

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

Retos y aprendizajes

Gabriel Jaime Otálvaro Castro
Juan Eduardo Guerrero Espinel
(Editores)



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
1803

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

Retos y aprendizajes





**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

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

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

Retos y aprendizajes

Gabriel Jaime Otálvaro Castro
Juan Eduardo Guerrero Espinel
(Editores)



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

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

© Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública

ISBN: 978-628-7519-81-7

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

Primera edición: julio de 2022

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

Coordinación editorial: Diana Patricia Carmona Hernández

Diseño de la colección: Neftalí Vanegas Menguán

Corrección de texto e indización: José Ignacio Escobar

Diagramación: Luisa Fernanda Bernal Bernal,

Imprenta Universidad de Antioquia

Hecho en Medellín, Colombia/Made in Medellín, Colombia

Comité académico:

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

Fondo Editorial FCSH, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Universidad de Antioquia
Calle 67 N.º 53-108, Bloque 9-355
Medellín, Colombia, Suramérica
Correo electrónico: fondoeditorialfcs@udea.edu.co

Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia
Calle 62 N.º #52-59
Medellín, Colombia, Suramérica
Correo electrónico: decasaludpublica@udea.edu.co

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



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

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

485 páginas ; tablas, figuras ; 23 cm. (tamaño 300 kb) (FCSH. Ensayo)
ISBN 978-628-7519-82-4 (versión e-Book)

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

342.861/OT87

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

Gabriel Jaime Otálvaro Castro¹

Luz Adriana Muñoz Duque²

Steven Orozco Arcila³

8.1. Introducción

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8.2. La salud como proceso social. Algunas aproximaciones conceptuales

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

15 OMS, *Cerrando la brecha*, vii.

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

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

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

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

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

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

19 Breilh, “La inequidad y la perspectiva”.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Colombia se encuentra entre los países con mayor desigualdad en Latinoamérica,²⁴ la región más inequitativa del planeta, característica histórica estructural, mantenida y reproducida incluso en períodos de crecimiento económico. Entre las causas de la desigualdad en América Latina se encuentran procesos como el acaparamiento de recursos por apropiación violenta, de la mano de obra y de tierras para la expansión de los agronegocios, con despojos a pueblos originarios y campesinos, acaparamiento que incluye acumulación de conocimientos y saberes.²⁵

24 Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL, *La matriz de la desigualdad social en América Latina* (Santiago de Chile: CEPAL, 2016), <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/40668>; Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Urbanos, ONU-Hábitat, y Banco de Desarrollo de América Latina, CAF, *Construcción de ciudades más equitativas: políticas públicas para la inclusión en América Latina* (Bogotá: ONU-Hábitat, 2014), <http://scioteca.caf.com/handle/123456789/489>

25 Elizabeth Jelin, "Desigualdades de clase, género y etnicidad / raza: realidades históricas, aproximaciones analíticas", *Revista Ensamble*, no. 1 (2014): 11-36, <http://www.revistaensambles.com.ar/ojs-2.4.1/index.php/ensambles/article/view/27>

Aunque los países de la región comparten rasgos y causas de desigualdad, en algunos aspectos estos son más acentuados en el caso colombiano, tales como las desigualdades urbano-rurales y urbanas entre grupos sociales. El origen de las primeras está en las propias leyes y prácticas con las que se constituyó la república²⁶ y en la ausencia de reformas políticas a la tenencia y distribución de la tierra, que a su vez son causa del conflicto político armado que se vive desde el siglo xx. En cuanto a las segundas, los principales aspectos que las explican, y por los cuales se reproducen, están relacionados con las políticas laborales, educativas, tributarias, de planeación y ordenamiento urbano, en contextos específicos de conflicto urbano violento, generadoras de estructuras diferenciadas de oportunidades, que juegan a favor de los grupos sociales más aventajados. Las políticas sociales vigentes son insuficientes para incidir sobre esta dinámica de reproducción social de la inequidad. A pesar de la disminución importante de la pobreza durante el siglo xxi, las desigualdades se han mantenido en altos niveles.

Respecto a la tenencia y distribución de la tierra en Colombia, que además de constituir una causa profunda de las desigualdades sociales es causa principal del conflicto armado vivido desde la segunda mitad del siglo xx, el país tiene la peor y más desigual distribución de tierras en América Latina, y también están en manos de unos pocos terratenientes; el índice de Gini de acuerdo con los datos oficiales es de 0,89.²⁷ Además, durante seis décadas de conflicto político armado fueron despojadas diez millones de hectáreas, que son comparables a la totalidad de superficie que se dedica a la agricultura en el país. Durante este periodo se aumentó la concentración de la tierra, así, las Unidades Productivas Agropecuarias (UPA) de menor tamaño, las mayores de 500 hectáreas, que representan menos del 0,5 % del total nacional, ahora son más grandes en tamaño y ocupan más superficie en el territorio; mientras en 1970 ocupaban el 29 % del área censada, en 2014 representaron el 68 % de esta. En sentido contrario, los minifundios de menos de cinco hectáreas que en 1970 representaban el 64 % del total de las UPA y ocupaban el 5 % del área

²⁶ Jorge Orlando Melo, *Historia mínima de Colombia*, 1.ª ed. (Bogotá: Editorial Turner, 2017).

²⁷ Instituto Geográfico Agustín Codazzi, IGAC, *Atlas de la distribución de la propiedad rural en Colombia* (Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia, 2012).

censada, en 2014 representaron el 70,5 % del total de las UPA y representaban solo el 2,7 % de la tierra productiva del país. De esta forma, en Colombia el 1 % de las explotaciones de mayor tamaño concentran más del 80 % de la tierra, mientras que el 99 % restante se reparte menos del 20 % de la tierra productiva.²⁸

De acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE),²⁹ Colombia ha realizado en los últimos años importantes avances económicos y sociales; no obstante, la desigualdad de ingresos aún es muy marcada. Durante la última década del siglo xx y la primera del siglo XXI, el PIB per cápita se incrementó en promedio 1,4 % anual; a la par, durante este período se implementó una política de reducción de pobreza con la cual se redujo en un tercio la incidencia de pobres urbanos y más de la mitad de la población que vivía en tugurios;³⁰ sin embargo, fue la nación de la región que más incrementó la desigualdad en el ingreso en sus zonas urbanas, pasando de un Gini de 0,48 en 1991 a 0,55 en 2010 (incremento del 14,5 %). Registró además la mayor polarización de los ingresos entre habitantes urbanos ricos y pobres, pues la relación entre el decil más rico y el más pobre sufrió un incremento de 24 veces en 1991 a 47 en 2010.³¹

Varios indicadores muestran la persistencia de la brecha urbano-rural en Colombia en cuanto a condiciones de vida. En primer lugar, se encuentran la pobreza multidimensional y la monetaria, las cuales históricamente han sido marcadamente mayores en zonas rurales que en urbanas. Por ejemplo, para el año 2014 se encontró que el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) para cabeceras municipales era de 18,8 % en grandes ciudades y se elevaba hasta 59,1 % en los territorios rurales dispersos; similar a lo ocurrido con la pobreza

28 “Radiografía de la desigualdad. Lo que nos dice el último censo agropecuario sobre la distribución de la tierra en Colombia”, Arantxa Guereña, Oxfam, 4 de julio de 2017, <https://www.oxfam.org/es/informes/radiografia-de-la-desigualdad>

29 Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, OCDE, y Mintrabajo, *Estudios de la OCDE sobre el Mercado Laboral y las Políticas Sociales: Colombia 2016. Resumen ejecutivo, evaluación y recomendaciones* (Bogotá: Mintrabajo, 2016), <https://www.oecd.org/fr/els/emp/OECD-Reviews-of-Labour-Market-and-Social-Policies-Colombia-AR-Spanish.pdf>

30 ONU-Hábitat y CAF, *Construcción de ciudades*.

31 ONU-Hábitat y CAF, *Construcción de ciudades*.

monetaria, la cual, para cabeceras municipales era del 20,9 % en grandes ciudades y aglomeraciones y de un 51,5 % en zonas rurales dispersas.³²

De otra parte, aunque algunos datos de 2014 señalaban que la tasa de desempleo urbano era mayor que la rural (9,99 % vs. 5,68 %),³³ por su parte, la seguridad social es prácticamente inexistente en el campo colombiano, de tal suerte que mientras que la proporción de ocupados que realiza aportes a pensiones a nivel urbano es del 43,5 %, en zonas rurales es del 14,6 %. Y respecto a quienes reciben pensión, mientras el 29 % de la población urbana en edad de jubilación tiene acceso a una pensión contributiva, en zonas rurales solo accede a esta el 8 %.³⁴

En cuanto al acceso a servicios públicos, para el año 2019, se encontraba un promedio nacional de acceso a energía eléctrica de 99,8 % en cabeceras municipales, frente a 92,5 % en centros poblados y territorios rurales dispersos. Sin embargo, las diferencias más acentuadas se dan en el acceso al gas natural (80,6 % vs. 12,3 %), acueducto (97,2 % vs. 54 %), alcantarillado (92,8 % vs. 14,8 %) y recolección de basuras (98,5 % vs. 27,7 %). De otro lado, se siguen encontrando niveles de educación más bajos en zonas rurales para todos los grupos etarios. Por ejemplo, para el grupo de 15 a 24 años, el promedio de años de estudio en cabeceras municipales es de 10,6 años, mientras que en centros poblados y territorios rurales dispersos es de 8,5 años, diferencias que se acentúan en edades más altas.³⁵

Ahora bien, en cuanto al acceso a los servicios de salud y la respuesta social en salud, para septiembre de 2020, en el país había una cobertura del sistema

32 Departamento Nacional de Planeación, DNP, *El campo colombiano: un camino hacia el bienestar y la paz. Misión para la transformación del campo* (Bogotá: Nuevas Ediciones, 2015), <https://www.dnp.gov.co/programas/agricultura/Paginas/Informe-misi%C3%B3n-Final.aspx>

33 Observatorio Nacional de Salud, Instituto Nacional de Salud y Minsalud, *Informe Técnico, Sexta Edición. Desigualdades Sociales en Salud en Colombia. Informe Nacional* (Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia, 2015), <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/6.%20Desigualdades%20sociales.pdf>

34 Consejo Privado de Competitividad, *Informe nacional de competitividad 2020-2021*, 14.ª ed. (Bogotá: Zetta Comunicadores, 2020), https://compite.com.co/wp-content/uploads/2020/11/web-CPC_INC_2020_2021_LIBRO_DIGITAL_PAGINAS.pdf

35 "Boletín Técnico. Encuesta Nacional de Calidad de Vida", Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE, Bogotá, 14 de julio de 2020, https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/2019/Boletin_Tecnico_ECV_2019.pdf

de salud del 97 % de la población colombiana, dato que permite hablar de una cobertura casi universal en términos de aseguramiento. Sin embargo, hablar del acceso efectivo a los servicios de salud implica otro panorama. En 2019, solo una de cada cuatro personas recibieron o solicitaron atención en salud, dadas las barreras de acceso presentes. Igualmente, persiste una importante precariedad en términos de infraestructura pública hospitalaria. Es así como desde inicios de la reforma de la Ley 100 la inversión de los hospitales fue solo la mínima necesaria para la garantía de funcionamiento, sin posibilidad de mejora de su equipamiento tecnológico. La situación es también deficitaria respecto a la densidad de personal médico y de enfermería en el país (2,2 y 1,3 por cada mil habitantes, respectivamente), o presenta un problema crítico de concentración profesional, como en el caso de los odontólogos (0,9 por cada mil habitantes), y en relación con la dotación y capacidad instalada en las regiones, entre las cuales existen marcadas desigualdades. Así, para octubre de 2020 había cinco departamentos que no contaban con camas en cuidados intensivos. Estas condiciones deficitarias han salido a la luz de forma contundente en el marco de la emergencia sanitaria por Covid-19, la cual ha puesto en evidencia la muy insuficiente y desigual distribución de la infraestructura del sistema de salud colombiano.³⁶

Según datos de la Encuesta de Calidad de Vida,³⁷ para 2019 la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (sgss) era similar en las áreas rural y urbana (superior al 90 %); no obstante, la diferencia entre estas zonas se observaba en términos de la distribución por regímenes, dado que en la ruralidad el 83,2 % de la población estaba afiliada al Régimen Subsidiado, mientras que en las cabeceras municipales había más población en el Régimen Contributivo que en el Subsidiado (58,8 % y 41 % de las personas afiliadas, respectivamente). Por otro lado, los obstáculos para el acceso se asocian con barreras geográficas dadas las distancias a los centros de salud, situación que

36 Consejo Privado de Competitividad, *Informe nacional*; “Indicadores básicos para el seguimiento del talento humano en salud”, Observatorio de Talento Humano en Salud, Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO, Bogotá, 2020, <https://www.sispro.gov.co/observatorios/oniea/indicadores/Paginas/IndicadoresBasicos.aspx>

37 “Boletín Técnico”, DANE.

implica contar con recursos adicionales para acudir a los servicios de salud. En este contexto, cabe la pregunta de si lo ofertado a partir de las políticas de salud puede dar respuesta a las condiciones de vida y a las diferenciales necesidades básicas y en salud de la población rural del país.³⁸

De acuerdo con el informe sobre acceso a los servicios de salud en Colombia realizado por el Observatorio Nacional de Salud,³⁹ las características contextuales y económicas en los territorios son determinantes de las capacidades de los ciudadanos para acceder a estos. En este marco, la ruralidad es una característica mediadora de tal acceso por parte de la población, que aumenta el gasto de bolsillo y, dadas las barreras geográficas, limita el desplazamiento hacia las instituciones prestadoras de servicios de salud, asunto que deriva, además, en una disminución del uso de servicios preventivos, tales como controles prenatales y de crecimiento y desarrollo. Siguiendo lo planteado en este documento, el índice de acceso real a los servicios de salud disminuye cuando se trata de población rural. En esta también se observa una mayor necesidad y atención efectiva respecto a los servicios de salud mental, comparativamente con población residente en zonas urbanas del país. Un comportamiento similar se observa al referirnos a la atención en caso de enfermedades zoonóticas como la malaria, el dengue y otras arbovirosis, pues las poblaciones de zonas rurales endémicas cuentan con menores oportunidades en términos de diagnóstico y tratamiento, asociadas a la escasez de infraestructura sanitaria y a largos desplazamientos para conseguir la atención requerida.

Además, con respecto a la situación de salud, distintos estudios ratifican la persistencia de grandes desigualdades en la prevalencia de diferentes enfermedades y en las tasas de mortalidad por diversas causas entre habitantes de zonas rurales y urbanas. Así, de acuerdo con datos reportados en 2015, la

- 38 Diana Rodríguez Triana y John A. Benavides Piracón, “Salud y ruralidad en Colombia: análisis desde los determinantes sociales de la salud”, *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, Vol. 34, no. 3 (2016): 359-71, <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/26123>
- 39 Observatorio Nacional de Salud, ONS, e Instituto Nacional de Salud, INS, *Acceso a servicios de salud en Colombia. Informe Técnico 11* (Bogotá: ONS, 2019), <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/11.%20Acceso%20a%20servicios%20de%20salud%20en%20Colombia2.pdf>

mortalidad infantil es 1,7 veces mayor en la zona rural que en la urbana;⁴⁰ la prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años fue alrededor de 5,3 % mayor en la ruralidad, en comparación con el área urbana. Hay una menor frecuencia en el consumo de frutas y verduras entre adultos de zonas rurales respecto a los de zonas urbanas, así como una mayor mortalidad materna entre las mujeres de zonas rurales respecto a las que viven en zonas urbanas, con diferencias relativas de hasta dos veces más mortalidad.⁴¹ La percepción favorable del estado de salud es superior en la zona urbana que en la rural, lo que guarda una clara relación positiva con el nivel educativo y con el quintil de riqueza.⁴² Igualmente, en la población con mayor precariedad socioeconómica y en los territorios rurales suelen confluír, con mayor frecuencia, los problemas de salud y una menor búsqueda de atención médica institucionalizada, al tiempo que priman como razones para no acceder a esta atención los problemas relacionados con disponibilidad de los servicios y las condiciones económicas.⁴³

En síntesis, los estudios y reportes oficiales de las dos últimas décadas demuestran la existencia de tendencias y patrones de salud que exponen una desventaja estructural de la población rural y ciertas regiones completas del país (como la Orinoquia, la Amazonía y la región pacífica del litoral), que estarían explicados por la convergencia de procesos críticos que confluyen en la población de los territorios rurales, como la precariedad de las condiciones de trabajo, ambientales, de vivienda, de acceso a servicios básicos, bajos niveles educativos y peor infraestructura social y capacidad de respuesta institucional, que configuran poderosos mecanismos de reproducción de las desigualdades, a la vez que son una importante fuente de discriminación y constituyen obstáculos para el ejercicio del derecho a la salud y otros derechos sociales necesarios para llevar una vida digna.

40 Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia, *Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Componente Demográfico*, Tomo I (Bogotá: CTR All Solutions, 2015), <https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR334/FR334.pdf>

41 Observatorio Nacional de Salud, Instituto Nacional de Salud y Minsalud, *Informe Técnico*.

42 Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia, *Encuesta Nacional*; Observatorio Nacional de Salud, Instituto Nacional de Salud y Minsalud, *Informe Técnico*.

43 Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia, *Encuesta Nacional*.

8.5. La acción sobre los determinantes sociales de la salud, más dichos que hechos. A modo de conclusión

Como se ha mostrado en el apartado anterior, las desigualdades sociales urbano-rurales son sistemáticas, en la medida en que se manifiestan tanto en las condiciones de vida, en el acceso a bienes y servicios, como en el estado de salud, y en tanto ello se origina, configura y reproduce dadas las relaciones de poder y la estructura social existentes. De la misma forma, lo expuesto permite comprender cómo la situación de salud es resultado de las particulares condiciones de vida y de acceso a los bienes y recursos sociales (los DSS), y, por esa vía, entender cómo las desigualdades sanitarias no pueden ser transformadas con la mera acción de los servicios de salud. Y ello porque la inequidad social no es solo una cuestión económica o de bajos ingresos, en tanto que en su configuración están implicados procesos sociopolíticos relacionados con la definición y alcance de las políticas de bienestar social, de acceso a oportunidades y bienes primarios, así como con aspectos culturales de construcción intersubjetiva de sentidos y significados sobre la justicia en la vida cotidiana y en la interacción social.

Al analizar la evolución de las políticas orientadas a incidir sobre los DSS, y de las desigualdades sociales y sanitarias de los últimos 30 años en el marco institucional del sistema de salud y de la política social, las principales las constituyen el PDSP y la Comisión Intersectorial de Salud Pública, creadas en 2011 con la Ley 1438, así como el conjunto de programas de transferencias monetarias condicionadas o subsidios focalizados, tales como Familias y Jóvenes en Acción, Colombia Mayor e Ingreso Solidario, que fueron creados en el último año del siglo xx el primero de los mencionados, y otros programas focalizados relacionados con la atención a la primera infancia, la juventud y el adulto mayor que se han mantenido desde entonces como la principal apuesta gubernamental para superar la pobreza y generar equidad.⁴⁴ En su conjunto,

44 Juan Carlos Rivillas y Fabían Colonia, “Reduciendo las causas de las inequidades: siete políticas centradas en cinco determinantes sociales de la salud durante el curso de vida en Colombia”, en *Informe Técnico, Sexta Edición. Desigualdades Sociales en Salud en Colombia. Informe Nacional*, eds. ONS, INS y Minsalud (Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia, 2015), 327-38, <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/6.%20Desigualdades%20sociales.pdf>

estas políticas se inscriben dentro de una concepción minimalista de la política social, cuyo alcance es marginal e insuficiente para construir una ciudadanía social que experimente en la vida cotidiana el significado de la vigencia de los derechos humanos.

El PDSP representó un hito en el desarrollo del sistema de salud, dada la concepción minimalista de la salud pública que tuvo la Constitución Política de 1991 y que se profundizó con la Ley 100 de 1993. A partir de ello, se generó un importante impulso a la generación de conocimiento y a la discusión académica y política respecto a los DSS, no obstante que su alcance y efectividad en la práctica, más allá de las buenas intenciones declaradas, han sido insuficientes para incidir sobre la trama generadora de la inequidad social, por lo menos por tres asuntos: el lugar de la salud pública en el arreglo institucional del sistema de salud, el alcance de las intervenciones y las capacidades de gestión, altamente desiguales entre territorios en el país.

Luego de una década de implementación del PDSP, es posible entender que las limitaciones para actuar sobre los DSS y las desigualdades sociales radican en asuntos como el constreñimiento para una acción amplia de salud pública y para la promoción de la salud, que se produjo con el arreglo institucional creado con la Ley 100 de 1993, definido sobre la base de la separación de las dimensiones individual y colectiva de la salud; el primero como el criterio estructurante de la atención individual (a través del paquete de servicios), creado como condición de viabilidad del mercado lucrativo instaurado por dicha ley, y el segundo como el ámbito de actuación del Estado a nivel territorial. Con dicho diseño, y ante la constatación de la complejidad de los procesos de determinación social de la salud y de reproducción de la inequidad social, es posible prever sus limitaciones para incidir efectivamente sobre la trama generadora de las desigualdades sociales y sanitarias, puesto que la lógica de la acción se estructura desde un abordaje desterritorializado, individualista (como lo exige la lógica del aseguramiento) y fragmentado (según roles y responsabilidades de actores compitiendo entre sí y que son responsables solo de una dimensión de la salud).

También, las limitaciones estructurales del PDSP para actuar sobre los DSS están relacionadas con el alcance de las intervenciones, dado el desbalance de la asignación de recursos en el sistema de salud, entre los que se orientan

a la atención individual y aquellos que soportan la acción sobre colectivos y entornos, en la medida que en el arreglo institucional, creado desde 1993, la mayor parte de los recursos y acciones de los actores se orienta a la gestión del aseguramiento y a la atención individual, superior al 90 %, ⁴⁵ con lo cual la acción gubernamental para el abordaje de la dimensión poblacional de la salud quedó relegada a su mínima expresión, dados los limitados recursos y la predominancia de funciones y acciones relativas a la gestión del aseguramiento. Es el interés de lucro, el ánimo rentista y la perspectiva de gestión del riesgo individual, propiciado por el tipo de aseguramiento instaurado, lo que produce una lógica instituyente que subordina todos los elementos y actores del sistema, ⁴⁶ y allí languidecen las posibilidades de una actuación orientada a los DSS, en tanto que ello implica una lógica de cooperación y acción intersectorial entre actores del sector y otros actores sociales y comunitarios de los territorios, que tendrían que interactuar en torno a situaciones concretas de alta complejidad social, como se puede ver en la aproximación a las brechas urbano-rurales.

Otro efecto directamente relacionado con la baja asignación de recursos para la salud pública, el lugar desde donde el sistema de salud ha definido orientar la acción intersectorial y comunitaria para abordar los DSS, es la limitada capacidad técnica de los entes territoriales, que es altamente diferencial entre los territorios. Esa limitación estructural explica problemas funcionales de la rectoría y gestión de la salud a nivel local, tales como la alta rotación del personal técnico, el déficit de liderazgo de los entes territoriales para el desarrollo de la cooperación y acción intersectorial, la falta de capacidad para ejercer vigilancia y control sobre los actores del sistema, el déficit de procesos amplios y sostenidos de participación ciudadana y comunitaria en la gestión

45 Ministerio de Salud y Protección Social, *Fuentes de financiación y usos de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS* (Bogotá: Minsalud, 2016), <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/fuentes-y-usos-de-recursos-del-sgsss.pdf>

46 Gloria Molina-Marín, Andrés Ramírez-Gómez y Adriana Ruiz-Gutiérrez, eds., *Tensiones en las decisiones en salud pública en el sistema de salud colombiano: el bien común en confrontación con los intereses y prácticas particulares* (Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez, Universidad Nacional de Colombia, UIC, Universidad Santo Tomás, 2014).

de la salud, la escasa capacidad para el seguimiento, evaluación y gestión de la información, la discontinuidad en programas y estrategias que dinamizan políticas públicas locales, entre otros.⁴⁷

Es por ello por lo que en la práctica el PDSF se restringe, de manera predominante, al despliegue de acciones grupales o colectivas esencialmente informativas, mal llamadas de educación en salud, discontinuas, de baja cobertura y desconectadas de procesos sociales instalados en el territorio, así como de otros programas clave de la política social. Lo anterior, sumado a los problemas estructurales y funcionales reseñados, explican su limitada capacidad de incidencia y su marcada orientación hacia una actuación remedial sobre los efectos terminales de los problemas, y, por tanto, este instrumento de la política de salud carece de la potencia suficiente para incidir sobre los procesos de determinación social de las desigualdades sociales, que, como lo sugieren los informes internacionales, señalan la necesidad de desplegar intervenciones en múltiples niveles de la realidad para materializar una acción transformadora sobre la trama de la inequidad social, así como la necesidad de trascender de la acción individualizada sobre la vulnerabilidad, para actuar también sobre los procesos de exposición y estratificación social.⁴⁸

Finalmente, es importante reconocer que la Constitución de 1991 trajo consigo importantes cambios para la sociedad colombiana, por ejemplo, en materia de renovación del sentido y alcance del Estado, de participación ciudadana, y de reconocimiento de varios grupos de derechos fundamentales y los mecanismos para su defensa. No obstante, estos y otros desarrollos constitucionales han entrado en constante conflicto, durante todos estos años, con las lógicas de un modelo de desarrollo que evidentemente dista bastante del proclamado Estado social de derecho (ESD), esto es, políticas y decisiones

47 Molina-Marín, Ramírez-Gómez y Ruiz-Gutiérrez, *Tensiones en las decisiones*; Gabriel Jaime Otálvaro Castro et al., *Gestión territorial de la salud: perspectivas, aprendizajes y aportes a la práctica* (Medellín: Universidad de Antioquia, 2017), <http://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/11434>

48 Finn Diderichsen, Timothy Evans y Margaret Whitehead, “Bases sociales de las disparidades en salud”, en *Desafío a la falta de equidad en la salud. De la ética a la acción*, eds. Timothy Evans et al. (Washington: Fundación Rockefeller, OPS, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional OMS, 2002), 13-25.

mediante las cuales se siguen favoreciendo la concentración de ingresos, tierra y propiedad en manos de pocos, la privatización de activos estatales, las políticas de precarización laboral que hacen imposible para muchos acceder a bienes esenciales, sistemas de salud y educación orientados principalmente por la lógica de la ganancia económica, y políticas sociales meramente residuales frente a la complejidad de dicho escenario.

Así pues, aun reconociendo la ventana de oportunidad abierta en muchos campos por la Constitución y otros desarrollos normativos posteriores, bajo el escenario anteriormente descrito resulta difícil dar crédito a los logros que pueden llegar a tener las políticas diseñadas, supuestamente, para obtener avances en equidad sanitaria. Desafortunadamente, esta situación se complejiza aún más al pensar en términos de la brecha urbano-rural aquí analizada, pues los diferentes grupos humanos que habitan el campo colombiano no solo deben lidiar con los elementos ya señalados, sino con políticas estatales (expropiación y explotación intensiva de tierras y aguas, megaminería, aspersión aérea con glifosato, resolución militar del conflicto político armado) que antes que atender a la resolución de sus necesidades esenciales y de salud, y generar las condiciones para la garantía de una vida digna, parecieran estar premeditadamente destinadas a reducir y acabar con sus vidas.

Bibliografía

- Álvarez Castaño, Luz Stella. “Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo”. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Vol. 8, no. 17 (2009): 69-79. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2657>
- Asamblea Nacional Constituyente. *Constitución Política de Colombia 1991*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia, 2010. <https://www.ramajudicial.gov.co/documents/10228/1547471/CONSTITUCION-Interiores.pdf>
- Borrell, Carme y Davide Malmusi. “La investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud: evidencias para la salud en todas las políticas. Informe SESPAS 2010”. *Gaceta Sanitaria*, Vol. 24 (2010): 101-8. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911110001512>
- Breilh, Jaime. “La inequidad y la perspectiva de los sin poder: construcción de lo social y del género”. En *Cuerpo, diferencias y desigualdades*. 1.ª ed. Compilado por Mara Viveros y Gloria Garay, 130-41. Bogotá: Facultad de Ciencias Humanas,

- Universidad Nacional de Colombia, 1999. <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3555/1/Breilh,%20J-CON-190-La%20inequidad.pdf>
- _____. *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2003.
- _____. “Una perspectiva emancipadora de la investigación y acción, basada en la determinación social de la salud”. En *Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud: documento para la discusión*. 1.ª ed., 14-29. Ciudad de México: Asociación Latinoamericana de Medicina Social, 2008. <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3413/1/Breilh,%20J-CON-119-Una%20perspectiva%20em.pdf>
- _____. “Las tres ‘S’ de la determinación de la vida y el triángulo de la política”. En *Determinação social da saúde e reforma sanitária*. Editado por Roberto Passos Nogueira, 87-125. Río de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES, 2010. <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3412/1/Breilh,%20J-CON-117-Las%20tres%20S.pdf>
- Caponi, Sandra. “Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud”. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Vol. IV, no. 2 (1997): 287-307. https://www.academia.edu/3172098/Georges_Canguilhem_y_el_estatuto_epistemol%C3%B3gico_del_concepto_de_salud
- Cardona, Álvaro y Álvaro Franco. “La salud pública como disciplina científica: fundamento para los programas de formación académica”. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, Vol. 23, no. 2 (2006): 107-14. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/511>
- Colombia. Congreso de la República. Ley 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=60733>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL. *La matriz de la desigualdad social en América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL, 2016. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/40668>
- Consejo Privado de Competitividad. *Informe nacional de competitividad 2020-2021*. 14.ª ed. Bogotá: Zetta Comunicadores, 2020. https://compite.com.co/wp-content/uploads/2020/11/web-CPC_INC_2020_2021_LIBRO_DIGITAL_PAGINAS.pdf
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. “Boletín Técnico. Encuesta Nacional de Calidad de Vida”. DANE, Bogotá, 14 de julio de 2020. https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/2019/Boletin_Tecnico_ECV_2019.pdf
- Departamento Nacional de Planeación, DNP. *El campo colombiano: un camino hacia el bienestar y la paz. Misión para la transformación del campo*. Bogotá:

- Nuevas Ediciones, 2015. <https://www.dnp.gov.co/programas/agricultura/Paginas/Informe-misi%C3%B3n-Final.aspx>
- Diderichsen, Finn, Timothy Evans y Margaret Whitehead. “Bases sociales de las disparidades en salud”. En *Desafío a la falta de equidad en la salud. De la ética a la acción*. Editado por Timothy Evans, Margaret Whitehead, Finn Diderichsen, Abbas Bhuiya y Meg Wirth, 13-25. Washington: Fundación Rockefeller, OPS, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional OMS, 2002.
- Guereña, Arantxa. “Radiografía de la desigualdad. Lo que nos dice el último censo agropecuario sobre la distribución de la tierra en Colombia”. Oxfam, 4 de julio de 2017. <https://www.oxfam.org/es/informes/radiografia-de-la-desigualdad>
- Instituto Geográfico Agustín Codazzi, IGAC. *Atlas de la distribución de la propiedad rural en Colombia*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia, 2012.
- Jelin, Elizabeth. “Desigualdades de clase, género y etnicidad / raza: realidades históricas, aproximaciones analíticas”. *Revista Ensamble*, no. 1 (2014): 11-36. <http://www.revistaensambles.com.ar/ojs-2.4.1/index.php/ensambles/article/view/27>
- Krieger, Nancy. “Teorías para la epidemiología social en el siglo XXI: una perspectiva social”. *International Journal of Epidemiology*, Vol. 30 (2001): 668-77.
- Laurell, Asa Cristina. “La salud-enfermedad como proceso social”. *Cuadernos Médico Sociales*, no. 19 (1982): 1-11.
- López-Arellano, Olivia y José Blanco-Gil. “Modelos sociomédicos en salud pública: coincidencias y desencuentros”. *Salud Pública de México*, Vol. 36, no. 4 (1994): 374-84. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5768>
- Melo, Jorge Orlando. *Historia mínima de Colombia*. 1.^a ed. Bogotá: Editorial Turner, 2017.
- Ministerio de Salud y Protección Social. *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. La salud en Colombia la construyes tú*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia, 2013.
- _____. *Fuentes de financiación y usos de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS*. Bogotá: Minsalud, 2016. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/fuentes-y-usos-de-recursos-del-sgsss.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Componente Demográfico*. Tomo I. Bogotá: CTR All Solutions, 2015. <https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR334/FR334.pdf>
- Molina-Marín, Gloria, Andrés Ramírez-Gómez y Adriana Ruiz-Gutiérrez, eds. *Tensiones en las decisiones en salud pública en el sistema de salud colombiano: el bien común en confrontación con los intereses y prácticas particulares*. Me-

- dellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez, Universidad Nacional de Colombia, UIC, Universidad Santo Tomás, 2014.
- Observatorio Nacional de Salud, Instituto Nacional de Salud y Minsalud. *Informe Técnico, Sexta Edición. Desigualdades Sociales en Salud en Colombia. Informe Nacional*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia, 2015. <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/6.%20Desigualdades%20sociales.pdf>
- Observatorio Nacional de Salud, ONS, e Instituto Nacional de Salud, INS. *Acceso a servicios de salud en Colombia. Informe Técnico 11*. Bogotá: ONS, 2019. <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/11.%20Acceso%20a%20servicios%20de%20salud%20en%20Colombia2.pdf>
- Observatorio de Talento Humano en Salud, Ministerio de Salud y Protección Social. “Indicadores básicos para el seguimiento del talento humano en salud”. SISPRO, Bogotá, 2020. <https://www.sispro.gov.co/observatorios/oniea/indicadores/Paginas/IndicadoresBasicos.aspx>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, OCDE, y Mintrabajo. *Estudios de la OCDE sobre el Mercado Laboral y las Políticas Sociales: Colombia 2016. Resumen ejecutivo, evaluación y recomendaciones*. Bogotá: Mintrabajo, 2016. <https://www.oecd.org/fr/els/emp/OECD-Reviews-of-Labour-Market-and-Social-Policies-Colombia-AR-Spanish.pdf>
- Organización Mundial de la Salud, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Buenos Aires: Ediciones Journal S. A., 2009. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud, OMS. *Cerrando la brecha: la política de acción sobre los Determinantes Sociales de la Salud*. Río de Janeiro: OMS, 2011. https://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper-SP.pdf
- _____. “Resultados de la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud”. WHO, 21 de enero de 2012. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_16-sp.pdf
- Organización Panamericana de la Salud, OPS, y Organización Mundial de la Salud, OMS. “Resolución CD53.R2. Plan de acción sobre la salud en todas las políticas”. PAHO, Washington, 2014. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-R2-s.pdf>
- Otálvaro Castro, Gabriel Jaime, Andrés Colorado Vélez, Johny Gómez Granada, José Fernando Elorza Saldarriaga, Nairobi Cárdenas Velásquez, Juan Fernando García Cano, Diego Alejandro Ossa et al. *Gestión territorial de la salud: perspectivas, aprendizajes y aportes a la práctica*. Medellín: Universidad de Antioquia, 2017. <http://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/11434>

- Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Urbanos, ONU-Hábitat, y Banco de Desarrollo de América Latina, CAF. *Construcción de ciudades más equitativas: políticas públicas para la inclusión en América Latina*. Bogotá: ONU-Hábitat, 2014. <http://scioteca.caf.com/handle/123456789/489>
- Rivillas, Juan Carlos y Fabián Colonia. “Reduciendo las causas de las inequidades: siete políticas centradas en cinco determinantes sociales de la salud durante el curso de vida en Colombia.” En *Informe Técnico, Sexta Edición. Desigualdades Sociales en Salud en Colombia. Informe Nacional*. Editado por ONS, INS y Min-salud, 327-38. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia, 2015. <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/6.%20Desigualdades%20sociales.pdf>
- Rodríguez Triana, Diana y John A. Benavides Piracón. “Salud y ruralidad en Colombia: análisis desde los determinantes sociales de la salud”. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, Vol. 34, no. 3 (2016): 359-71. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/26123>
- Sigerist, Henry. “Johann Peter Frank: un pionero de la Medicina Social”. *Salud Colectiva*, Vol. 2, no. 3 (2006): 269-79. <https://doi.org/10.18294/sc.2006.72>
- Therborn, Göran. *Los campos de exterminio de la desigualdad*. 1.ª ed. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2015.
- Townsend, Peter and Nick Davidson. *Inequalities in Health. The Black Report*. New York: Penguin Books, 1982.
- Villar, Luis. “Estado de derecho y Estado social de derecho”. *Revista Derecho del Estado*, no. 20 (2007): 73-96. <https://revistas.uexternado.edu.co/index.php/derest/article/view/705>
- Waitzkin, Howard. *Medicina y salud pública al final del imperio*. 1.ª ed. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2013.