. Cárdenas ME, Sánchez LH, Bernal M. Retroceso de la salud en la Colombia neoliberal. En: Observatorio Latinoamericano de Salud. Informe alternativo sobre la salud en América Latina. Quito: Centro de Estudios y asesoría en salud (CEAS); 2005. pp. 100-109.
 4. Almeida C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años ochenta y noventa. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(4):905-925.
 5. Frenk J, Londoño JL, Lozano R. Los sistemas de salud latinoamericanos en transición: una visión para el futuro. En: Bronfman MN, Castro R. Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina. México D.F: Edamex; 1999. pp. 253-276.
 6. Restrepo-Trujillo, M. La reforma de la seguridad social en salud en Colombia y la teoría de la competencia regulada. En: Titelman D, Uthoff A, compiladores. Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud. Los casos de: Estados Unidos – Canadá – Argentina – Chile – Colombia. Vol. 2. Santiago de Chile, México D.F: Fondo de Cultura Económica, CEPAL; 2000. p. 659.
 7. Echeverri ME. La situación de la salud en Colombia. En: Franco S, editor. La salud pública hoy. Enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2002. p. 357.
 8. Flórez CE, Soto VE, Acosta OL, Karl C, Misas JD, Forero N. Avances y desafíos de la equidad en el sistema de salud colombiano. Documento de Trabajo No 15. Bogotá: DNP, Fundación Corona, Universidad de los Andes, Universidad del Rosario; 2007. p. 43.
 9. Angarita PE. Balance de los estudios sobre violencia en Antioquia. Medellín: Universidad de Antioquia; 2001. pp. 431-437.
 10. Pérez JA. La investigación sobre juventud en México 1986-1999. México D.F: Instituto Mexicano de la Juventud; 2000.
 11. Fernández F. El análisis de contenido como ayuda metodológica para la investigación. *Rev Cienc Soc* 2002; 2(96):35-54.
 12. Gadamer HG. Verdad y método. Quinta edición. Salamanca: Sígueme; 1993. pp. 331-415.
 13. Galeano ME. Diseño de proyectos de investigación cualitativa. Medellín: Universidad Eafit; 2004. pp. 38-42.
 14. Vélez OL, Galeano ME. Investigación cualitativa. Estado de arte. Medellín: Universidad de Antioquia; 2000. pp. 46-52.
 15. Álvarez-Castaño LS. El derecho a la salud en Colombia: una propuesta para su fundamentación moral. *Rev Panam Salud Pública* 2005; 18(2):131-132.
 16. Álvarez-Castaño LE. La situación de la salud de la población colombiana: análisis desde la perspectiva de la equidad. En: Álvarez LE, editor. Pensamiento en salud pública: el derecho a la salud. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”; 2001. pp. 104-136.
 17. De Currea V. El derecho a la salud en Colombia: diez años de frustraciones. Bogotá: ILSA; 2003. pp. 95-97, 175, 241, 229, 233, 220-221.
 18. Colombia - Defensoría del Pueblo. Sistema de seguimiento y evaluación de la política pública de salud a la luz del derecho a la salud. Bogotá: Programa de Seguimiento y Evaluación de la Política Pública en Derechos Humanos (PROSEDHER); 2006.
 19. Gaviria-Díaz C. El derecho a la salud en Colombia. En: Álvarez LE, editor. Pensamiento en salud pública: el derecho a la salud. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”; 2001. pp. 97-103, 99.
 20. Arbeláez M. Derecho a la salud en Colombia. El acceso a los servicios del sistema general de seguridad social en salud. Bogotá: CINEP; 2006. pp. 318, 322-326, 329, 324.
 21. Paredes N. Derecho a la salud. Su situación en Colombia. Bogotá: Centro de Investigación y Educación Popular, Deutsche Gessellschaft für Technische Zusammenarbeit; 2003.
 22. Echeverri E. La salud en Colombia: abriendo el siglo la brecha de las inequidades. En: Movimiento nacional por la salud y la seguridad social. La salud al derecho. Medellín: Universidad de Antioquia; 2004. p. 80.
 23. Cardona Á, Nieto E, Arbeláez MP, Agudelo HB, Chávez BM, Montoya A, Estrada A. Impacto de la reforma de la seguridad social sobre la organización institucional y la prestación de los servicios de salud en Colombia. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública; 1999.
 24. Jaramillo I. El futuro de la salud en Colombia. Cinco años de la puesta en marcha de la Ley 100. Bogotá: FESCOL, Fundación Antonio Restrepo Barco, Fundación Corona; 1999. p. 194
 25. García JD, Caicedo VB. La dimensión económica y política de los servicios de atención en salud: un aporte general para el derecho a la salud y la justicia sanitaria en Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2002; 20(1):16-17.
 26. Pinto-Masis D, Castellanos MI. En el Sistema General de Seguridad Social colombiano. Caracterización de los recobros por tutelas y medicamentos



- no incluidos en los planes obligatorios de salud. *Rev Gerenc Polít Salud* 2004; 3(7):59.
27. Londoño De La Cuesta JL. ¿Que sigue después de la Ley 100? En: Franco-Agudelo S. La salud publica hoy: enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2003. pp. 436-437.
 28. Franco-Agudelo S. Para que la salud sea pública: algunas lecciones de la reforma de salud y seguridad social en Colombia. *Rev Gerenc Polít Salud*. 2003; 2(4):58-69.
 29. Paredes N. La salud pública: entierro definitivo. En: Plataforma colombiana de derechos humanos, democracia y desarrollo. Reelección: El embrujo continúa. Segundo año de gobierno de Álvaro Uribe Vélez. Bogotá: Antropos; 2004. pp. 99-100.
 30. Ballesteros MP, Gaviria L MB, Martínez B. SE. Caracterización del acceso a los servicios de salud en población infantil desplazada y receptora en asentamientos marginales en seis ciudades de Colombia, 2002-2003. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2006; 24(1):1-17.
 31. Giraldo C. ¿Protección o desprotección social? Bogotá: Desde Abajo; 2007. p. 213
 32. Vélez AL. La acción de tutela: ¿Un mecanismo de protección del derecho a la salud y un proceso alternativo para acceder a servicios de salud? *Colomb Méd*. 2005; 36(3):205.
 33. Hernández M. Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18(4):998, 991-1001, 930-931.
 34. Hernández M, Fornero L, Torres M. Avances en salud del gobierno democrático de la alcaldía de Bogotá. En: Observatorio Latinoamericano de Salud. Informe alternativo sobre la salud en América Latina. Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS); 2005. p. 231
 35. Carmona LD. Ley 100: balance y perspectivas. Bogotá: Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social, Corporación para la Salud Popular Guillermo Fergusson; 2006. p. 263.
 36. Restrepo JH. El seguro de salud para los pobres en Colombia: una cuestión de derecho y economía. En: Álvarez LE, editor. Pensamiento en salud pública: el derecho a la salud. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez"; 2001. pp. 164-183.
 37. Plataforma colombiana de derechos humanos, democracia y desarrollo. La salud esta grave: una visión desde los derechos humanos. Bogotá: Antropos; 2000. p. 145.
 38. Echeverri ME, Fernández SY, Girón J, Torres M. La salud al derecho. Medellín: Universidad de Antioquia; 2004. pp. 54, 71.
 39. Vargas I, Vásquez ML, Jane E. Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. *Cad Saúde Pública*, 2002; 18(4):936.
 40. Restrepo J, Echeverri E, Vásquez J, Rodríguez S. El seguro subsidiado y el acceso a los servicios de salud: teoría, contexto colombiano y experiencia en Antioquia. Medellín: Universidad de Antioquia, Centro de Investigaciones Económicas; 2006. p. 77.
 41. Paredes-Hernández N. La garantía del derecho a la salud en Colombia, a la luz del derecho internacional de los derechos humanos. En: Franco S. La salud pública hoy: enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2003. pp. 290-293.
 42. Hernández-Álvarez. El debate sobre la Ley 100 de 1993: antes, durante y después. En: Franco S. La salud pública hoy: enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2003. p. 477.
 43. De la Torre C. Álvaro Uribe o el neopopulismo en Colombia. Medellín: La Carreta; 2005. pp. 168, 170.
 44. Cardona JF, Hernández A, Yepes FJ. La reforma a la seguridad social en salud en Colombia ¿avances reales? *Rev Gerenc Polít Salud*. 2005; 4(9): 81-99.
 45. Torres M, Paredes N. El caso colombiano: "el mercado no es para todos". *Rev Gerenc Polít Salud*. 2005; 4(8): pp.181-182,174-175.
 46. Fundación La Paz, Funsarep, Foro Costa Atlántica. Salud en la costa atlántica: en estado crítico. En: Plataforma colombiana de derechos humanos, democracia y desarrollo. Más allá del embrujo: tercer año de gobierno de Álvaro Uribe Vélez. Bogotá: Antropos; 2005. pp. 101-102.
 47. Londoño JE, Jaramillo-Pérez I, Castaño-Yépes RA. Impacto de la reforma del sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18(4):20-21.
 48. Colombia - Defensoría del Pueblo. Sistema de seguimiento y evaluación de la política pública de salud a la luz del derecho a la salud. Bogotá: Autor; 2006.
 49. Mejía-Villegas D. La tutela y el derecho a la salud: causas de la tutela en salud. Bogotá: Defensoría del Pueblo; 2004. p. 9.
 50. Colombia - Defensoría del Pueblo. Octavo informe del defensor del pueblo al Congreso de Colombia. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia; 2000. p. 78.
 51. Vega R. El derecho a la salud y las reformas del sector. En: Memorias II Congreso Internacional de Salud Pública. Accesibilidad al desarrollo y a los sistemas de salud, condición para el bienestar social. Medellín: Universidad de Antioquia; 2001. p. 98.

52. Hernández-Bello A, Vega-Romero R. El sistema colombiano de seguridad social en salud: desigualdad y exclusión. *Rev Gerenc Polít Salud*. 2001; 1(1):49.
53. Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo. ¿Equidad? El problema de la equidad financiera en salud. Bogotá: Antropos; 2001. p. 36.
54. Cortés M, Arcos O, Asprilla G. Impacto de la deuda externa en el derecho a la salud. En: Betancur MS. En deuda con los derechos: impacto de la deuda externa en el cumplimiento de los derechos económicos, sociales y culturales. Bogotá: Asociación de Trabajo Interdisciplinario; 2003. pp.157-190.
55. Echeverri E. La salud en Colombia: Abriendo el siglo y la brecha de las inequidades. En: Echeverri ME, Fernández SJ, Girón J. La salud al derecho. Medellín: Universidad de Antioquia; 2004. p. 57.
56. Mejía-Mejía A, Sánchez-Gandur AF, Tamayo-Ramírez JC. Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia, Colombia. *Rev Salud Pública*. 2007; 9(1):26-38, 15.
57. Restrepo-Mesa CI. La focalización en acceso a los servicios de salud para la población más pobre: un análisis participativo de los resultados del SISBEN. En: Álvarez LE, editor. Pensamiento en salud pública: el derecho a la salud. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez"; 2001. p.152.
58. Colombia - Procuraduría General de la Nación. El derecho a la salud en perspectiva de derechos humanos y el sistema de inspección y vigilancia y control del Estado Colombiano en materia de quejas de salud. Bogotá: Autor; 2008 pp. 9-10.
59. Vélez-Arango AL, Realpe-Delgado C, Delgado G, Gonzaga-Valencia J, Castro-Castro AP. Acción de tutela, acceso y protección del derecho a la salud en Manizales, Colombia. *Rev Salud Pública*. 2007;9(2):302.
60. Rodríguez A, Ramírez C. La garantía de la salud como derecho integral. En: Garay L, Rodríguez A. Colombia: diálogo pendiente. Bogotá: Antropos; 2005. pp. 99, 119.
61. Ospina-Giraldo JF, Hincapie-Palacio D, Forero-García LE. Distribución de recursos del plan de atención básico con criterio de equidad. Bogotá: *Rev. Salud Pública* 2003; 37(5):648.
62. Ruiz-Rodríguez M, Lopez-Moreno S, Ávila-Burgos L, Acosta-Ramírez N. Utilización deservicios médicos por una población desplazada en Bucaramanga, Colombia. Bogotá: *Rev Salud Pública* 2006; 8(3):205.
63. Gómez-Gómez E. Género, equidad, y acceso a servicios de salud. Una aproximación empírica. *Rev Panam Salud Pública*, 2002; 11(5-6):333-334.
64. Giraldo-Valencia JC. Ejercicios del derecho a la salud en Colombia. Bogotá: Defensoría del Pueblo; 2000.
65. Castaño, RA. Estado, mercado y análisis económicos: ¿complementos o sustitutos? *Rev Gerenc Polít Salud* 2005;4(8):82.
66. González JI, Sarmiento A, Alonso CE, Angulo CR, Espinosa FA. Efectos del nivel de ingreso y la desigualdad sobre la autopercepción en salud: análisis para el caso de Bogotá. *Rev Gerenc Polít Salud* 2005; 4(9):134-135.
67. García-Londoño JD. Algunos desafíos de las reformas a los sistemas de salud desde el tema de la justicia distributiva sanitaria. En: Álvarez LE, editor. Pensamiento en salud pública: el derecho a la salud. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez"; 200. pp. 95-96.
68. Castaño Álvarez LE. Libres de enfermedad. En: Bernal Medina JA, Álvarez Castaño LE. Democracia y ciudadanías: balance de derechos y libertades en Medellín. Medellín: Corporación Región; 2005. pp. 374-375.

