

Determinantes sociales y disparidades de la morbilidad por enfermedades respiratorias agudas (ERA) en niñas y niños de uno a cuatro años en Colombia

Social Determinants and Disparities of Morbidity from Acute Respiratory Diseases (ARD) in children from 1 to 4 years in Colombia

Determinantes sociais e disparidades da morbidade por doenças agudas respiratórias (DAR) em crianças de um a quatro anos na Colômbia

Fecha de recepción: 02-02-10 Fecha de aceptación: 24-03-10

Rosaura Arrieta-Flórez*

Enna Esmeralda Caro-Gómez**

* Economista. Magíster en Política Social. Docente investigadora del Instituto de Políticas Públicas, Regional y de Gobierno, Universidad de Cartagena. Correspondencia: Plaza la Merced, Claustro la Merced, carrera 4 Número 38-40. Piso 2. Correo electrónico es: ipreg2@unicartagena.edu.co

** Abogada. Especialista en Derecho Constitucional y Derechos Humanos. Magíster en Política Social, Pontificia Universidad Javeriana. Coordinadora del Proyecto de Atención a Población Vulnerable de la Personería de Bogotá. Docente de la Universidad Manuela Beltrán. Correo electrónico: esmecaro@yahoo.es.

Resumen

Este artículo describe la situación de salud de los niños y las niñas de uno a cuatro años en Colombia y la presencia de disparidades, para lo cual se utiliza como trazador las Enfermedades Respiratorias Agudas (ERA). En segundo lugar, explica los determinantes sociales de las ERA y la conexión existente entre éstos, la reglamentación legal sobre el derecho a la salud, y el grado de materialización de este derecho. Por último, analiza el papel de la política social en la materialización de los derechos de los niños y la contradicción existente entre el marco normativo y la garantía efectiva de sus derechos, que en muchos casos sólo se genera a partir de la tutela, subvirtiendo con ello el orden constitucional e invalidando sus principios y valores.

Palabras clave autor: equidad en salud, determinantes sociales de la salud, derecho a la salud, morbilidad, enfermedades respiratorias.

Palabras claves descriptor: enfermedades respiratorias, mortalidad, equidad en salud. Niños (1- 4 años), derecho a la salud.

Abstract

This article describes the health status of children aged 1 to 4 years in Colombia and the presence of disparities, using Acute Respiratory Infections (ARI) as tracers. In second place it explains the social determinants of ARI and discusses the connection between social determinants of health, legal regulations on the Right to Health and the degree of fulfillment of this right. Finally, it analyzes the role of social policy in the realization of children's rights and the existing contradiction between regulatory framework and the effective guarantee of their rights, which often generates only from the use of judicial machinery like the Tutela, thereby subverting the constitutional order and invalidating its principles and values.

Key words author: Equity in Health, Social Determinants of Health, Right to Health, Morbidity, Respiratory Tract Diseases.

Key words plus: Respiratory Tract Diseases, Mortality, Equity in Health, Children (1 - 4 years), Right to Health Care.

Resumo

Este artigo descreve a situação de saúde das crianças de um a quatro anos na Colômbia e a presença de disparidades, para o qual se utiliza como marcador as doenças agudas respiratórias (DAR). Em segundo lugar, explica os determinantes sociais das doenças agudas respiratórias e a conexão existente entre estes, a regulamentação legal sobre o direito à saúde, e o grau de materialização deste direito. Por último, analisa o papel da política social na materialização dos direitos das crianças e a contradição existente entre a legislação e a garantia efetiva de seus direitos, que em muitos casos só se gera a partir de liminar, subvertendo com isso a ordem constitucional e invalidando seus princípios e valores.

Palavras chave autor: equidade em saúde, determinantes sociais da saúde, direito à saúde, morbilidade, doenças respiratórias.

Palavras chave descritor: doenças respiratórias, mortalidade, equidade na saúde, crianças (1- 4 anos), direito à saúde.



1. Introducción

El Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Pidesc), en su artículo 12, define que “el derecho a la salud abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana”. Este documento hace extensivo ese derecho a los factores determinantes básicos de la salud como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua potable y limpia, a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y un medio ambiente libre de contaminación. Lo anterior implica que el derecho a la salud supera el simple derecho de no padecer enfermedades y acceder al sistema de atención en salud, es decir, que para garantizar este derecho los Estados tienen la obligación de ofrecer una variedad de servicios y bienes que aseguren el logro del “más alto nivel posible de salud” (1).

En este entendido, el derecho a la salud hace parte del concepto de vida digna, y un modelo de Estado Social de Derecho como el colombiano está en el deber de garantizarlo, máxime si se trata de los derechos de los niños y las niñas, derechos que se establecen como prevalentes en la Constitución Política de 1991, reconociendo no sólo la obligación para el Estado y la sociedad en general, sino también la prioridad de su materialización.

Paralelo a este marco normativo, la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) aporta a este análisis de derecho elementos fundamentales de la organización de la sociedad que determinan el estado de salud de las personas en general y que pueden ser extendidos a los niños en particular.

Diderichsen, Evans y Whitehead (2), basados en Diderichsen y Hallqvist (3), subrayan que

los contextos sociales crean una *estratificación social* que asigna a las personas distintas posiciones sociales, y éstas, a su vez, determinan las oportunidades de salud. Mecanismos como el sistema educativo, las políticas laborales, las normas en torno del género y las instituciones políticas juegan entonces un papel preponderante en la estructura explicativa propuesta por estos autores.

La mencionada estratificación provoca la *exposición diferencial* a condiciones perjudiciales para la salud. Por lo tanto, los mecanismos de estratificación socioeconómica hacen que algunas personas se vean más expuestas y vulnerables ante factores que ponen en riesgo la salud. En últimas, la posición socioeconómica tiene influencia sobre la salud a través de determinantes más específicos o intermediarios como son las condiciones materiales, las condiciones de trabajo y las condiciones de la vivienda, entre otras (4).

En este orden de ideas, es importante establecer la conexión existente entre las disparidades sociales, los determinantes sociales de la salud, la reglamentación legal nacional e internacional y el grado de materialización de estos derechos, expresado en el estado de salud de los niños y las niñas y medido por la presencia de síntomas de enfermedades respiratorias agudas (ERA).

Teniendo en cuenta, entonces, la propuesta del derecho a la salud de los niños y las niñas como un derecho fundamental plasmado en la Constitución Política de Colombia, fortalecido además por los tratados internacionales y la Convención Internacional de los Derechos del Niño, y entendiendo que esos reconocimientos jurídicos establecen la obligación expresa de generar condiciones de una vida digna para su garantía, y que ello implica retomar en esta discusión el enfoque de los determinantes sociales de la salud,

es pertinente revisar por qué, pese a este amplio contexto normativo, la garantía del derecho a la salud para los niños y las niñas en muchos casos sólo se genera a partir del uso de un mecanismo judicial como la acción de tutela, que vale la pena anotar, es de rango constitucional.

Para lo anterior, este trabajo describe la situación de salud de los niños y las niñas de uno a cuatro años en Colombia y la presencia de disparidades, a partir de mediciones intergrupales como el índice y las curvas de concentración y las razones de tasa, utilizando como trazador las enfermedades respiratorias agudas. Posteriormente, explica los determinantes sociales de dichas enfermedades y aborda la conexión existente entre los determinantes sociales de la salud, la reglamentación legal nacional e internacional sobre el derecho a la Salud y el grado de materialización de este derecho.

2. Materiales y métodos

Este estudio es transversal, descriptivo y analítico. La investigación constó de dos componentes. Uno es cuantitativo, y su propósito fue hacer una descripción de las prevalencias y las disparidades sociales por morbilidad en niños de uno a cuatro años por ERA, así como el análisis de los determinantes o causas sociales de tal morbilidad para el año 2005. Para esto se utilizó como trazador la prevalencia de enfermedades respiratorias agudas, medida por la presencia en las últimas dos semanas de alguno de los siguientes síntomas: tos, nariz tapada, dolor de garganta, ronquera, dificultad para tragar o alimentarse y/o dolor de oído y secreciones.¹

1 La validación de estos síntomas se consultó con el doctor Luis Jorge Hernández, experto epidemiólogo de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2008.

La muestra utilizada está compuesta por 18.281 hogares y corresponde al módulo de niños de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), y al módulo de micronutrientes de la Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia (ENSIN). Ambas encuestas fueron realizadas en el año 2005. Este último se anexó con el fin de incluir los factores nutricionales como la anemia nutricional, medida por deficiencia de hemoglobina.

Para este componente se realizaron dos tipos de análisis: uno descriptivo y otro explicativo. En el primero se describieron algunas de las características de la muestra analizada como fueron: distribución de los hogares por área de residencia, nivel educativo, cobertura de saneamiento básico, condiciones socioeconómicas de los hogares por regiones, entre otras. Posteriormente, se realizó un análisis descriptivo de los resultados en salud de los niños y las niñas de uno a cuatro años, a partir de las prevalencias de síntomas de ERA para el total nacional, sexo, región y área de residencia (urbano, rural).

Por último, y con el fin de describir la situación de las disparidades por ERA en los niños de uno a cuatro años, se utilizaron mediciones intergrupales de disparidades como la razón de tasa y las curvas e índices de concentración para los estratificadores de sexo, región, área de residencia y quintil de riqueza (5).

La razón de tasa es una medida de margen de variación sencilla. Compara el margen de variación en las tasas de enfermedad/mortalidad entre los grupos de peor y mejor salud, o entre los estratos socioeconómicos inferior y superior. Mientras mayor es el valor arrojado por la razón de tasa, mayor es la desigualdad (5). La fórmula para calcular una razón de tasa fue la siguiente:



$$RT = P_i / P_j$$

Donde

P_j es la prevalencia del estado de salud del grupo de referencia, y

P_i es la prevalencia del estado de salud del grupo con el que se compara.

Para describir las disparidades entre más de dos grupos, se utilizaron los índices y las curvas de concentración (6). El índice de concentración se define en términos de la relación con la curva de concentración, la cual expresa la proporción acumulativa de mala salud que padece la suma acumulativa de los sectores de la población ordenados según su posición socioeconómica. Para el caso particular de este estudio, si la curva de concentración se encuentra por encima de la línea de equidistribución, significa que hay concentración de las enfermedades respiratorias agudas en los niños de uno a cuatro años que pertenecen a los quintiles más pobres de la población; si la curva se encuentra por debajo, significa que la concentración de ERA se presenta en los niños de uno a cuatro años que pertenecen a los quintiles más ricos; mientras que si se sitúa sobre la línea, significa que la distribución de la ERA es igual para todos los quintiles.

El análisis de las causas sociales de la morbilidad se hizo a partir de un modelo jerárquico o multinivel en el cual se determinaron las variables asociadas a la prevalencia de enfermedades respiratorias agudas. Se tuvieron en cuenta 13 factores y todas sus posibles combinaciones,² y mediante el método de “retroeliminación” (*backward elimination*), se combinó el uso de los k(ésimo)-ordenes y el test Chi-cuadrado para encontrar un

2 Estos factores son: tipo de lugar de residencia, región, quintil de riqueza, conexión a acueducto, conexión a alcantarillado, sexo, inscripción al programa de crecimiento y desarrollo, lactancia, carné de vacunación, afiliación, anemia nutricional, hacinamiento, cobertura útil de DPT.

modelo jerárquico o varios modelos jerárquicos de orden menor al inicial o saturado, los cuales resultaron ser significativos.

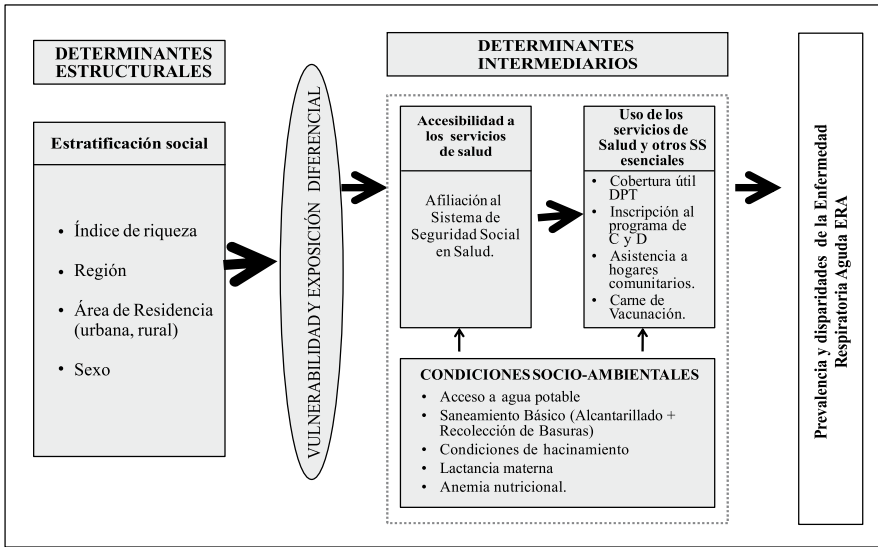
La lógica del proceso es la siguiente: i) se inicia calculando el modelo saturado, ii) se analiza el modelo jerárquico o los modelos jerárquicos de más alto orden, iii) se eliminan el modelo, o los modelos, de ese orden que no sean significativos, iv) se eliminan los modelos jerárquicos de orden inferior en las mismas variables, y v) se analizan los modelos jerárquicos restantes. El proceso se continúa hasta el punto en que no puedan seguir eliminándose más efectos sin sacrificar el poder predictivo del modelo, permanezcan constantes o tiendan a disminuir o aumentar p.

La variable dependiente fue la prevalencia de enfermedades respiratorias agudas (ERA) en niños y niñas de uno a cuatro años, y las variables de estratificación social utilizadas fueron: el índice de riqueza, la región, el sexo, y el área de residencia. Las variables independientes se dividieron por categorías de análisis, así: i) categoría de condiciones socioambientales, conformada por las condiciones de la vivienda, las prácticas alimentarias y las condiciones nutricionales; ii) categoría de accesibilidad a los servicios de atención en salud. Para esta categoría se utilizó la variable afiliación al sistema de salud; iii) categoría de uso de los servicios de atención en salud y de otros servicios sociales esenciales, compuesta por las variables de cobertura útil de DPT (por sus siglas en inglés Difteria, Tosferina y Tétanos), inscripción a programas de crecimiento y desarrollo, y asistencia a hogares comunitarios.

El segundo componente fue una valoración exploratoria y de coherencia entre el contenido de los derechos de los niños y su garantía efectiva del derecho a la salud, para lo cual se usó como proxy las tutelas

CUADRO 1

MARCO LÓGICO PARA LA MEDICIÓN DE DISPARIDADES Y ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES DE LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AGUDAS (ERA)



Fuente: las autoras, con base en el marco de Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) 2007 y la Estrategia Nacional de Desarrollo Sostenible (ENDS) 2005.

seleccionadas para revisión³ por la Corte Constitucional en el año 2005, debido a que la base de datos suministrada por esta institución no presentaba el aparte de los hechos, lo cual no posibilitó el análisis específico de la totalidad de las tutelas. Esto hizo necesario recurrir a las de revisión; en primer término, por su relevancia para la fijación de criterios jurisprudenciales, y en segundo término, porque este tipo de sentencia cuenta con

un resumen de los hechos que permite su análisis y clasificación. De estas tutelas se tomaron no sólo las referidas al derecho de los niños y las niñas a la atención en el sistema de salud, sino también aquellas que se referían a la exigibilidad de otros derechos que por su interdependencia y conexidad influyen algunos de los factores estructurales e intermedios que determinan el estado de salud y garantizan una vida digna.

3 La Corte Constitucional emite tres clases de sentencias: las de tutela, las de unificación de jurisprudencia y las de control constitucional. La revisión procede en las dos primeras; en el caso de las sentencias de tutela, porque se caracterizan por la protección de los derechos constitucionales fundamentales, bajo los preceptos que determina el artículo 86 de la Constitución, y en el caso de las sentencias de unificación de jurisprudencia, la revisión se da por solicitud de un magistrado cuando un proceso de tutela dé lugar a un fallo de unificación, mismo que pueda representar un posible cambio en la línea jurisprudencial, o cuando la trascendencia del caso amerite que la revisión sea hecha por la sala en pleno. Este tipo de sentencias tienen como función evitar la discrecionalidad judicial, procurar exactitud y otorgar seguridad jurídica.

Para el análisis se combinaron: i) cálculos de la estadística descriptiva que permitieron determinar el volumen de tutelas interpuestas y algunas características del derecho tutelado y la población que lo demanda, y ii) técnicas de investigación cualitativa como el análisis de las tendencias jurisprudenciales de la Corte Constitucional con relación al derecho a la salud y la redacción de algunas conclusiones. El objetivo de este segundo componente fue aportar evidencia a la hipótesis del no cumplimiento del deber de garantía del



derecho a la salud de los niños y niñas, y la utilización de un mecanismo constitucional excepcional como la tutela para su exigencia. Es importante mencionar que debido a las limitaciones que presentó la base de datos de la Corte Constitucional, los resultados arrojados por este componente no tienen significancia estadística; por lo tanto, sólo aportan una descripción del estado del arte de la garantía efectiva del derecho a la salud, o desde el punto de vista contrario, una idea global del incumplimiento de los derechos.

pertenece a una familia nuclear completa y el 38% (6.931) a una familia extensa completa y/o incompleta.

Se observan marcadas diferencias entre las condiciones de vida del área rural y las del área urbana; por ejemplo, la diferencia entre el nivel educativo de la población rural y la población urbana es muy amplia. El 74% de la población rural ha alcanzado como máximo nivel educativo la básica primaria, mientras que sólo el 23% ha alcanzado la secundaria, y el 1% el nivel universitario. En contraste, en las zonas urbanas el 83% alcanza como nivel máximo la educación primaria, el 58% hasta la educación secundaria, un 6% alcanza la educación técnica, y el 9% la universitaria (ver tabla 1).

3. Resultados y discusión

3.1. Características generales de los hogares

La muestra empleada en el presente estudio corresponde a la base de niños de la ENDS, a la cual se le anexó el módulo de micronutrientes de la ENSIN, con el fin de incluir los factores nutricionales como la anemia nutricional medida por deficiencia de hemoglobina. La muestra está compuesta por 18.281 hogares, de los cuales el 75,43% pertenece a la zona urbana y el 24,57% a las zonas rurales. De estos hogares, el 40% (7.337)

Estas diferencias se mantienen al realizar el análisis por disponibilidad de los servicios básicos, debido a que la cobertura de acueducto y alcantarillado está por encima del 88% para el acueducto y del 75% de alcantarillado en las áreas urbanas, mientras que en las áreas rurales la cobertura de acueducto no alcanza el 70% y la de alcantarillado es sólo del 22% (ver tabla 2).

TABLA 1
MÁXIMO NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO POR LUGAR DE RESIDENCIA. COLOMBIA, 2005

Área	Nivel Educativo Alcanzado							
	Primaria	%	Secundaria	%	Técnico	%	Universitario	%
Urbano	4116	83	2,889	58	321	6	491	9
Rural	1625	74	504	23	33	1	27	1

Fuente: cálculo de las autoras con base en la información de las bases de datos de la ENSIN y ENDS 2005.

TABLA 2
COBERTURA DE SANEAMIENTO BÁSICO POR LUGAR DE RESIDENCIA. COLOMBIA, 2005

Área de residencia	Acueducto %	Alcantarillado	Abastecimiento de agua %	
	Sí	Sí	Acueducto	Otros
Urbano	88	77	63	37
Rural	62	22	5,50	95

Fuente: cálculo de las autoras con base en la información de las bases de datos de la ENSIN y la ENDS 2005.

El 63% de los hogares en las zonas urbanas se abastecen de agua de acueducto, mientras en las zonas rurales sólo lo hace el 5,5% de la población.

En cuanto a la accesibilidad a los servicios de salud, medida por afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), se observa que del total de la población, el 67% se encuentra afiliado; de este total, el 71,8% se encuentra ubicado en las áreas urbanas y el 52% en las áreas rurales. La población no afiliada es el 32% del total, de la cual un 47% se encuentra en el área rural, mientras el 28% está en las áreas urbanas.

Al desagregar este análisis por regiones, se observa que la Región Atlántica se encuentra dentro de las regiones que presentan el mayor porcentaje de hogares sin acceso a alcantarillado (55%), el segundo mayor porcentaje de hogares sin acueducto (22%), y hogares con mayor incidencia de diarrea en niños menores de cinco años, así como también altos niveles de inseguridad alimentaria por falta de dinero para acceder a los alimentos (45%). Le sigue la Región Pacífica, con un 34% que no tiene acceso a alcantarillado, 18% sin acueducto, 54% de la población con inseguridad alimentaria por falta de dinero

para acceder a los alimentos, y 12% con incidencia de diarrea en niños menores de cinco años (ver tabla 3).

Por otra parte, la región con mejores condiciones socioeconómicas es Bogotá, la cual tiene una cobertura de acceso de acueducto y alcantarillado por encima del 95%. Estas buenas condiciones de cobertura de servicios de saneamiento básico contrastan con el alto porcentaje de población a la que le ha faltado dinero en los últimos 30 días para comprar alimentos, porcentaje que alcanza niveles de 65%. En cuanto al acceso a los alimentos por capacidad de pago, se encontró que del total de los hogares, al 45,3% le ha faltado dinero para comprar alimentos; de este total, el 60,7% vive en las zonas rurales y el 42% en las zonas urbanas.

3.2. Análisis de las prevalencias de enfermedades respiratorias agudas en Colombia

En esta sección se presenta el análisis de los datos de ERA, y para ello se utilizan los síntomas que se preguntan en la encuesta, mismos que se agrupan en una sola variable llamada "síntomas de ERA". Esta agrupación se realizó debido a que al analizar individualmente los síntomas, las prevalencias resultantes son muy bajas y el tamaño de

TABLA 3
CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS DE LOS HOGARES DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS POR REGIONES.
COLOMBIA, 2005

Regiones	No acceso a acueducto	No acceso a alcantarillado	Diarrea	Dinero para alimentación
	Proporción de población			
Atlántica	0,22	0,55	0,14	0,45
Oriental	0,12	0,30	0,12	0,53
Central	0,11	0,23	0,13	0,59
Pacífica	0,18	0,34	0,12	0,54
Bogotá	0,02	0,01	0,13	0,65
Amazonia/Orinoquia	0,25	0,34	0,18	0,61

Fuente: cálculos de las autoras con base en la información de las bases de datos de la ENSIN y la ENDS 2005.



la muestra no es suficiente para las estimaciones con una precisión aceptable de las diversas desagregaciones de los datos para el análisis de desigualdades, que es el objeto central de este estudio.

La prevalencia de síntomas de enfermedad respiratoria aguda en Colombia es del 50%. Las áreas urbanas presentan una prevalencia por encima del promedio nacional (51%) y las regiones que mayor proporción de niños de uno a cuatro años que presentan síntomas de esta enfermedad son: Atlántica y Bogotá con 53,95 y 53,9%, respectivamente, seguidas por la Central (53,4%), Amazonia (47,3%), Oriental (44,8%) y Pacífica (43,1%). También se destaca que el quintil de riqueza que presenta mayor prevalencia de ERA es el medio, con un 52,4%, seguido por los quin-

tiles pobre y muy pobre, con 51,1 y 49,3%, respectivamente. Finalmente, se encontró en el análisis por sexo que existen escasas diferencias que favorecen, con una menor prevalencia a las niñas (48,4%) en relación con los niños (51,1%) (ver tabla 4).

3.3. Índices y curvas de concentración de enfermedad respiratoria aguda

Al estimar los índices de concentración en los grupos poblacionales analizados en este estudio, y luego de desagregarlos por tipo de área de residencia, sexo y región, se encuentra que si bien todos los índices resultan negativos, es decir, hay mayor concentración de la morbilidad por ERA en los quintiles más pobres de la población, no es menos cierto

TABLA 4
PREVALENCIAS DE ERA POR QUINTIL DE RIQUEZA, ÁREA DE RESIDENCIA, REGIÓN Y SEXO

Niños de 1 a 4			
	N	%	Intervalo de confianza
Total	6.361	50	51,81
Área			
Urbana	4.629	51,1	48,8-53,2
Rural	1.732	47,7	44,8-50,6
Regiones			
Atlántica	1.800	53,9	51,1-56,8
Central	1.054	53,4	49,5-57,3
Oriental	761	44,8	40,7-48,9
Pacífico	764	43,1	39,1-47,1
Bogotá	278	53,9	47,5-60,2
Amazonia/ Orinoquia	1.704	47,3	43,1-53,5
Quintil de riqueza			
Muy pobre	1.872	49,3	45-52,5
Pobre	1.878	51,1	47,8-54,5
Medio	1.305	52,4	48,5-56,2
Rico	788	49	44,3-53,6
Muy Rico	518	46	40,7-52,2
Sexo			
Femenino	3.109	48,4	45,9-51
Masculino	3.252	51,5	49-53,9

Fuente: cálculo de las autoras con base en la ENDS y la ENSIN 2005

que estas diferencias son pequeñas entre los estratificadores. Los resultados por niveles de agregación (región y área de residencia) muestran que las mayores disparidades por índice de riqueza se presentan en la Región Atlántica, con un índice de concentración de -0,0842, seguido por el área urbana y rural, cuyos índices de concentración son de -0,0259 y -0,0277, respectivamente.

3.4. La acción de tutela: la excepción se convirtió en norma

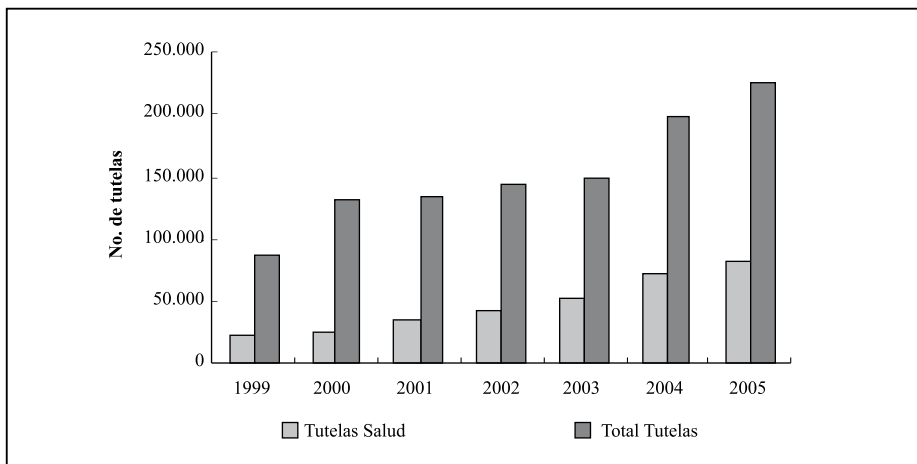
Según el informe “La tutela y el derecho a la salud” (7), de 1999 a 2005 las solicitudes por salud aumentaron cerca del 280%, mientras que el crecimiento general de la tutela fue del 160% en el mismo periodo. El gráfico 1 muestra la tendencia creciente tanto del total de tutelas interpuestas como del total de tutelas que reclaman el derecho a la salud.

El número de fallos de la Corte Constitucional de las sentencias revisadas para el año 2005 ascendió a 1.318, de los cuales el 13% correspondía al grupo poblacional de niños

y niñas. De las tutelas relacionadas con niños y niñas fueron aceptadas 117, equivalentes al 68%, y fueron negadas el 25%, 43 tutelas. El 6% restante (11 tutelas) obedecen a fallos que tuvieron carencia de objeto, en los que la Corte Constitucional se declaró inhibida o resolvió su exequibilidad.

En el análisis se agruparon las temáticas, y se encontró que más de la mitad (51%) de las tutelas revisadas y falladas en el 2005 que vincularon vulneraciones a los derechos de los niños y las niñas, correspondieron a violaciones al derecho a la salud, con 88 tutelas, seguidas de 24 fallos (14%) referidos al tema laboral, en donde se estaban violando derechos de los niños en relación con el efecto que el trabajo genera en la posibilidad de que sus padres les brinden una vida digna. En tercer lugar se encuentran 20 fallos (12%) referidos a tutelas relacionadas con la violación de las condiciones de vida digna de niños y niñas. En cuarto lugar se encuentran 18 fallos referidos al derecho a la educación, correspondientes al (11%). En quinto lugar, con 13 fallos (8%), se encuentran las tutelas dirigidas a proteger el derecho a la familia,

GRÁFICO 1
NÚMERO TOTAL DE TUTELAS Y TUTELAS EN SALUD. COLOMBIA 1999-2005



Fuente: cálculos de las autoras, con base en la Corte Constitucional.



consagrado como fundamental para niños. El tema de la pensión de los padres que debían garantizar el sostenimiento de niños y niñas reportó 8 fallos (5%), lo que muestra que los derechos de esta población son objeto de vulneración a pesar de ser reconocidos como fundamentales, como se ha sostenido a lo largo de este trabajo, y que estas violaciones vinculan los determinantes sociales de las inequidades en salud, afectando por ende no sólo su estado de salud, sino también sus posibilidades de desarrollo y de logro de vida.

3.5. Determinantes sociales de las enfermedades respiratorias agudas

Para hallar las causas sociales que explican la prevalencia de las ERA en los niños y las niñas de uno a cuatro años en Colombia, se utilizó un modelo multinivel o jerárquico. La estructura general del modelo es la siguiente:

$$E(\log(y)) = -0.2112 + 1.2089AREA + 1.9550LACTANCI - 0.6849CARNEVAC - 0.6048AFILIADO - 0.2557ANEMIA_M + 0.1528(RIQUEZA = 1) + 0.1824(RIQUEZA = 2).....$$

Los resultados de la estimación se presentan en la tabla 5. En el caso colombiano, el poder explicativo de las variables que definen los determinantes sociales de las enfermedades respiratorias agudas es satisfactorio; de hecho, los signos de la mayoría de los coeficientes de las variables explicativas se ajustan a lo esperado, y junto con el grado de significancia estadística, validan las conclusiones derivadas del análisis propuesto anteriormente.

En resumen, se pueden extraer los siguientes resultados del modelo estimado para Colombia:

- En conjunto, de las 13 variables consideradas, y de sus más de 1.000 combinaciones, ocho de éstas pueden explicar los

determinantes sociales de las ERA, tanto en el país como en las regiones colombianas. Estas variables son: el área de residencia, la lactancia materna, la anemia nutricional, el uso de servicios de salud a través del carné de vacunación, la condición de afiliado, y la riqueza del hogar, medida a través del grado diferencial del índice construido. Igualmente, tienen poder explicativo de estas diferencias la región y las variables que recogen los efectos combinados de área de residencia y lactancia, y de anemia y región.

- El valor positivo del coeficiente del área de residencia indica que para los niños y las niñas del área urbana, el riesgo de tener los síntomas de ERA es tres veces más elevado en relación con los niños y las niñas que habitan las zonas rurales del país. Este riesgo a padecer enfermedad aumenta considerablemente en aquellos que no han sido lactados por sus madres. De acuerdo con las estimaciones, este riesgo es siete veces mayor como consecuencia de la no lactancia.
- Las estimaciones muestran, igualmente, los efectos significativos de garantizar el acceso al sistema de vacunación, lo que reduce el riesgo de contraer ERA. En Colombia, los niños y las niñas con carné de vacunación tienen un riesgo 49,5% menor de contraer estas enfermedades que aquellos que están por fuera del sistema de vacunación infantil.
- Una situación similar se presenta para aquellos niños y niñas que están afiliados al sistema de salud. En teoría, la afiliación reduce los costos de búsqueda de atención que son vitales para enfrentar oportunamente las ERA y evitar consecuencias fatales.

De acuerdo con los resultados, la afiliación reduce el riesgo de tener síntomas de ERA hasta en 45,4% frente a quienes no

están asegurados por el sistema de salud colombiano.

- La riqueza es igualmente un factor que aumenta el riesgo de padecer ERA por parte de la población infantil. Si un niño pertenece al quintil de riqueza más bajo de la población colombiana, el riesgo de padecer ERA se eleva en más del 116% frente a un niño que pertenezca al quintil más rico de la población. Este riesgo se eleva –aunque modestamente– cuando se considera a un niño del quintil con el segundo indicador de riqueza más bajo de la población, y desaparece a partir del quintil 3, lo que hace que la pobreza sea una variable que explique considerablemente la probabilidad de padecer ERA. Estos resultados concuerdan con los arrojados por Casen, Lubotsky y Paxson (8), quienes encontraron que los niños de estrato socioeconómico bajo son más susceptibles a sufrir choques de salud negativos que los niños de estratos socioeconómicos altos.
- Estos últimos resultados guardan estrecha relación cuando se considera el riesgo de los niños de padecer ERA en las regiones colombianas. En otras palabras, los niños que residen en aquellas regiones históricamente rezagadas del país, que concentran gran parte de la población pobre (material o por ingresos) como la Costa Caribe colombiana o la Región Pacífica, tendrán un riesgo mayor de sufrir ERA. De hecho, los resultados son consistentes ya que este riesgo se eleva en 55 y 100%, respectivamente, cuando los niños habitan estas regiones.
- Esta misma conclusión aplica en sentido contrario. Así, cuando la región presenta un mayor nivel de vida de sus habitantes, como sucede con la Región Central, este riesgo se disminuye hasta en un 41%. Sin

embargo, a pesar de sus niveles relativamente bajos de pobreza, Bogotá presenta alta prevalencia (aunque estadísticamente no significativa) de las ERA; esto puede presentarse debido a que en el modelo no se incluyeron otras variables explicativas biológicas como los virus, climáticas y/o estructurales.

- Un ejercicio adicional en la estimación consistió en establecer los efectos combinados de algunas variables independientes consideradas en el modelo. Por ejemplo, los niños lactados que pertenecen al área urbana reducen el riesgo de presentar síntomas de ERA hasta en un 100% en relación con aquellos infantes que residen en las áreas rurales del país. Comparado con el efecto marginal de la variable de lactancia considerada individualmente, este resultado permite inferir que los resultados diferenciales entre las regiones pueden ser una consecuencia de las inequidades generadas por la política social y la política de salud, debido a las asimetrías en el acceso y la utilización de los servicios sociales básicos entre las distintas regiones del país, incluidos los servicios de salud.
- Estos efectos complementarios entre determinantes sociales y prevalencia de ERA se observan igualmente cuando se analiza la anemia en las regiones colombianas. Si un niño de la Costa Caribe presenta anemia por deficiencia de hemoglobina, el riesgo de padecer ERA aumenta hasta en un 50% frente a un niño de cualquier otra región. Igual sucede con los niños con anemia de la Región Central, donde el riesgo se eleva hasta en un 44%. Este último resultado puede deberse a la alta incidencia de la anemia en esta región, cuyos efectos sobrepasan el contrapeso que pueden ejercer los niveles de bienestar de esta región.



DETERMINANTES SOCIALES Y DISPARIDADES DE LA MORBILIDAD POR ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AGUDAS (ERA) EN NIÑAS Y NIÑOS DE UNO A CUATRO AÑOS EN COLOMBIA

Tabla 5
ANÁLISIS DE ESTIMADORES DE VEROSIMILITUD MÁXIMA (PROCEDIMIENTO CATMOD)

Variable	Coefficiente	Efectos marginales ^s	Error estándar	Chi-cuadrado	Pr>Chi Sg
Término independiente	-0,2152	-	0,9523	0,05	0,8212
Área urbana	1,2089	-2,35	0,5605	4,65	0,0310**
No lactancia	1,9550	-6,06	0,7105	7,57	0,0059
Carné de vacunación	-0,6843	0,50	0,2772	6,09	0,0136**
Afiliado	-0,6048	0,45	0,2272	7,09	0,0078*
Anemia M	-0,2557	0,23	0,0934	7,49	0,0062
Riqueza					
Q1	0,1528	0,17	0,0870	3,88	0,0490*
Q2	0,1824	0,20	0,0647	7,96	0,0048*
Q3	-0,0363	0,04	0,0691	0,28	0,5992
Q4	-0,1490	0,14	0,0845	3,11	0,0779***
Región					
Caribe	0,4360	0,55	0,2198	3,93	0,0473**
Central	-0,5244	0,41	0,2723	3,71	0,0541**
Oriental	-0,3281	0,28	0,2368	1,92	0,1660
Pacífico	0,6990	1,01	0,2816	6,16	0,0130**
Bogotá	0,2076	0,23	0,4466	0,22	0,6420
Vacunación	1,0928	1,98	0,1648	3,83	0,0503
Área*Lactancia	-1,3068	1,00	0,5345	5,98	0,0145**
Anemia M*Región					
Caribe	0,6662	0,49	0,1632	11,14	0,0008*
Central	0,5731	0,44	0,1663	8,75	0,0427**
Oriental	0,2030	-0,23	0,1702	1,42	0,2331
Pacífico	0,0946	-0,10	0,1669	3,14	0,1508
Bogotá	0,0595	-0,06	0,3261	0,03	0,8552

Fuente: cálculos de las autoras con base en Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)-ENSIN,

* Significa al 1%; ** significa al 5%; *** significa al 10%.

§: El efecto marginal se calcula elevando al exponencial el coeficiente y permite determinar la probabilidad de aumentar o disminuir el riesgo de padecer síntomas de ERA.

4. Discusión: ¿Y entonces, cómo avanza Colombia hacia el goce efectivo del derecho a la salud?

La materialización de un Estado Social de Derecho en Colombia es una obra en construcción; lograr la garantía de los derechos fundamentales, de los derechos colectivos, y de los contenidos mínimos de la seguridad humana es posible siempre y cuando se implementen políticas públicas basadas en los contenidos fundantes y se avance en la eliminación de la inequidad, garantizando a los asociados condiciones de vida digna.

El derecho a la salud de los niños y las niñas es requisito *sine qua non* para lograr la potenciación de sus capacidades, y por ende, la construcción de un proyecto de vida en condiciones de dignidad, que en este caso, por el carácter de privilegiado del derecho, es una obligación del Estado colombiano, no de cumplimiento progresivo, sino de cumplimiento inmediato.

A pesar de ello, al contrastar esta realidad normativa con los resultados en salud de los niños y las niñas de uno a cuatro años en Colombia, y con el ejercicio de los mecanismos de protección, se evidencia una escisión considerable entre el ser y el deber ser.

En Colombia, la prevalencia de ERA llega al 50%, y revela diferencias por sexo (48,4% en niñas y 51,5% en niños), por área de residencia (51,5% en el área urbana y 47,7% en la rural), por quintil de riqueza (51,1% en los hogares pobres y 46% en los hogares muy ricos), y por región (54% Atlántica y 43% Pacífica). Al analizar la garantía efectiva del derecho, se encontró que en las sentencias de tutela revisadas por la Corte Constitucional, y relacionadas con el derecho a la salud de los niños y las niñas durante el año 2005, el

100% se impetró por derechos contenidos en el Plan Básico de Salud (PBS), el Plan Obligatorio de Salud (POS) y el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POSS), amparados por demás por la Ley 100 de 1993 y sus normas complementarias, situación ésta de extrema gravedad si partimos de un Estado de Derecho como se autoproclama el nuestro.

El abordaje de este análisis da cuenta de la relación existente entre los determinantes sociales de la salud y la ausencia del goce efectivo del derecho. Es así como la visión amplia del derecho desarrollada por la Corte Constitucional en su jurisprudencia, en la que reconoce su integralidad y su conexidad con otros derechos fundamentales, dialoga con la posición asumida por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud cuando señala la trascendencia del contexto social, político, económico y cultural en los resultados en salud. Esta situación se confirma con los resultados del modelo estimado, según el cual la presencia de síntomas de ERA se eleva fuertemente si se pertenece al quintil más pobre de la población.

Precisamente, a través de este marco conceptual y jurídico, los resultados muestran una realidad quebrada, en la que se deslegitima el Estado frente a su deber de garantía y se hacen urgentes medidas que impacten los determinantes sociales de la salud como parte de la realización de los derechos fundamentales, los cuales están vinculados por su indivisibilidad e interdependencia, trayendo como consecuencia la trasgresión de unos y otros.

Lo anterior ha puesto hoy al Estado colombiano frente a reivindicaciones conexas al derecho a la salud que han sido tuteladas por la Corte Constitucional y que son evidencia contundente de que la salud implica otros elementos que la subyacen. Es así como del total de las sentencias de revisión referidas



al derecho a la salud, el 93,6% (unas 75.582) fueron presentadas en conexidad con el derecho a la vida, el 7% (5.701 casos) con la dignidad humana, el 4% (3.254) con el derecho a la igualdad, el 3,8% (3.043) con los derechos económicos sociales y culturales, y en menor porcentaje a otros derechos como la protección al menor y la mujer embarazada y el libre desarrollo de la personalidad.

En Colombia, a los niños y a las niñas no se les garantiza el pleno goce de sus derechos. Esta situación los hace proclives a la morbilidad y a las inequidades en salud que afectan directamente la promoción de unas condiciones de vida de calidad, así como la obtención de la solución a las desigualdades reales que se presentan en la sociedad y que hacen imposible instaurar un orden justo.

Es presupuesto material del Estado Social de Derecho que la libertad y la igualdad para todos estén efectivamente aseguradas, presunción que no corresponde con la realidad puesto que son palmarias las vulneraciones a sectores históricamente marginados que ven afectados sus derechos por la posición económica, política, cultural e histórica que ocupan en la sociedad. Evidencia de lo anterior son los resultados de las mediciones del índice de concentración para la Región Atlántica, los cuales muestran disparidades en las prevalencias de ERA por índice de riqueza.

Esto es incongruente –es necesario insistir–, especialmente en los derechos de poblaciones como las de los niños y las niñas, frente a quienes el Estado, por un lado, debe adoptar e implementar políticas públicas tendientes a lograr una igualdad real de condiciones y oportunidades, y por el otro, tiene un mandato de acción que lo obliga a transformar las condiciones que dan lugar a las disparidades o perpetúan la exclusión o la injusticia social.

Esta sustracción del Estado de su deber y del cumplimiento de sus fines se puede constatar a partir de: i) las altas prevalencias de enfermedades respiratorias agudas en Colombia (más del 50%); ii) las desigualdades regionales que se presentan en cuanto a cobertura de servicios básicos, condiciones de vida, y la enfermedad misma, medida por ERA; y iii) a partir del análisis de las sentencias de tutela revisadas por la Corte Constitucional para el año 2005.

En el caso de los niños y las niñas, se pudo establecer que el 51% de las tutelas presentadas estuvieron dirigidas a la garantía del derecho a la salud, y que de igual forma, se tutelaron otros derechos como: los laborales de los padres en 14%, entendiéndose que con ello se vulneran las posibilidades de los niños y las niñas de tener condiciones adecuadas para su crecimiento y desarrollo; el derecho a la vida digna en 12%, tutelado como derecho fundamental y asumido como el nivel de vida y el grado de alcance de las condiciones económicas, sociales y culturales para alcanzar un desarrollo humano integral, es decir, la garantía a la salud, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la cultura y a los demás componentes de la trama social; el derecho a la educación de niños y niñas en 11%, reconocido como la posibilidad de perfeccionamiento del ser humano y herramienta esencial para el desarrollo de sus potencialidades físicas, intelectuales y morales; el derecho a la familia en 8%, por ser el elemento cohesionador de la sociedad, el espacio de socialización e integración para la transmisión de valores y principios, y en donde los niños y las niñas se preparan para la vida; el derecho a la pensión de sus padres en un 5%, desde la asociación que hacen los ciudadanos frente a la imposibilidad de acceder a los servicios de salud, no sólo para ellos, sino también para su núcleo familiar.

El Estado colombiano está en la obligación –aceptada en los pactos internacionales– de diseñar e implementar políticas públicas conducentes a la realización de los derechos de los niños y las niñas, políticas que no se agotan en la expedición de normas, sino que incorporan la sobrevivencia, la salud, la nutrición, la educación en condiciones de igualdad, y la opción de no enfermar o morir por causas que se pueden evitar.

En este contexto, son inaceptables las marcadas diferencias encontradas entre las condiciones de vida del área rural y el área urbana. El análisis de la información de las bases de datos de la ENSIN y la ENDS (2005) muestra que mientras el 74% de la población rural ha alcanzado como máximo nivel educativo la primaria, el 23% la secundaria, y el 1% el nivel universitario; en las zonas urbanas el 83% de la población alcanza la primaria, el 58% la secundaria, el 6% la técnica, y el 9% la universitaria.

De igual forma, se presentan diferencias importantes en saneamiento básico y afiliación al SGSSS, y se establece de facto que el desarrollo de los niños y las niñas presenta en las áreas rurales deficiencias de capital humano y social, con la consecuente transmisión intergeneracional de la desventaja, dada la estrecha relación entre el derecho a la educación y las oportunidades futuras para empleos bien remunerados, que le permitan a los individuos una mejor posición socioeconómica y el logro de un proyecto de vida en el ejercicio pleno de libertades individuales.

Este deber del Estado de la garantía real, y no la meramente nominal, de los derechos humanos está ineluctablemente ligada al reconocimiento de los derechos sociales fundamentales como derechos subjetivos. Como derecho subjetivo se entiende la posición normativa de un sujeto, para la que es

posible dar razones válidas (derecho *prima facie*) y suficientes, y cuyo no reconocimiento injustificado le ocasiona un daño inminente al sujeto titular del derecho (derecho definitivo concreto), vale decir, para el caso de los derechos fundamentales de poblaciones de especial protección, como los niños y las niñas, que poseen una fuerza vinculante; por lo tanto, incluirlos dentro de la teoría de la progresividad de los derechos económicos, sociales y culturales, los pone en condiciones de desprotección, y por ende, no garantiza su justiciabilidad.

Los derechos sociales así entendidos, desde su ampliación se han considerado como la esencia de la política social; esto desde la perspectiva que su grado de materialización permite a los ciudadanos y las ciudadanas un importante nivel de independencia de sus condiciones de realización y las fuerzas del mercado. Esta concepción no es otra que una visión del Estado garante e igualador, mediante políticas sociales que equilibren las disparidades generadas por el efecto gradiente de las posiciones diferenciales en la sociedad de los distintos estratificadores sociales.

La Corte Constitucional colombiana ha reconocido en múltiples jurisprudencias que los derechos sociales, es decir, aquellos contenidos en el título II, capítulo 2 de la Constitución Política (9), pueden asumir el carácter de fundamentales por conexidad y ejercerse como derechos subjetivos cuando se den las circunstancias expresadas en la sentencia SU-111/97 (10), circunstancias que se refieren básicamente a situaciones en que se comprueba un atentado grave contra la dignidad humana de sujetos de especial protección –en nuestro caso de estudio los niños y las niñas–, y el Estado, despojándose de su deber jurídico, ha dejado de garantizar determinado derecho que hace que una persona indefensa sucumba ante su propia impotencia.



Los datos arrojados por las encuestas revisadas y los cálculos propios permiten dilucidar, de alguna forma, por qué la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha intervenido directamente ante las vulneraciones del Estado a los derechos fundamentales de sus asociados, representadas éstas en las sistemáticas y reiteradas fallas en el conjunto de prestaciones y servicios, en la falta de garantía al goce efectivo de derechos, o en la negligencia de las entidades competentes para garantizarlos, lo cual ha llevado a esta corporación a adoptar medidas tendientes a reducir las disparidades que potencian la inequidad y profundizan la injusticia social, poniendo, sin consideración alguna, en peligro la vida y la salud de sus protegidos máspreciados, es decir, los niños y las niñas.

Para el caso del derecho a la salud, se ha hecho regla el logro de su materialización mediante el mecanismo constitucional de la acción de tutela; esto no quiere decir otra cosa que una situación que se pretendía excepcional se ha convertido en permanente, es decir, la excepcionalidad de garantizar el derecho a la salud mediante una acción de tutela se ha hecho norma, y ello implica, entre otras cosas, que las políticas públicas adoptadas no garantizan los derechos, que las entidades públicas y privadas que tienen a su cargo la prestación de los servicios de salud no cumplen con las normas que ha establecido el Estado en su función de regulación, y que este mecanismo constitucional se ha viciado puesto que la gestión directa ante las entidades vulneradoras del derecho no obtiene una respuesta positiva, a menos que medie una orden judicial, con lo que esta acción se convierte en un “prerrequisito de trámite” para las autorizaciones, y se deforma de plano su excepcionalidad.

5. Conclusiones

De las variables analizadas, las que pueden explicar los determinantes sociales de las ERA, tanto en el país como en las regiones colombianas, son: el área de residencia, la lactancia materna, la anemia nutricional, el uso de servicios de salud a través del carné de vacunación, la condición de afiliado, y la riqueza del hogar, medida a través del grado diferencial del índice construido. Igualmente, tienen poder explicativo de estas diferencias la región y las variables que recogen los efectos combinados de área de residencia y lactancia, y de anemia y región.

Se encontró, igualmente, que las variables sexo, hacinamiento, saneamiento básico, acceso a agua potable, asistencia a hogares comunitarios, e inscripción a los programas de crecimiento y desarrollo no están asociadas significativamente con la presencia de ERA en los niños y las niñas de uno a cuatro años en Colombia para el año 2005.

El riesgo de padecer enfermedad aumenta considerablemente en aquellos niños que no han sido lactados por sus madres. De acuerdo con las estimaciones, este riesgo es siete veces mayor como consecuencia de la no lactancia, mientras que aquellos niños con carné de vacunación tienen un riesgo 49,5% menor de contraer estas enfermedades que aquellos que están por fuera del sistema de vacunación infantil. En este sentido, los resultados muestran que la afiliación reduce el riesgo de tener síntomas de ERA hasta en 45,4%, frente a aquellos niños que no están protegidos por el sistema de salud colombiano.

Por su parte, la riqueza es igualmente un factor que aumenta el riesgo de padecer ERA

por parte de la población infantil. Si un niño pertenece al quintil de riqueza más bajo de la población colombiana, el riesgo de padecer ERA se eleva en más del 116% frente a un niño que pertenezca al quintil más rico de la población.

Los niños y las niñas que residan en regiones históricamente rezagadas del país, que concentran gran parte de la población pobre (material o por ingresos), como la Costa Caribe colombiana o la Región Pacífica, tendrán un riesgo mayor de sufrir ERA. De hecho, los resultados son consistentes ya que este riesgo se eleva en 55 y 100%, respectivamente, cuando los niños habitan estas regiones. Por el contrario, cuando la región presenta un mayor nivel de vida de sus habitantes, como sucede con la Región Central, este riesgo disminuye hasta en 41%.

En Colombia, y frente al goce efectivo de derechos, la normatividad nacional y el bloque de constitucionalidad limitan su accionar a su establecimiento dentro de los preceptos constitucionales, y no se logra el deber de garantía y materialización de los derechos. En consecuencia, el problema no es de ausencia de normatividad, sino más bien de inoperancia, que se traduce en la incapacidad del Estado para garantizar los derechos de los niños y las niñas y la poca voluntad de implementar políticas públicas que logren potenciar sus libertades y alcanzar el ejercicio pleno de sus derechos.

La acción de tutela se ha constituido en un mecanismo de trámite para el acceso a los servicios de salud, perdiendo su estatus de mecanismo excepcional, de rango constitucional.

La Corte Constitucional de Colombia debe, a través de su jurisprudencia, intervenir con urgencia en la conceptualización y el seguimiento del derecho a la salud, desde una visión ampliada e integral del mismo.

Los derechos de los niños y las niñas son garantizados en el plano normativo, pero no se logra su materialización, y ello el derecho de esta población a vivir sin enfermedad y en condiciones de dignidad.

Por lo anterior, es posible concluir que en este trabajo se evidencia una contradicción entre la política social y la garantía efectiva de los derechos ciudadanos, específicamente el derecho a la salud. En primer lugar, esto se debe a que en Colombia este derecho es ofrecido en gran proporción por el sector privado, y en segundo lugar, porque la tutela es un mecanismo de exigencia individual de los derechos, y por lo tanto, no tiene alcances colectivos, lo cual minimiza el papel del Estado y reduce el impacto de la política social como instrumento para la materialización de los derechos.

6. Limitaciones y recomendaciones

A pesar de los hallazgos de este trabajo, no fue posible ahondar más en el análisis de la garantía efectiva del derecho a partir de las tutelas, debido a la imposibilidad de estudiar la totalidad de ellas para el año 2005. Esta situación se debe a que la base de datos de la Corte Constitucional no registra los hechos que motivaron su interposición, y por lo tanto, sólo permitió cuantificar el número de tutelas presentadas. Lo anterior obligó a realizar la exploración de la violación del derecho a la salud a partir de las tutelas revisadas por la Corte para el año 2005, y limitó las conclusiones a un análisis de coherencia entre los contenidos de los derechos de los niños y las niñas y los hallazgos en cuanto a tutelas interpuestas. Adicionalmente, es importante señalar que esta base también presenta limitaciones al no tener clasificaciones socioeconómicas, regionales, etáreas, poblacionales, entre otras.



Otra de las limitaciones para ampliar las posibilidades de análisis frente a las disparidades en salud es la representatividad de las encuestas por índice de riqueza. En consecuencia, se hace necesario que la Encuesta Nacional de Demografía y Salud y la Encuesta de Situación Nutricional en Colombia tengan en cuenta la necesidad de diseñar muestreos que permitan representatividad por índice de riqueza. Lo anterior fue una limitación para el análisis de las causas de las disparidades y para la significancia de los índices de concentración.

Por último, si bien este estudio pretendía realizar el análisis de los determinantes tanto intermediarios como estructurales de las ERA, fue imposible incluir en el modelo los segundos por la inexistencia de la información en las fuentes disponibles. A pesar de ello, se puede afirmar que la ERA se constituye en un poderoso indicador de condiciones de vida de la infancia y que actúa como proxy de la morbilidad infantil, evidenciando la existencia de disparidades sociales que hacen proclive a esta población a padecerla, que muchas de éstas son por causas evitables e injustas, y que ello pone en evidencia un modelo de organización de la sociedad marcado por la inequidad y la injusticia social, que contradice abiertamente el marco de libertades y derechos que erige la nación colombiana.

Es claro que ante la presencia de enfermedad no hay realización del derecho a la salud, y para el caso de los niños y las niñas que padecen de enfermedad respiratoria aguda, sus determinantes son resultado en gran parte de la ausencia o baja materialización de sus derechos fundamentales y de la incapacidad del Estado de cumplir con su deber de garantía, lo que implica claramente que los niños y las niñas que presentan ERA tienen

conculcado su derecho a la salud, como resultado no sólo de las disparidades originadas en la falta de equidad, sino también de la abstención del Estado de generar las condiciones que permitan la igualdad real de oportunidades y la potenciación de capacidades que la Constitución Política de Colombia en su preámbulo manifiesta tan ampliamente, como prueba de una democracia dirigida al logro de la justicia, que valga decir no se alcanza sino a través de la equidad.

Es entonces claro que la materialización del derecho a la salud de los niños y las niñas en Colombia está directamente relacionada con la garantía de la totalidad de los derechos reconocidos como fundamentales en el artículo 44 de la norma superior y el bloque de constitucionalidad, y que es pertinente insistir en su interdependencia y conexidad; por lo tanto, resulta necesario anotar que para el caso de la ERA, se vulneran simultáneamente algunos de ellos interrelacionados con sus determinantes y sus causas, como se ha ilustrado anteriormente.

Por todo lo anterior, es imperioso convocar cambios en las estructuras de poder y además alcanzar acuerdos parlamentarios que conviertan esos “cambios” en realidades ciertas que vayan más allá del simple establecimiento normativo; se hace necesario aumentar los esfuerzos estatales para mejorar la infraestructura básica y la disponibilidad de servicios públicos en las zonas rurales, puesto que esto permitiría reducir desigualdades regionales, y por lo tanto, mejorar los resultados en salud y reducir las disparidades; es importante privilegiar una interpretación amplia del derecho a la salud que incluya la perspectiva de los DSS y que permita cambios en la política pública del Gobierno Nacional; el derecho a la salud no es identificado por los actores estatales como

un derecho integral, que tiene interrelación con otros derechos fundamentales, y por lo tanto, es urgente la revisión a profundidad de la concepción del derecho a la salud como derecho social fundamental.

Por último, si bien es cierto que la declaración del estado de cosas inconstitucional es una alternativa para ejercer presión y buscar resultados en cuanto a la garantía efectiva del derecho a la salud, hacerlo dentro del marco del modelo de salud actual mantendría las limitaciones y fallas estructurales que alejan a la salud de su carácter de derecho ciudadano y la acercan, cada vez más, a la condición de bien transable en el mercado.

A partir de los resultados presentados, se puede inferir que para afectar las disparidades por ERA se requieren intervenciones tanto intrasectoriales en el sector salud como intersectoriales en otros sectores sociales. Por consiguiente, para reducir las disparidades se hace necesario mejorar el saneamiento básico, realizar intervenciones para garantizar la seguridad alimentaria y aumentar la cobertura y calidad de los programas preventivos específicos para los niños y las niñas, como el de crecimiento y desarrollo. Además, se requiere priorizar intervenciones por regiones y enfocar esfuerzos en zonas de altas prevalencias como las regiones Atlántica y Pacífica.

Referencias

1. Organización de Naciones Unidas. Observación General N°14. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 2000. p. 1.
2. Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. The Social Basis of Disparities in Health. En: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, editores. *Challenging inequities in health. From ethics to action.* Oxford: Oxford University Press; 2001. p. 13-23.
3. Hallqvist J, Lundberg M, Diderichsen F. "Socio-economic Difference in Risk for Myocardial Infarction 1971-94 among Men and Women in Sweden. *International Journal of Epidemiology.* 1998; 27: 410-5.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud. Hacia un marco conceptual que permita analizar y actuar sobre los determinantes sociales de la salud. Documento de trabajo de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. 2005.
5. Sudhir A et al. Medición de las disparidades de salud: métodos e indicadores. En desafío a la falta de equidad en salud: de la ética a la acción. Organización Panamericana de la Salud, Fundación Rockefeller; 2001.
6. O'Donnell O, Doorslaer EV, Wagstaff A, Lindelow M. *Analyzing Health Equity. Using Household.* Washington, D.C.: The World Bank; 2008.
7. Colombia, Defensoría del Pueblo. La tutela y el derecho a la salud período 2003-2005. 2007. p. 29.
8. Case A, Lubotsky D, Paxson C. Economic Status and Health in Childhood: The Origins of the Gradient. *American Economic Review.* 2002; 92(5): 1.308-34.
9. Colombia, Constitución Política de 1991. Título II "de los derechos, las garantías y los deberes", Capítulo 2 "de los derechos económicos, sociales y culturales". Bogotá: Legis; 2002.
10. Corte Constitucional de Colombia. Sala Plena. Sentencia SU-111 de marzo 6 de 1997. Magistrado ponente Eduardo Cifuentes Muñoz.

